

TI_GERICHTE 36.2024.43 vom 13. Januar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-01-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.43

FR: TI_GERICHTE 36.2024.43 du 13 janvier 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2024.43 del 13 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

E. 2

Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite.

E. 2.20

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); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

E. 3

Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGA). b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera.

E. 3.2

pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, *Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale*, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrano su grande scala a una forma di "turismo medico" a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una

parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni (art. 49 LAMal). Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell'assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all'estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all'estero per la cura di una patologia in particolare, significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenza del 5 ottobre 2010, Commissione contro Francia, C-512/08, Racc. 2010, pag. I-8833, n. 29 segg., sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet, C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms, C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento). In DTF 145 V 170 il Tribunale federale ha confermato la predetta giurisprudenza affermando che ci si deve attenere alla pratica giudiziaria, secondo cui eccezioni al principio di territorialità possono essere ammesse solo con grande riserbo, in caso di terapie molto rare. In difetto di ciò vi sarebbe il rischio di perdita delle corrispondenti competenze professionali specialistiche in Svizzera (consid. 7.1 e 7.2). La frequenza delle operazioni sul territorio nazionale potrebbe pertanto, in caso d'intervento chirurgico particolarmente complesso, situarsi a un livello così basso da doversi porre la domanda se il team specialistico sia in grado di raggiungere e mantenere l'esperienza e la routine necessarie (consid. 7.3). L'Alta Corte ha quindi ribadito, nella DTF 145 V 170 (in particolare nei consid. 7.4. e 7.5.) che la giurisprudenza esistente, in particolare espressa nella DTF 134 V 330 consid. 2.2 pag. 332 con le referenze, mantiene la sua valenza. Nel giudizio pubblicato in DTF 145 V 170 il TF ha posto il quesito a sapere se l'offerta terapeutica nazionale per l'intervento (in quel caso si trattava di una falloplastica), rispetto allo stesso trattamento all'estero, comportasse rischi di complicanze così elevati a causa della ridotta frequenza operatoria in Svizzera tali da non rendere più possibile in Svizzera, per ragioni mediche, un trattamento responsabile e accettabile, vale a dire appropriato. L'Alta Corte ha indicato come, per una tale valutazione, l'apprezzamento debba essere eseguito secondo elementi oggettivi e su basi concrete (consid. 7.5). 2.12. Nel caso di specie, trattandosi di una fattispecie che presenta elementi di carattere transfrontaliero, occorre anche stabilire se il caso deve essere deciso non solo sulla base delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal, bensì pure alla luce delle norme dell'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone tra la Confederazione Svizzera da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra (ALC; RS 0.142.112.681) e dei regolamenti cui rinvia (cfr. anche sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, pubblicata in DTF 140 V 98). A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il Regolamento (CE) n. 1408/71 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha attualizzato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile

2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3). Questi regolamenti sono stati modificati dal Regolamento (UE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012 (GU L 149 dell'8.6.2012 pag. 4) in vigore per la Svizzera dal 1° gennaio 2015 (STF 8C_36/2024 del 25 novembre 2024, destinata a pubblicazione, consid. 4.2; cfr. RU 2015 e 345; RS 0831.109.268.1; cfr. B. Kahil-Wolff, "Le Règlement UE 465/2012, la nouvelle Convention Suisse-US et d'autres développements en termes d'assujettissement aux assurances sociales" in SZS/RSAS 2015 pag. 438 seg.; STF 8C_273/2015 del 12 agosto 2015 consid. 3.1). In concreto trova di principio applicazione il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche ed il regolamento d'applicazione (CE) 987/2009. 2.13. Per l'art. 17 del regolamento (CE) n. 883/2004 (residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente) la persona assicurata, o i suoi familiari, che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano nello Stato membro di residenza di prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di residenza ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se fossero assicurati in virtù di tale legislazione. Secondo l'art. 18 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 (Dimora nello Stato membro competente qualora il luogo di residenza sia in un altro Stato membro – Norme particolari per i familiari di lavoratori frontalieri), salvo disposizioni contrarie di cui al paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari di cui all'articolo 17 beneficiano parimenti delle prestazioni in natura mentre dimorano nello Stato membro competente. Le prestazioni in natura sono erogate dall'istituzione competente e a suo carico secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati risiedessero in tale Stato membro. Per l'art. 18 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 i familiari di lavoratori frontalieri hanno diritto a prestazioni in natura durante la dimora nello Stato membro competente. Tuttavia, quando lo Stato membro competente figura nell'allegato III, i familiari di lavoratori frontalieri che risiedono nello stesso Stato membro del lavoratore frontaliere hanno diritto a prestazioni in natura nello Stato membro competente esclusivamente alle condizioni stabilite dall'articolo 19 paragrafo 1. Ai sensi dell'art. 19 (dimora al di fuori dello Stato competente) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004, fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione. Per l'art. 19 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, la commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona assicurata e l'istituzione che presta le cure. Secondo l'art. 20 (viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura - autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 fatte salve disposizioni contrarie del regolamento, la

persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente. Per l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 la persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia. Il regolamento (CE) n. 1408/71 prevedeva norme analoghe nell'art. 22. A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, ha rammentato che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni (...) e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; sul tema cfr. Silvia Bucher, *Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen* in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], *Droit aux soins*, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, *Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen*, in: *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts* 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, *Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF]*, in: René Schaffhauser/Christian Schürer [a cura di], *Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personenfreizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit]* in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.). Nella citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha evidenziato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv. 5 OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente. L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente. L'esistenza dell'evento assicurato malattia non si determina in base alla regolamentazione dello Stato competente (sul concetto v. art. 1 lett. q regolamento n. 1408/71), bensì dello Stato che presta l'assistenza. Similmente e per motivi pratici, ritenuto che l'istituzione che presta assistenza sarebbe altrimenti confrontata con l'arduo compito di applicare il diritto estero in materia di prestazioni, la loro concessione - come del resto anche la partecipazione alle spese dell'assicurato (sentenza 9C_61/2007 del 25 febbraio

2008 consid. 3; cfr. anche DTF 141 V 612) - avviene nelle forme e secondo le disposizioni dell'istituzione che presta l'aiuto. In caso di assistenza fornita all'estero è dunque irrilevante che la prestazione costituisca una prestazione obbligatoria in Svizzera. Per contro, chi fa valere il diritto a prestazioni dev'essere assicurato contro le malattie conformemente al diritto dello Stato competente. Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria. Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti dell'art. 36 OAMal (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. 2.14. Va ancora rilevato che per l'art. 24 n. 1 del Regolamento (CE) n. 987/2009 (Residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente), ai fini dell'applicazione dell'articolo 17 del regolamento di base, la persona assicurata e/o i suoi familiari sono tenuti a iscriversi presso l'istituzione del luogo di residenza. Un documento, rilasciato dall'autorità competente su richiesta della persona assicurata o dell'istituzione del luogo di residenza, attesta il diritto alle prestazioni in natura nel luogo di residenza. Per l'art. 24 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il documento di cui al paragrafo 1 rimane valido finché l'istituzione competente non informa l'istituzione del luogo di residenza del suo annullamento. L'istituzione del luogo di residenza informa l'istituzione competente delle iscrizioni a cui ha proceduto ai sensi del paragrafo 1 e di eventuali modifiche o cancellazioni di tali iscrizioni. Secondo l'art. 24 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il presente articolo si applica mutatis mutandis alle persone di cui agli articoli 22, 24, 25 e 26, del regolamento di base. L'art. 25 (Dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente) n. 1 del Regolamento (CE) n. 987/2009 prevede che ai fini dell'applicazione dell'articolo 19 del regolamento di base la persona assicurata presenta al prestatore di cure mediche nello Stato di dimora un documento rilasciato dalla sua istituzione competente che attesta i diritti a prestazioni in natura. Se la persona assicurata non dispone di un siffatto documento, l'istituzione del luogo di dimora, su richiesta o se altrimenti necessario, si rivolge all'istituzione competente per ottenerlo. Secondo l'art. 25 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il documento attesta che la persona assicurata ha diritto a prestazioni in natura alle condizioni di cui all'articolo 19 del regolamento di base secondo le stesse modalità applicabili alle persone assicurate in forza della legislazione dello Stato membro di dimora. Per l'art. 25 n. 3 del Regolamento (CE) n. 987/2009 le prestazioni in natura di cui all'articolo 19, paragrafo 1, del regolamento di base si riferiscono alle prestazioni in natura erogate nello Stato membro di dimora, conformemente alla legislazione di quest'ultimo, che si rendono necessarie sotto il profilo medico affinché

