

TI_GERICHTE 36.2003.76 vom 14. August 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-08-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.76

FR: TI_GERICHTE 36.2003.76 du 14 août 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.76 del 14 agosto 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 2

Der Student P fuhr in Begleitung seiner Freundin U mit dem Zug nach Berlin. Nach der Ankunft traten bei ihm Ubelkeit und kolikartige Bauchschmerzen auf. Da er schon zweimal wegen Darmverschluss (Ileus) operiert worden war, liess er sich in einem Spital untersuchen, wobei wiederum ein Ileus diagnostiziert wurde. Er verfiel in Lethargie, konnte aber ohne Operation, medikamentös behandelt werden. Bei der Krankenkasse Z hatte er seine Grundversicherung, eine Zusatzversicherung und zudem eine Reiseversicherung. Die Z organisierte die Rückreise mit der Swissair in der Businessklasse, eingeschlossen die Freundin U als nicht-medizinische Begleitperson. Sie erteilte der Swissair Kostengutsprache für den Flug. Seine Eltern fuhren im Auto mit P nach Hause, worauf die Nachbehandlung ambulant erfolgte. Die Krankenkasse Z war mit mehreren Rechtsfragen konfrontiert: a) Art. 36 Abs. 2 KVV bestimmt, dass die Grundversicherung für Notfälle bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt leistungspflichtig wird. Ein Notfall liegt vor, wenn der Versicherte einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Diese Voraussetzung war hier gegeben, da bei Ileuserkrankung Lebensgefahr besteht. Die Krankenkasse musste auch für die Behandlung in der Privatabteilung aufkommen, da diese medizinisch indiziert war. Hingegen musste sie höchstens den doppelten Betrag vergüten, den die Behandlung in einem geeigneten Spital am Wohnsitz des Versicherten in der allgemeinen Abteilung gekostet hätte (Abs. 4). Dieser Betrag reichte hier aus. b) Nach dem Wortlaut der Art. 26 und 27 KLV und Art. 56 KVV hat die Grundversicherung Beiträge nur für Krankentransporte zu entrichten, die in der Schweiz erfolgen. Es dürfte sich um eine Lücke in diesen Bestimmungen handeln. Wenn die Grundversicherung schon für die Behandlungen aufkommen muss, die im Ausland notwendig werden, stellt sich zwingend die Frage, ob sie nicht auch für die damit verbundenen Transporte, insbesondere für die Repatriierung, leistungspflichtig wird. Die Lücke ist zu füllen, indem die erwähnten Bestimmungen sinngemäss auch für solche Transporte im Ausland angewendet werden. c) Somit war die Krankenkasse Z verpflichtet, für die Behandlung in Berlin und für den Flug in die Schweiz die vorgeschriebenen Leistungen zu erbringen. Die durch die Grundversicherung nicht gedeckten Kosten belastete sie zu gleichen Teilen der Zusatz- und der Reiseversicherung. P hatte ausser dem Selbstbehalt keine Kosten selbst zu tragen. (...)