la persona assicurata non sia costretta a ritornare nello Stato membro competente per ricevere le cure necessarie prima della conclusione prevista del suo soggiorno. Ai sensi dell'art. 25 n. 4 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese delle prestazioni in natura erogate nel quadro dell'articolo 19 del regolamento di base e se la legislazione applicata dall'istituzione del luogo di dimora consente il rimborso di tali spese alla persona assicurata, quest'ultima può inoltrare domanda di rimborso all'istituzione del luogo di dimora. In tal caso, questa le rimborsa direttamente l'importo delle spese che corrispondono a tali prestazioni nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso della sua legislazione. Per l'art. 25 n. 5 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se il rimborso di tali spese non è stato richiesto direttamente presso l'istituzione del luogo di dimora, le spese sostenute sono rimborsate alla persona interessata dall'istituzione competente secondo le tariffe di rimborso applicate dall'istituzione del luogo di dimora, oppure gli importi che sarebbero stati oggetto di rimborso all'istituzione del luogo di dimora, qualora fosse applicato l'articolo 62 del regolamento di applicazione nel caso in questione. L'istituzione del luogo di dimora fornisce all'istituzione competente che ne fa richiesta le informazioni necessarie su dette tariffe o importi. L'art. 25 n. 6 del Regolamento (CE) n. 987/2009 prevede che in deroga al paragrafo 5, l'istituzione competente può procedere al rimborso dei costi sostenuti nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla sua legislazione, a condizione che la persona assicurata acconsenta all'applicazione di questa disposizione. Secondo l'art. 25 n. 7 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se la legislazione dello Stato membro di dimora non prevede rimborso a norma dei paragrafi 4 e 5 nel caso in questione, l'istituzione competente può rimborsare i costi in questione nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla sua legislazione senza il consenso della persona assicurata. Il rimborso alla persona assicurata in ogni caso non supera l'importo delle spese effettivamente sostenute (art. 25 n. 8 del Regolamento (CE) n. 987/2009). Nel caso di spese di importo rilevante, l'istituzione competente può versare alla persona assicurata un adeguato anticipo non appena quest'ultima presenta domanda di rimborso (art. 25 n. 9 del Regolamento (CE) n. 987/2009). L'art. 26 del Regolamento (CE) n. 987/2009 regola la sorte delle cure programmate.

2.15.1. In concreto l'insorgente, trasferitasi in Italia per svolgere un tirocinio non remunerato ed al beneficio di un permesso di assenza dalla Svizzera, considerata la permanenza del centro dei suoi affetti e interessi in Svizzera, è stata affiliata all'assicurazione delle cure medico-sanitarie in Svizzera con l'applicazione dei premi delle persone che abitano nell'Unione Europea (cfr. doc. 5 e seguenti). Ciò significa che l'interessata ha di principio diritto al rimborso delle prestazioni in natura fornite dal sistema sanitario pubblico sia nel Paese di residenza (in concreto: Italia), sia nel Paese dove è assicurata (in concreto: Svizzera; art. 17 e 18 del Regolamento (CE) n. 883/2004). Se la prestazione in natura viene fornita dal Paese di residenza, l'istituzione competente di questo Paese chiede il rimborso all'istituzione competente del Paese in cui la persona è assicurata (in concreto: Svizzera; art. 25 del Regolamento CE 987/2009 in relazione con gli art. 17 e seguenti del Regolamento CE 883/04; cfr. anche doc. 8). Quando la prestazione fornita in Italia è riconosciuta dall'assistenza sanitaria nazionale italiana, i costi sono fatturati a CO 1 per il tramite dell'istituto comune LAMal di Soletta (cfr. doc. 8; cfr. STF 9C_444/2022 del 1° marzo 2023, consid. 3.2; cfr. art. 18 cpv. 1 LAMal). La ricorrente può pure sottoporsi alle cure in Svizzera alle condizioni previste dalla LAMal (cfr. doc. 8 e art. 18 del Regolamento (CE) n. 883/2004). In questo caso i costi sono posti direttamente a carico dell'assicuratore svizzero. Nel caso di specie la ricorrente è stata informata dall'assicuratore

della necessità di annunciarsi presso l'autorità italiana competente con il formulario S1, ossia l'attestato che comprova di avere diritto alle prestazioni in natura di malattia e prestazioni equivalenti del Paese di residenza (cfr. doc. 14 e 15), così da aver diritto ai trattamenti di cura secondo le disposizioni del luogo di soggiorno e previste dall'assistenza sanitaria nazionale pubblica italiana come se fosse ad essa affiliata (art. 17 del regolamento CE 883/2004). Ciò vale sia per il tipo di trattamento sia per il fornitore di prestazioni.

2.15.2. In concreto il 18 maggio 2023, in seguito ad un dolore pelvico, l'assicurata si è sottoposta ad un'ecografia dell'addome completo presso il Poliambulatorio _____ ad opera del dott. _____ specialista in radiodiagnostica, con riscontro di tumefazione cistica dell'ovaio destro di mm 75 x 54, senza versamento libero o saccato in addome (allegato doc. 23 e 33). Il 22 maggio 2023 l'interessata sostiene di essersi recata in un Pronto soccorso pubblico di _____ e dopo molte ore di attesa nel corso delle quali non sarebbe stata "accudita" (doc. I, inc. 36.2024.36), ha contattato il dott. _____, medico chirurgo e specialista in ginecologia e ostetricia (doc. 16), su consiglio della madre. Quest'ultimo il medesimo giorno ha effettuato una visita ginecologica, che ha confermato la presenza della cisti ovarica di 7,5 cm di diametro (allegato doc. 23). Dal referto emerge una situazione generale regolare ("g.e. e vagina regolari, non perdite in atto, collo dell'utero cilindrico corpo uterino di dimensioni e consistenza regolari mobile, non dolente, regioni annessiali libere indolenti"). Il medico ha concluso affermando: "si programma laparoscopia con asportazione cisti ovarica" (allegato doc. 23). Il 1° giugno 2023 RI 1 ha subito l'intervento di rimozione della ciste presso la Clinica _____ (Italia), dove è rimasta degente fino al 2 giugno 2023. Nella scheda di dimissione del nosocomio figura che si è trattato di un "ricovero ordinario", "programmato" (doc. 17). Quale diagnosi è stata posta: cisti luteinica o ematoma, endometriosi dell'ovaio, aderenze pelviche peritoneali femminili, endometriosi del peritoneo pelvico, dolore addominale del quadrante inferiore sinistro (doc. 17). Viene inoltre indicato che le condizioni generali sono buone, così come il respiro e le condizioni psichiche. L'addome è trattabile ed indolente. Nello screening del dolore cronico l'interessata ha risposto affermativamente alla questione di sapere se ha avuto dolore ricorrente negli ultimi tre mesi, mentre ha risposto negativamente alle questioni di sapere se il dolore ha interferito con la capacità di camminare, con l'attività lavorativa e le relazioni interpersonali o se ha disturbato il sonno. La cartella infermieristica è stata allestita per un ricovero ordinario (doc. 17). Nella relazione di dimissione del 2 giugno 2023 il dott. _____ ha indicato quale diagnosi di ingresso: "dolore pelvico in paziente con riscontro di cisti ovarica destra di 7 cm", esami ematochimici nei limiti di norma, rx torace e ECG nella norma, consulenza anestesiologicala preoperatoria: non controindicazione ad intervento (allegato doc. 23). Quale intervento chirurgico figura: laparoscopia, asportazione cisti ovarica dx, adesiolisi, asportazione endometriosi peritoneo pelvico. Nell'esame istologico del 16 giugno 2023 del dott. Torchio figura che si trattava di "dolore pelvico da un mese. Riscontro di cisti biloculata del diametro di 6 cm ovaio dx" (allegato doc. 33). Quale giudizio diagnostico viene indicato: "focolaio di endometriosi in connettivo fibroso e muscolo liscio" e "parete di corpo luteo in involuzione cistico emorragica, frammento di parenchima ovarico con follicolo cistico con aree di emorragia" (allegato doc. 33). Il 3 luglio 2023 il dott. _____ ha confermato che il decorso post-operatorio è stato regolare e privo di complicanze chirurgiche (allegato doc. 23). Al ricorso l'insorgente ha allegato un certificato del 18 marzo 2024 del dott. _____ il quale ha affermato che si "è reso necessario effettuare l'intervento in urgenza per la comparsa di sintomatologia algica ingravescente per iniziale torsione della cisti ovarica di

oltre 7 cm di diametro ” (doc. A3). Interpellato in merito dall’assicuratore, il medico fiduciario, dr. med. _____, il 31 ottobre 2024 ha affermato: " (...) Domande: 1. Come si presentava la paziente alle visite del 18.05.2024 presso il poliambulatorio _____, e del 22.05.2023 presso il dr. _____ (vedasi i relativi rapp. nel dossier): in particolare, la cisti e i dolori richiedevano un intervento operatorio quale quello avvenuto in data 01/02.06.2023? Quali le possibilità di cura per tale problematica? Visita del 18.05.2024: non risulta nella documentazione a disposizione. Ecografia del 18.05.2023: Non trattandosi di una visita o valutazione clinica lo stato di salute non è documentato. Il rapporto è riferito esclusivamente ad una ecografia completa. L'esame ecografico nelle conclusioni descrive: steatosi epatica, cistoma ovarico dx. La valutazione ecografica non documenta quindi nessuna complicazione acuta (dato oggettivo). Valutazione clinica del 22.05.2023 Dr _____: "in seguito a dolore pelvico ha eseguito ecografia addome completo con riscontro di tumefazione cistica dell'ovaio dx di mm 75x54". Conclusioni: cisti dell'ovaio dx 7,5 cm. Si programma laparoscopia con asportazione cisti ovarica. Concordo con indicazione alla cura chirurgica in elezione prescritta da ginecologo curante è coerente e giustificata. Sono assenti criteri per urgenza o emergenza. Segnalo che lo stesso curante prescrive intervento in "elezione" escludendo quindi un carattere di urgenza o emergenza. 2. L'intervento avvenuto in data 01.06.2023 rappresentava un caso di urgenza che richiedeva un intervento immediato? Nell'affermativa perché? Nella negativa: quali i rischi per la salute in caso di posticipo della cura sino a disponibilità da parte di un fornitore abilitato dal SSN (ciò che secondo l'assicurata sarebbe stato a gennaio 2024)? Lo stato di salute permetteva che la paziente rientrasse in Svizzera per sottoporsi all'intervento, che rientrasse in Svizzera per sottoporsi all'intervento? Il posticipo dell'intervento non rappresentava alcun rischio per la salute della Paziente. Lo stesso curante prescriveva intervento in "elezione" a conferma di un'assenza di rischio nell'immediato. Non viene mai citata alcuna complicazione fino al rapporto con data 18.3.24. Per quanto riguarda il SSN in Italia in caso di urgenza o emergenza provvede sempre alle cure del caso nell'immediato e quindi senza alcuna attesa. I criteri di priorità eventualmente prescritti dal curante permettono anche di avere accesso al SSN entro 72 ore (urgenze differibili). Facendo riferimento alle valutazioni cliniche documentate: La Paziente poteva rientrare in Svizzera in sicurezza e programmare l'intervento in Svizzera. Tale affermazione si fonda sullo stato di salute documentato dai curanti. 3. Dall'esame istologico del 16.06.2023 e dal certificato del dr. _____ risultano ulteriori elementi di rilievo? Esame istologico del 16.6.24 documenta: "Focolaio di endometriosi in connettivo fibroso e muscolo liscio. Parete di corpo luteo in involuzione cistico emorragica. Frammento di parenchima ovarico con follicolo cistico con aree di emorragia".

E. 4

Evtl. oss. Segnalo che soltanto nel rapporto medico del Dr. _____ con data 18.03.2024 viene citato: Laparoscopia adesiolisi, asportazione cisti ovarica destra, asportazione di endometriosi pelvica. Si è reso necessario effettuare l'intervento in urgenza per la comparsa di sintomatologia algica ingravescente per iniziale torsione della cisti ovarica di oltre 7 cm di diametro". Risulta evidente che la sintomatologia dolorosa poteva essere trattata conservativamente, inoltre non sono documentate terapie prescritte per il dolore e loro eventuale inefficacia. La citata torsione della cisti ovarica non è documentata dal punto di vista strumentale o intraoperatorio (nessuna citazione di tale complicazione in nessun rapporto medico precedente a quello del 18.03.2024). La valutazione è avvenuta con la piena conoscenza di tutto l'incerto clinico messo a disposizione.” (doc. 33) 2.15.3.