E. 2.2

Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, 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, in particolare, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, 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 medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b) nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). Fra le altre prestazioni, per il cpv. 2 lett. g dell'art. 25 LAMal, le casse sono tenute ad accordare un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio. A norma dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 o 29 eseguite all'estero per motivi di ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi di ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero. L'art. 34 cpv. 2 LAMal corrisponde all'art. 28 cpv. 2 del progetto di legge elaborato dal Consiglio federale (FF 1992 I 236), ripreso dalle Camere federali senza che abbia dato luogo ad obiezioni di sorta (cfr. Boll. uff. CS 1992 pag. 1305, CN 1993, pag. 1847). Nel suo Messaggio del 6 novembre 1991 relativo alla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 133), il Consiglio federale rilevava quanto segue: " Il principio della territorialità che continua a reggere il nostro sistema di assicurazione malattia non ci impedisce di "istituzionalizzarne" le possibili eccezioni. Parecchie casse malati, già attualmente, hanno iniziato questa apertura nella loro sfera di autonomia. L'innovazione che figurerà nella legge presenta il sensibile vantaggio di porre tutti gli assicurati su un piano di uguaglianza. Essa prende in considerazione i casi in cui le prestazioni sono fornite all'estero per motivi di ordine medico. Si tratterà pertanto di un caso di urgenza oppure di un caso per il quale non esiste, in Svizzera, la prestazione equivalente. La seconda eccezione che abbiamo previsto riguarda il parto all'estero per motivi che non sono di ordine medico. Pensiamo principalmente al parto che deve avere luogo all'estero per motivi di acquisizione della nazionalità (applicazione del principio dello jus soli). Il Consiglio federale avrà la competenza di fissare limiti ai costi che devono essere assunti; dal profilo della sistematica, ci si potrebbe ad esempio ispirare alla soluzione adottata agli art. 10 cpv. 3 LAINF e 17 OAINF (RS 832.20; RS 832.202)". Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, l'autorità esecutiva ha emanato gli art. 36 e 37 OAMal. Giusta 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. Per l'art. 36 cpv. 4 OAMal, in vigore dal 1° giugno 2002, le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 e i trattamenti dispensati all'estero ai frontalieri, ai lavoratori distaccati all'estero e alle persone al servizio di una collettività pubblica, come pure ai loro familiari (art. 3 a 5), sono assunti al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera e, nei casi di cui al capoverso 3, per un importo pari a quello in Svizzera. Per gli assicurati di cui agli articoli 4 e 5, la remunerazione è effettuata in base alle tariffe e ai prezzi valevoli nel loro ultimo luogo di domicilio in Svizzera. Se ad assicurati ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere d ed e vengono dispensate cure difformemente dalle regole dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, i costi vengono assunti secondo le tariffe ed i prezzi praticati nel loro ultimo luogo di

residenza o di lavoro; non potendosi determinare alcuno di questi luoghi, i costi saranno assunti secondo le tariffe ed i prezzi del Cantone di domicilio dell'assicuratore. Per il cpv. 5 sono salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. A questo proposito il Consiglio federale, nel " Messaggio concernente l'approvazione degli accordi settoriali tra la Svizzera e la CE del 23 giugno 1999 " (cfr. FF n. 34 del 31 agosto 1999), a pag. 5309 ha rilevato che: " Al momento, solo nelle relazioni con la Germania e per il rispetto gruppo dei barcaioli del Reno esiste una normativa riguardante l'aiuto reciproco in materia di prestazioni. Gli assicurati svizzeri che si ammalano in un altro Stato dell'UE in casi d'emergenza possono sottoporsi a trattamenti medici sul posto a carico dell'assicuratore malattia svizzero. L'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore è però limitata al doppio di quanto avrebbe dovuto pagare per trattamenti medici in Svizzera. Chi, a seguito di un infarto cardiaco, dev'essere ricoverato nel reparto cure intense di un ospedale all'estero, non vi ha però alcun diritto alla protezione tariffale. I costi fatturati possono quindi facilmente rappresentare importi elevati. Ma, di regola, l'assicuratore svizzero pagherà al massimo il doppio di quanto avrebbe dovuto versare per trattamenti medici nell'ospedale cantonale del cantone di domicilio. Spesso invece vigono tariffe forfetarie giornaliere. In tal caso neppure l'importo doppio di quanto sarebbero costati i trattamenti medici in Svizzera è in grado di coprire gli oneri risultanti all'assicurato che deve così assumersi importi elevati. Estendere l'aiuto reciproco in materia di prestazioni a tutti gli Stati membri dell'UE garantisce alle persone assicurate in Svizzera che qualora si ammalassero all'estero sarebbero sottoposte a trattamenti medici sul posto da parte di un medico o in ospedale, che l'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore svizzero è garantita e che non devono temere di essere chiamati, per finire, a pagare personalmente gran parte della fattura. D'altra parte, questa soluzione porta per gli assicuratori risparmi il cui ammontare non è definibile, poiché i loro assicurati all'estero non vi sono sottoposti a trattamento quali <<stranieri>>, bensì alle tariffe delle assicurazioni sociali più favorevoli applicate agli indigeni. L'inclusione della Svizzera nella rete europea dell'aiuto reciproco in materia di prestazioni porta vantaggi anche al nostro turismo. Dato che le persone residenti e assicurate all'estero in caso di trattamenti medici in Svizzera al momento non ricadono nella protezione tariffale, bensì devono pagare la <<tariffa stranieri>> e inoltre le assicurazioni estere attualmente per lo più non rimborsano affatto ai propri assicurati i trattamenti medici in Svizzera o al massimo in casi d'emergenza e alla tariffa dell'assicurazione sociale dello Stato di provenienza, solitamente le persone assicurate devono pagare personalmente i costi di un trattamento medico durante le ferie nel nostro Paese. Questo crea problemi poiché i turisti provenienti dagli Stati dell'UE, essendoci una rete europea di assicurazione malattie, sono abituati a essere automaticamente coperti all'estero a carico dell'assicurazione in patria." 2.3. Come visto, fra le altre prestazioni, per il cpv. 2 lett. g dell'art. 25 LAMal, le casse sono tenute ad accordare un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio. Nel Messaggio del 6 novembre 1991 relativo alla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I pag. 124), il Consiglio federale rilevava quanto segue: " lettera f Sempre nell'ottica di un'assicurazione con un catalogo delle prestazioni uniforme, assicurazione che interverrà sussidiariamente in caso d'infortunio, introduciamo la presa a carico di costi di trasporto d'urgenza e di salvataggio mediante un contributo a queste spese che il Consiglio federale dovrà stabilire (cfr. art. 27 cpv. 2). Diverse possibilità possono essere prese in considerazione (segnatamente contributo-limite annuale, contributo degressivo). L'introduzione di detta prestazione è stata contestata nel corso della procedura di consultazione. Ci limitiamo