L'insorgente chiede il rimborso delle cure prestate il 22 maggio 2023 ed il 1° e 2 giugno 2023 presso la citata Clinica _____ per complessivi euro 9'123.39. L'assicuratore, per il tramite dell'Istituto comune di Soletta, non si è fatto carico delle spese ambulatoriali e stazionarie fruite presso il nosocomio torinese, poiché non sono state riconosciute quali prestazioni obbligatorie dal servizio sanitario nazionale italiano, ritenuto che la struttura, privata, presso la quale è stata visitata e dove la ricorrente è stata sottoposta all'intervento di rimozione della cisti ovarica, non è convenzionata con il sistema sanitario pubblico italiano. Questa circostanza non è contestata dalla ricorrente (cfr. doc. 30: " Va precisato che inoltre che la Clinica _____ non è un fornitore non abilitato ad esercitare ma al contrario è un fornitore di prestazioni medico chirurgiche assolutamente abilitato ma semplicemente non convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale ") ed è conforme a quanto prevedono le norme del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 17) e del regolamento (CE) n. 987/2009 (art. 24-25; cfr. STF 9C_444/2022 del 1° marzo 2023; cfr. anche STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 4.3). La ricorrente sostiene da una parte di non aver potuto far capo al servizio sanitario nazionale italiano a causa delle condizioni del medesimo e del lungo tempo di attesa (non sarebbe stato possibile programmare un intervento prima del 2024), d'altra parte afferma che le cure erano urgenti e di conseguenza l'unica possibilità era quella di far capo ad una struttura privata, seppur non convenzionata. Per quanto concerne la " situazione relativa allo stato di servizio della Sanità Pubblica italiana cosa di dominio pubblico che non richiede dimostrazioni" e del lungo tempo di attesa , va evidenziato che in una STF 9C_444/2022 del 1° marzo 2023 ad un pensionato portoghese domiciliato in Portogallo e beneficiario, come la ricorrente, di un'assicurazione malattie LAMal che gli permetteva di essere curato sia in Svizzera sia nel suo Paese di residenza e che chiedeva anche il rimborso di prestazioni in regime privato, il Tribunale federale al consid. 4.2.2 ha rammentato che l'insorgente ha il diritto al rimborso delle cure, in Svizzera secondo quanto previsto dalla LAMal ed in Portogallo secondo quanto previsto dal diritto delle assicurazioni sociali portoghesi (" Art. 24 und Art. 27 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 (vgl. vorangehende E. 2.3) vermitteln dem Beschwerdeführer das Recht, sich zulasten der Sozialversicherung sowohl in der Schweiz nach den Vorgaben des KVG als auch - im Rahmen der Leistungsaushilfe - in Portugal nach den dort geltenden sozialversicherungsrechtlichen Regeln behandeln zu lassen. Die medizinischen Behandlungen in der Schweiz übernimmt der schweizerische Krankenversicherer direkt; die Leistungen in Portugal werden vom ISS Instituto da Segurança Social erbracht und vom schweizerischen Krankenversicherer indirekt getragen (vgl. auch Art. 24 VO Nr. 987/2009)"). L'Alta Corte ha aggiunto che la qualità del sistema sanitario pubblico portoghese, criticata dall'assicurato, non modificava il suo diritto ad usufruire unicamente delle prestazioni riconosciute nell'ambito del sistema sanitario pubblico (" Demnach spielt die vom Beschwerdeführer bemängelte Qualität der staatlichen Gesundheitsversorgung in Portugal für den hier zur Diskussion stehenden Anspruch keine Rolle. Indem die Vorinstanz diesbezüglich keine Abklärungen oder Feststellungen getroffen hat, hat sie weder den Untersuchungsgrundsatz noch den Anspruch auf Beweisabnahme und rechtliches Gehör (Art. 61 lit. c ATSG ; Art. 29 Abs. 2 BV ; Art. 6 Ziff. 1 EMRK) verletzt . "). In concreto la ricorrente non può pertanto pretendere una prestazione diversa da quella prevista dal sistema di sicurezza sociale italiano a causa della qualità, a suo dire inferiore, del sistema sanitario pubblico del suo Paese di residenza, rispetto a quello privato. L'Alta Corte ha pure evidenziato come l'art. 24 del Regolamento (CE) n. 883/2004, garantisce un'assistenza sanitaria nel Paese ospitante solo se è prevista e disponibile secondo il sistema di sicurezza

sociale di quel Paese (" Art. 24 VO Nr. 883/2004 garantiert eine "Gesundheitsversorgung im Gastland" lediglich insoweit, als sie im Sozialversicherungssystem dieses Staates vorgesehen und erhältlich ist. Die vorinstanzliche Auffassung steht im Einklang mit den Zielen der hier einschlägigen "EU-Verträge"). Ciò vale analogamente per gli art. 17 e seguenti del regolamento (CE) n. 883/2004 qui applicabile alla ricorrente. Per cui, già solo per il fatto che il sistema sanitario italiano non prevede il rimborso delle prestazioni chieste dalla ricorrente poiché usufruite in una struttura privata non convenzionata con il servizio sanitario nazionale, non vi è spazio per una presa a carico da parte dell'assicuratore malattie convenuto ai sensi dell'ALC. Resta da esaminare se l'insorgente può pretendere il rimborso delle prestazioni sulla base delle norme della LAMal (cfr. anche la sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 4.3; sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2 e sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.3, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. pure DTF 141 V 612 consid. 7.1; cfr. anche sentenza 36.2019.12 del 21 marzo 2019, consid. 2.6).

2.15.4. Come visto, 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 (DTF 145 V 170; sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2).

2.15.5. Per quanto concerne la prima eccezione (" Versorgungslücke ") si tratta, in genere, 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. Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a dei protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 145 V 170; DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 145 V 170; DTF 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 145 V 170; DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275). Nella fattispecie, la ricorrente, giustamente, non fa valere che in Svizzera vi sono gravi lacune nell'offerta sanitaria nell'ambito dell'intervento per una cisti ovarica tali da necessitare un'operazione in Italia. Inoltre non emerge dalle tavole processuali e neppure viene sostenuto dalla ricorrente, che l'offerta terapeutica nazionale rispetto all'intervento effettuato all'estero avrebbe comportato rischi di complicanze così elevate a causa della ridotta frequenza operatoria in Svizzera tali da non rendere possibile nel nostro Paese, per ragioni mediche, un trattamento responsabile e accettabile, vale a dire appropriato. In concreto l'intervento effettuato (laparoscopia per rimozione di una cisti ovarica) è del resto un'operazione di routine eseguita anche nel nostro Paese (cfr. doc. 25: forfait SwissDRG N25Z; Cw 0.6020).

2.15.6. Il TCA deve ancora esaminare se, come sostiene l'interessata, nel caso di specie vi era un'urgenza ai sensi della LAMal. Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire, nell'ambito di cure ospedaliere o semi-ospedaliere fuori dal Cantone di domicilio, i cui principi sono applicabili mutatis mutandis alle cure fuori dalla Svizzera (cfr. DTF 127 V 146 consid. 5) , che vi è urgenza se l'intervento medico risulta inderogabile e non è possibile o comunque non è appropriato imporre alla persona assicurata di rientrare nel proprio cantone di domicilio per sottoporsi alla cura necessaria (DTF 138 V 510, consid.

5.1, sentenza 9C_408/2009 del 3 settembre 2009, consid. 9.1 = SVR 2010 KV n. 1 pag. 1; sentenza 9C_144/2015 del 17 luglio 2015, consid. 4.2.1). 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 alla DTF 146 V 152 consid. 10.3 con riferimento alla sentenza 9C_202/2015 del 26 giugno 2015, consid. 3.2; cfr. anche sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.3; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2) . La necessità di un intervento in tempi brevi non rientra nella fattispecie disciplinata dalla nozione di urgenza nel senso dell'art. 36 cpv. 2 OAMal (cfr. sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3). In concreto l'urgenza va esclusa d'acchito. Infatti, l'intervento è stato pianificato il 23 maggio 2023 ed eseguito il 1° giugno 2023 (allegato doc. 23), ossia un lasso di tempo che non permette di concludere per la necessità di un intervento immediato ed impreveduto. Nella scheda di dimissione del nosocomio figura infatti che si è trattato di un "ricovero ordinario" e "programmato" (doc. 17). È stato indicato che le condizioni generali erano buone, così come il respiro e le condizioni psichiche. L'addome era trattabile ed indolente e nello screening del dolore cronico l'interessata ha risposto negativamente alle questioni di sapere se il dolore ha interferito con la capacità di camminare, con l'attività lavorativa e le relazioni interpersonali o se ha disturbato il sonno. La cartella infermieristica è stata inoltre allestita per un ricovero "ordinario". Nella relazione di dimissione del 2 giugno 2023 il dott. _____ ha indicato che gli esami ematochimici erano nei limiti di norma, rx torace e ECG nella norma. Non emerge dagli atti che l'interessata si sia trovata in pericolo di vita o che senza un intervento immediato avrebbe potuto subire dei danni alla salute irreversibili. Non vi sono pertanto elementi medici oggettivi per ritenere che si sia trattato di un caso urgente e che la ricorrente non avrebbe potuto eseguirlo, in Italia, presso una struttura riconosciuta dal sistema sanitario nazionale pubblico presso il quale era assicurata, o che non avrebbe potuto ritornare in Svizzera, in tempi brevi, per essere sottoposta al medesimo intervento (cfr. 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). La circostanza, comunque non comprovata dalla ricorrente, secondo la quale avrebbe tentato di programmare l'operazione presso una struttura pubblica, ma le sarebbe stato detto che l'intervento non avrebbe potuto essere fissato prima del 2024, conferma semmai che non si trovava in una situazione di emergenza. Altrimenti, notoriamente, l'intervento sarebbe stato immediatamente organizzato anche presso una struttura convenzionata. Inoltre, non va dimenticato che dopo essersi sottoposta all'ecografia dell'addome completo presso il Poliambulatorio _____ il 18 maggio 2023 e ad una visita ginecologica presso il dott. _____ il 22 maggio 2023, la ricorrente ha scritto un'e-mail a CO 1 affermando che le era stata diagnosticata "una cisti ovarica che va rimossa chirurgicamente. Vorrei sapere quale copertura è prevista dalla mia attuale polizza per l'intervento in Italia" (doc. 13). Ella non ha fatto alcun riferimento ad una emergenza medica, rispettivamente alla necessità di intervenire urgentemente per evitare danni alla salute immediati. Infine, l'affermazione del dott. _____ contenuta nel referto del 18 marzo 2024, secondo cui si "è reso necessario effettuare l'intervento in urgenza per la comparsa di sintomatologia algica ingravescente per iniziale torsione della cisti ovarica di oltre 7 cm di diametro" (doc. A3),

non trova conferma nella documentazione medica allestita nei mesi di maggio e giugno 2023, quando ancora non vi era alcuna controversia con l'assicuratore malattie convenuto. Tale certificato non può pertanto essere d'aiuto alla ricorrente. Alla luce di quanto sopra esposto non sono pertanto neppure date le condizioni per mettere i costi dell'intervento effettuato presso la Clinica _____ a carico dell'assicuratore malattie sulla base delle norme della LAMal. 2.16. Deve essere respinta anche la richiesta di rimborso della prestazione secondo il costo che l'intervento avrebbe avuto in Svizzera o di una percentuale di esso. La giurisprudenza ha già avuto modo di stabilire che in caso di trattamento non ammesso all'estero, la persona assicurata non può chiedere la sostituzione delle prestazioni, ossia non può reclamare l'importo che sarebbe stato pagato se fosse stata operata in Svizzera (sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 8, con rinvio alla DTF 131 V 271 consid. 3.2 e alla DTF 126 V 330, consid. 1b). Per cui la contestazione della ricorrente in merito all'ammontare del costo che avrebbe avuto la prestazione in Svizzera non è rilevante per il caso di specie. 2.17. Infine va ancora stabilito se, come ritiene perlomeno implicitamente la ricorrente, vi sia stata una violazione del principio della buona fede poiché l'assicuratore non l'avrebbe informata correttamente, limitandosi a fornirle indicazioni burocratiche. Il diritto alla protezione della buona fede di cui all'art. 9 Cost. consente al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un cittadino un vantaggio contrario alla legge se i seguenti presupposti, precisati da una lunga e consolidata giurisprudenza, sono cumulativamente adempiuti : 1. si tratta di un'informazione senza riserve da parte dell'autorità; 2. l'autorità deve essere intervenuta in una situazione concreta nei riguardi di persone determinate; 3. l'autorità ha agito o creduto di agire nei limiti delle proprie competenze; 4. l'assicurato non deve essersi reso conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta; 5. l'informazione errata ha indotto l'assicurato ad adottare un comportamento o un'omissione che gli è pregiudizievole; 6. la legge non è stata modificata dal momento in cui l'informazione è stata data; 7. l'interesse alla corretta applicazione del diritto oggettivo non prevale su quello alla tutela della buona fede. (cfr. STF 9C_29/2022 del 6 dicembre 2022 consid. 4.2.; STF 8C_271/2022 dell'11 novembre 2022 consid. 3.2.3.; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2., pubblicata in SVR 2022 ALV Nr. 26 pag. 92 e DLA 2022 N. 10 pag. 316; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2.; STF 9C_86/2021 del 14 giugno 2021 consid. 6.1.; STF 9C_296/2020 del 4 settembre 2020 consid. 2.2.; STF 8C_625/2018 del 22 gennaio 2019, pubblicata in DLA 2019 N. 4 pag. 97; DTF 143 V 95 consid. 3.6.2.; STF 9C_753/201 del 3 aprile 2017 consid. 6.1.; STF 8C_306/2015 del 25 agosto 2015 consid. 3.2.; STF 9C_5/2015 del 31 luglio 2015 consid. 3.; STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 3.1.; STF K 107/05 del 25 ottobre 2005 consid. 3.1.; STF C 270/04 del 4 luglio 2005 consid. 3.3.1.; STF C 218/03 del 28 gennaio 2004 consid. 2; STF C 25/02 del 29 agosto 2002; DTF 121 V 65, consid. 2a pag. 66-67 e la giurisprudenza ivi citata). La tutela della buona fede non presuppone però sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliata. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di rassicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (STF 9C_1/2022 del 23 febbraio 2022, consid. 4.4.2). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3 cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (cfr. STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid.

4.1.; RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). 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). 2.18. Nel caso di specie le condizioni per una violazione del principio della buona fede non sono adempiute, poiché l'assicuratore non ha fornito informazioni errate e non ha omesso informazioni. Il 9 maggio 2023 CO 1 ha comunicato a _____, padre dell'assicurata e suo rappresentante nell'ambito del contratto con l'assicuratore (cfr. allegati doc. 2), che a decorrere dal 1° gennaio 2023 RI 1 disponeva dell'assicurazione LAMal bilaterale, con premi stabiliti fra Svizzera e Italia e che di conseguenza godeva di un diritto alla scelta del luogo di cura. “ Potrà sottoporsi a trattamenti medici sia nello Stato di domicilio (Italia) sia in Svizzera. Per i trattamenti in Svizzera valgono le disposizioni svizzere sull'assicurazione malattie sociale ” (doc. 7). Dopo essersi sottoposta ad un'un'ecografia dell'addome completo presso il Poliambulatorio _____ il 18 maggio 2023 e ad una visita ginecologica presso il dott. _____ il 22 maggio 2023, la ricorrente ha scritto un'e-mail a CO 1 affermando che le era stata diagnosticata “ una cisti ovarica che va rimossa chirurgicamente. Vorrei sapere quale copertura è prevista dalla mia attuale polizza per l'intervento in Italia ” (doc. 13). CO 1 ha informato telefonicamente _____ il 24 maggio 2023 di avergli inviato il formulario “S1” e che “ lo deve consegnare all'ASL di appartenenza in Italia ” (doc. 14). Il 31 maggio 2023 CO 1 ha scritto un'email indicando che “ Le invio in allegato il formulario S1 per RI 1 per annunciarsi presso l'istanza competente in Italia, che ci ritornerà una copia debitamente firmata e timbrata ” e che “ Lei non deve compilare il formulario ma lo deve consegnare così come lo ha ricevuto all'Istituzione competente in Italia, che ci ritornerà una copia debitamente firmata e timbrata ” (doc. 15). Il 2 giugno 2023 l'assicuratore ha aggiunto che “ in riferimento alla richiesta di presa carico di un intervento chirurgico per sua figlia RI 1 previsto in Italia, le comunico che i costi vengono assunti dall'assicurazione italiana. La signora RI 1 ha sottoscritto un'assicurazione AOC Bilaterale per l'anno 2023. Le prestazioni a cui ha diritto sono le stesse di cui gode una persona che rientra nell'assistenza sanitaria pubblica in Italia. Sarà il fornitore di prestazioni a inviarci la fattura direttamente in Svizzera ” (allegato doc. 14). L'assicuratore non ha mai affermato che le cure di un fornitore di prestazioni privato non convenzionato con il sistema sanitario italiano sarebbero state rimborsate. Da parte sua l'assicurata non ha informato CO 1 né in merito alla data dell'intervento di rimozione della cisti ovarica, né che avrebbe subito l'operazione presso una struttura privata non convenzionata, malgrado l'intervento fosse stato previsto dal dott. _____ già il 22 maggio 2023 (cfr. allegato doc. 23, referto del 22 maggio 2023). Ella si è limitata a trasmettere all'assicuratore le fatture della Clinica _____ nel corso del mese di luglio 2023, a trattamento concluso. Non vi sono pertanto le condizioni per ritenere adempiute le condizioni per una violazione del principio della buona fede. 2.19. Alla luce di tutto quanto sopra esposto è a giusta ragione che l'assicuratore ha rifiutato di assumersi i costi per le cure ambulatoriali e stazionario del dott. _____ del 22 maggio 2023 e del 1° e 2 giugno 2023 presso la Clinica _____ in Italia.

E. 13

gennaio 2025

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Christian Steffen, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 22 ottobre 2024 di

RI 1

contro

la decisione su opposizione del 16 ottobre 2024 emanata da

CO 1

in materia di assicurazione sociale contro le malattie

ritenuto in fatto

considerato in diritto

Il TCA deve pertanto esaminare anche questa censura.

La nozione di domicilio presuppone la realizzazione di due condizioni cumulative: la prima, oggettiva, di residenza effettiva, e la seconda, soggettiva, dell'intenzione di stabilirsi durevolmente. Quest'ultima condizione è tuttavia unicamente di rilievo nella misura in cui risulta riconoscibile. Determinante è il luogo in cui si trova il centro degli interessi. Quest'ultimo si trova abitualmente nel luogo di abitazione, vale a dire dove si dorme, si trascorre il tempo libero, dove si trovano gli effetti personali, dove solitamente esiste un allacciamento telefonico e un recapito postale. L'intenzione, riconoscibile all'esterno, deve essere orientata nel senso di una residenza durevole. Tuttavia, l'intenzione di lasciare più tardi un luogo, non esclude la possibilità di stabilirvi il domicilio. Valore indiziario per la risoluzione della questione rivestono l'annuncio e il deposito dei documenti, l'esercizio dei diritti politici, il pagamento delle imposte, eventuali autorizzazioni di polizia degli stranieri ecc. (cfr. STF 9C_705/2020 del 16 aprile 2021 consid. 5.1.; STF 2C_935/2018 del

E. 18

giugno 2019 consid. 4.2.; DTF 141 V 530 consid. 5.2.; STF C 101/04 del 9 maggio 2007, pubblicata parzialmente in DTF 133 V 367; DTF 127 V 237 consid. 1 pag. 238; 125 V 76 consid. 2a pag. 77 con riferimenti; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni P 21/04 dell'8 agosto 2005, consid. 4.1.1, pubblicata in SVR 2006 EL no. 7 pag. 25).

In una STF 9C_574/2021, 9C_575/2021 del 21 giugno 2022, nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, il Tribunale federale ha rammentato che anche nell'ambito di fattispecie internazionali il domicilio nelle assicurazioni sociali si

determina in applicazione del CCS e non della legge federale sul diritto internazionale privato:

Per l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34.

Giusta l'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.

Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, tra l'altro, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicamenti, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c), i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e).

Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, l'autorità esecutiva ha emanato gli art. 36 e seguenti OAMal.

Secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal, il dipartimento, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera.

Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

Il cpv. 4 di tale disposto determina l'estensione dell'assunzione delle prestazioni dispensate all'estero.

Cfr. a questo proposito la sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, consid. 3.1 e la sentenza K 44/00 dell'8 ottobre 2002.

2.11. Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücken") giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2). Si tratta, di norma, 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 134 V 330).

Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147), così come neppure il fatto che una clinica

specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

In DTF 134 V 330, il TF ha evidenziato come i "motivi d'ordine medico" di cui all'art. 34 cpv. 2 LAMal vanno interpretati in maniera rigorosa (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrano su grande scala a una forma di "turismo medico" a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni (art. 49 LAMal). Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell'assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all'estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all'estero per la cura di una patologia in particolare, significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenza del 5 ottobre 2010, Commissione contro Francia, C-512/08, Racc. 2010, pag. I-8833, n. 29 segg., sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet, C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms, C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento).

In DTF 145 V 170 il Tribunale federale ha confermato la predetta giurisprudenza affermando che ci si deve attenere alla pratica giudiziaria, secondo cui eccezioni al principio di territorialità possono essere ammesse solo con grande riserbo, in caso di terapie molto rare. In difetto di ciò vi sarebbe il rischio di perdita delle corrispondenti competenze professionali specialistiche in Svizzera (consid. 7.1 e 7.2). La frequenza delle operazioni sul territorio nazionale potrebbe pertanto, in caso d'intervento chirurgico particolarmente complesso, situarsi a un livello così basso da dover porre la domanda se il team specialistico sia in grado di raggiungere e mantenere l'esperienza e la routine necessarie (consid. 7.3). L'Alta Corte ha quindi ribadito, nella DTF 145 V 170 (in particolare nei consid. 7.4. e 7.5.) che la giurisprudenza esistente, in particolare espressa nella DTF 134 V 330 consid. 2.2 pag. 332 con le referenze, mantiene la sua valenza. Nel giudizio pubblicato in DTF 145 V 170 il TF ha posto il quesito a sapere se l'offerta terapeutica nazionale per l'intervento (in quel caso si trattava di una falloplastica), rispetto allo stesso trattamento all'estero, comportasse rischi di complicanze così elevati a causa della ridotta frequenza operatoria in Svizzera tali da non rendere più possibile in Svizzera, per ragioni mediche, un trattamento responsabile e accettabile, vale a dire appropriato. L'Alta Corte ha indicato come, per una tale valutazione, l'apprezzamento debba essere eseguito secondo elementi oggettivi e su basi concrete (consid. 7.5).

2.12. Nel caso di specie, trattandosi di una fattispecie che presenta elementi di carattere transfrontaliero, occorre anche stabilire se il caso deve essere deciso non solo sulla base delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal, bensì pure alla luce delle norme dell'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone tra la Confederazione Svizzera da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra (ALC; RS 0.142.112.681) e dei regolamenti cui rinvia (cfr. anche sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, pubblicata in DTF 140 V 98).

A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il Regolamento (CE) n. 1408/71 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha aggiornato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98).

Il Regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3).

Questi regolamenti sono stati modificati dal Regolamento (UE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012 (GU L 149 dell'8.6.2012 pag. 4) in vigore per la Svizzera dal 1° gennaio 2015 (STF 8C_36/2024 del 25 novembre 2024, destinata a pubblicazione, consid.4.2; cfr. RU 2015 e 345; RS 0831.109.268.1; cfr. B. Kahil-Wolff, Le Règlement UE 465/2012, la nouvelle Convention Suisse-US et d'autres développements en termes d'assujettissement aux assurances sociales in SZS/RSAS 2015 pag. 438 seg.; STF 8C_273/2015 del 12 agosto 2015 consid.3.1).

In concreto trova di principio applicazione il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche ed il regolamento d'applicazione (CE) 987/2009.

2.13. Per l'art. 17 del regolamento (CE) n. 883/2004 (residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente) la persona assicurata, o i suoi familiari, che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano nello Stato membro di residenza di prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di residenza ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se fossero assicurati in virtù di tale legislazione.

Secondo l'art. 18 n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 (Dimora nello Stato membro competente qualora il luogo di residenza sia in un altro Stato membro Norme particolari per i familiari di lavoratori frontalieri), salvo disposizioni contrarie di cui al paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari di cui all'articolo 17 beneficiano parimenti delle prestazioni in natura mentre dimorano nello Stato membro competente. Le prestazioni in natura sono erogate dall'istituzione competente e a suo carico secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati risiedessero in tale Stato membro.

Per l'art. 18 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 i familiari di lavoratori frontalieri hanno diritto a prestazioni in natura durante la dimora nello Stato membro competente. Tuttavia, quando lo Stato membro competente figura nell'allegato III, i familiari di

lavoratori frontalieri che risiedono nello stesso Stato membro del lavoratore frontaliero hanno diritto a prestazioni in natura nello Stato membro competente esclusivamente alle condizioni stabilite dall'articolo

E. 19

paragrafo 1.

Ai sensi dell'art. 19 (dimora al di fuori dello Stato competente) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004, fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione.

Per l'art. 19 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, la commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona assicurata e l'istituzione che presta le cure.

Secondo l'art. 20 (viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura - autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 fatte salve disposizioni contrarie del regolamento, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente.

Per l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 la persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia.

Il regolamento (CE) n. 1408/71 prevedeva norme analoghe nell'art. 22.

A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, ha rammentato che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni () e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV

n. 8 pag. 25; sul tema cfr. Silvia Bucher, Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], Droit aux soins, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen, in: Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF], in: René Schaffhauser/Christian Schürer [a cura di], Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personenfreizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit] in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.).

Nella citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha evidenziato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv. 5 OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente. L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente.

L'esistenza dell'evento assicurato malattia non si determina in base alla regolamentazione dello Stato competente (sul concetto v. art. 1 lett. q regolamento n. 1408/71), bensì dello Stato che presta l'assistenza. Similmente e per motivi pratici, ritenuto che l'istituzione che presta assistenza sarebbe altrimenti confrontata con l'arduo compito di applicare il diritto estero in materia di prestazioni, la loro concessione - come del resto anche la partecipazione alle spese dell'assicurato (sentenza 9C_61/2007 del 25 febbraio 2008 consid. 3; cfr. anche DTF 141 V 612) - avviene nelle forme e secondo le disposizioni dell'istituzione che presta l'aiuto. In caso di assistenza fornita all'estero è dunque irrilevante che la prestazione costituisca una prestazione obbligatoria in Svizzera. Per contro, chi fa valere il diritto a prestazioni dev'essere assicurato contro le malattie conformemente al diritto dello Stato competente.

Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria. Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti

dell'art. 36 OAMal (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.

2.14. Va ancora rilevato che per l'art. 24 n. 1 del Regolamento (CE) n. 987/2009 (Residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente), ai fini dell'applicazione dell'articolo 17 del regolamento di base, la persona assicurata e/o i suoi familiari sono tenuti a iscriversi presso l'istituzione del luogo di residenza. Un documento, rilasciato dall'autorità competente su richiesta della persona assicurata o dell'istituzione del luogo di residenza, attesta il diritto alle prestazioni in natura nel luogo di residenza.

Per l'art. 24 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il documento di cui al paragrafo 1 rimane valido finché l'istituzione competente non informa l'istituzione del luogo di residenza del suo annullamento. L'istituzione del luogo di residenza informa l'istituzione competente delle iscrizioni a cui ha proceduto ai sensi del paragrafo 1 e di eventuali modifiche o cancellazioni di tali iscrizioni.

Secondo l'art. 24 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il presente articolo si applica mutatis mutandis alle persone di cui agli articoli 22, 24, 25 e 26, del regolamento di base.

L'art. 25 (Dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente) n. 1 del Regolamento (CE) n. 987/2009 prevede che ai fini dell'applicazione dell'articolo 19 del regolamento di base la persona assicurata presenta al prestatore di cure mediche nello Stato di dimora un documento rilasciato dalla sua istituzione competente che attesta i diritti a prestazioni in natura. Se la persona assicurata non dispone di un siffatto documento, l'istituzione del luogo di dimora, su richiesta o se altrimenti necessario, si rivolge all'istituzione competente per ottenerlo.

Secondo l'art. 25 n. 2 del Regolamento (CE) n. 987/2009 il documento attesta che la persona assicurata ha diritto a prestazioni in natura alle condizioni di cui all'articolo 19 del regolamento di base secondo le stesse modalità applicabili alle persone assicurate in forza della legislazione dello Stato membro di dimora.

Per l'art. 25 n. 3 del Regolamento (CE) n. 987/2009 le prestazioni in natura di cui all'articolo 19, paragrafo 1, del regolamento di base si riferiscono alle prestazioni in natura erogate nello Stato membro di dimora, conformemente alla legislazione di quest'ultimo, che si rendono necessarie sotto il profilo medico affinché la persona assicurata non sia costretta a ritornare nello Stato membro competente per ricevere le cure necessarie prima della conclusione prevista del suo soggiorno.

Ai sensi dell'art. 25 n. 4 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese delle prestazioni in natura erogate nel quadro dell'articolo 19 del regolamento di base e se la legislazione applicata dall'istituzione del luogo di dimora consente il rimborso di tali spese alla persona assicurata, quest'ultima può inoltrare domanda di rimborso all'istituzione del luogo di dimora. In tal caso, questa le rimborsa direttamente l'importo delle spese che corrispondono a tali prestazioni nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso della sua legislazione.

Per l'art. 25 n. 5 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se il rimborso di tali spese non è stato richiesto direttamente presso l'istituzione del luogo di dimora, le spese sostenute sono rimborsate alla persona interessata dall'istituzione competente secondo le tariffe di rimborso applicate dall'istituzione del luogo di dimora, oppure gli importi che sarebbero

stati oggetto di rimborso all'istituzione del luogo di dimora, qualora fosse applicato l'articolo 62 del regolamento di applicazione nel caso in questione. L'istituzione del luogo di dimora fornisce all'istituzione competente che ne fa richiesta le informazioni necessarie su dette tariffe o importi.

L'art. 25 n. 6 del Regolamento (CE) n. 987/2009 prevede che in deroga al paragrafo 5, l'istituzione competente può procedere al rimborso dei costi sostenuti nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla sua legislazione, a condizione che la persona assicurata acconsenta all'applicazione di questa disposizione.

Secondo l'art. 25 n. 7 del Regolamento (CE) n. 987/2009 se la legislazione dello Stato membro di dimora non prevede rimborso a norma dei paragrafi 4 e 5 nel caso in questione, l'istituzione competente può rimborsare i costi in questione nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla sua legislazione senza il consenso della persona assicurata.

Il rimborso alla persona assicurata in ogni caso non supera l'importo delle spese effettivamente sostenute (art. 25 n. 8 del Regolamento (CE) n. 987/2009).

Nel caso di spese di importo rilevante, l'istituzione competente può versare alla persona assicurata un adeguato anticipo non appena quest'ultima presenta domanda di rimborso (art. 25 n. 9 del Regolamento (CE) n. 987/2009).

L'art. 26 del Regolamento (CE) n. 987/2009 regola la sorte delle cure programmate.

Resta da esaminare se l'insorgente può pretendere il rimborso delle prestazioni sulla base delle norme della LAMal (cfr. anche la sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 4.3; sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2 e sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.3, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. pure DTF 141 V 612 consid. 7.1; cfr. anche sentenza 36.2019.12 del 21 marzo 2019, consid. 2.6).

2.15.4. Come visto, 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 (DTF 145 V 170; sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2).

2.15.5. Per quanto concerne la prima eccezione ("Versorgungslücke") si tratta, in genere, 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.

Nella fattispecie, la ricorrente, giustamente, non fa valere che in Svizzera vi sono gravi lacune nell'offerta sanitaria nell'ambito dell'intervento per una cisti ovarica tali da necessitare un'operazione in Italia.

In concreto l'intervento effettuato (laparoscopia per rimozione di una cisti ovarica) è del resto un'operazione di routine eseguita anche nel nostro Paese (cfr. doc. 25: forfait SwissDRG N25Z; Cw 0.6020).

2.15.6. Il TCA deve ancora esaminare se, come sostiene l'interessata, nel caso di specie vi era un'urgenza ai sensi della LAMal.

Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

Il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire, nell'ambito di cure ospedaliere o semi-ospedaliere fuori dal Cantone di domicilio, i cui principi sono applicabili mutatis mutandis alle cure fuori dalla Svizzera (cfr. DTF 127 V 146 consid. 5), che vi è urgenza se l'intervento medico risulta inderogabile e non è possibile o comunque non è appropriato imporre alla persona assicurata di rientrare nel proprio cantone di domicilio per sottoporsi alla cura necessaria (DTF 138 V 510, consid. 5.1, sentenza 9C_408/2009 del 3 settembre 2009, consid. 9.1 = SVR 2010 KV n. 1 pag. 1; sentenza 9C_144/2015 del 17 luglio 2015, consid. 4.2.1).

Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (cfr. sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3, con rinvio alla DTF 146 V 152 consid. 10.3 con riferimento alla sentenza 9C_202/2015 del 26 giugno 2015, consid. 3.2; cfr. anche sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.3; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2).

La necessità di un intervento in tempi brevi non rientra nella fattispecie disciplinata dalla nozione di urgenza nel senso dell'art. 36 cpv. 2 OAMal (cfr. sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3).

In concreto l'urgenza va esclusa d'acchito.

Infatti, l'intervento è stato pianificato il 23 maggio 2023 ed eseguito il 1° giugno 2023 (allegato doc. 23), ossia un lasso di tempo che non permette di concludere per la necessità di un intervento immediato ed imprevisto.

2.17. Infine va ancora stabilito se, come ritiene per lo meno implicitamente la ricorrente, vi sia stata una violazione del principio della buona fede poiché l'assicuratore non avrebbe informato correttamente, limitandosi a fornirle indicazioni burocratiche.

Il diritto alla protezione della buona fede di cui all'art. 9 Cost. consente al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un cittadino un vantaggio contrario alla legge sei seguenti presupposti, precisati da una lunga e consolidata giurisprudenza, sono cumulativamente adempiuti:

2. l'autorità deve essere intervenuta in una situazione concreta nei riguardi di persone determinate;
3. l'autorità ha agito o creduto di agire nei limiti delle proprie competenze;
4. l'assicurato non deve essersi reso conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta;
5. l'informazione errata ha indotto l'assicurato ad adottare un comportamento o un'omissione che gli è pregiudizievole;
6. la legge non è stata modificata dal momento in cui l'informazione è stata data;
7. l'interesse alla corretta applicazione del diritto oggettivo non prevale su quello alla tutela della buona fede.

(cfr. STF 9C_29/2022 del 6 dicembre 2022 consid. 4.2.; STF 8C_271/2022 dell'11 novembre 2022 consid. 3.2.3.; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2., pubblicata in SVR 2022 ALV Nr. 26 pag. 92 e DLA 2022 N. 10 pag. 316; STF 8C_458/2021 del 25 gennaio 2022 consid. 3.2.; STF 9C_86/2021 del 14 giugno 2021

consid. 6.1.; STF 9C_296/2020 del 4 settembre 2020 consid. 2.2.; STF 8C_625/2018 del 22 gennaio 2019, pubblicata in DLA 2019 N. 4 pag. 97; DTF 143 V 95 consid. 3.6.2.; STF 9C_753/201 del 3 aprile 2017 consid. 6.1.; STF 8C_306/2015 del 25 agosto 2015 consid. 3.2.; STF 9C_5/2015 del 31 luglio 2015 consid. 3.; STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 3.1.; STF K 107/05 del 25 ottobre 2005 consid. 3.1.; STF C 270/04 del 4 luglio 2005 consid. 3.3.1.; STF C 218/03 del 28 gennaio 2004 consid. 2; STF C 25/02 del 29 agosto 2002; DTF 121 V 65, consid. 2a pag. 66-67 e la giurisprudenza ivi citata).

La tutela della buona fede non presuppone però sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliata. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di assicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (STF 9C_1/2022 del 23 febbraio 2022, consid. 4.4.2). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3 cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (cfr. STF 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 4.1.; RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b).

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).

2.18. Nel caso di specie le condizioni per una violazione del principio della buona fede non sono adempiute, poiché l'assicuratore non ha fornito informazioni errate e non ha omesso informazioni.

L'assicuratore non ha mai affermato che le cure di un fornitore di prestazioni privato non convenzionato con il sistema sanitario italiano sarebbero state rimborsate.

Da parte sua l'assicurata non ha informato CO 1 né in merito alla data dell'intervento di rimozione della cisti ovarica, né che avrebbe subito l'operazione presso una struttura privata non convenzionata, malgrado l'intervento fosse stato previsto dal dott. _____ già il 22 maggio 2023 (cfr. allegato doc. 23, referto del 22 maggio 2023). Ella si è limitata a trasmettere all'assicuratore le fatture della Clinica _____ nel corso del mese di luglio 2023, a trattamento concluso.

Non vi sono pertanto le condizioni per ritenere adempiute le condizioni per una violazione del principio della buona fede.

2.20. Secondo l'art. 61 lett. fbisLPGA 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.

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