pertanto a prevedere un contributo alle spese, e non l'assunzione integrale delle stesse, come previsto nel progetto Schoch. Questa copertura ci sembra tuttavia giustificata tanto in caso di malattia quanto a titolo sussidiario in caso d'infortunio." Per l'art. 33 OAMal, sentita la commissione, il dipartimento designa il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera g della legge; i trasporti da un ospedale all'altro, necessari dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero. Giusta l'art. 56 OAMal chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi, può esercitare a carico di questo assicuratore. Gli art. 26 e 27 OPre prevedono: " 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 fr. 500.- per anno civile. (art. 26 cpv. 1) Il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso." (art. 26 cpv. 2) Per salvataggi in Svizzera, l'assicurazione assume il 50 per cento delle relative spese. Il contributo massimo è di 5000 franchi per anno civile (art. 27)." Il TFA, in una sentenza del 26 settembre 2001, pubblicata in SVR 2002 KV nr. 25 pag. 89, si è chinato sulla questione a sapere se l'intervento di un'ambulanza e del medico, chiamati da un'assicurata che aveva scoperto il marito, privo di conoscenza, in un bosco, era da considerare un trasporto ai sensi dell'art. 26 OPre. L'Alta Corte ha affermato che l'assicurazione malattia deve assumere i costi di trasporto se esso è avvenuto in relazione a prestazioni di cura; se queste sono state in seguito effettivamente eseguite non è rilevante per l'obbligo di assunzione dei costi. I giudici federali hanno affermato: " 3a) En l'espèce, l'état de santé de l'assuré, à la suite de son malaise soudain, ne pouvait pas laisser de doute sur la nécessité d'une intervention d'urgence, proche par ailleurs d'un sauvetage au sens de l'art. 27 OPAS. Il n'est pas contesté que, dans ce sens, au moment où il a été requis, le transport par ambulance se justifiait, voire s'imposait médicalement pour permettre la dispensation des soins nécessaires par les médecins et le personnel hospitalier. De même est-il constant qu'au moment où il a été fait appel à l'ambulance, Z était en vie, inconscient ou à demi-conscient. b) Cette situation se distingue ainsi, aussi bien d'une des hypothèses visées par la prise de position de l'OFAS du 13 septembre 1999, soit l'appel à une ambulance sans qu'une mesure médicale ou le transport du malade ne s'impose en définitive et du cas, évoqué par l'OFAS dans ses observations, où la personne à transporter est déjà décédée au moment de l'appel. c) En réalité, ce qui importe c'est que le transport soit requis - et nécessaire - en vue de dispenser des soins, et non pas que les soins aient été effectivement dispensés par la suite. En effet, si une telle exigence était posée, le risque découlant du décès susceptible de survenir jusqu'au moment du transport effectif, pendant le transport ou après le transport et jusqu'à la dispensation des premiers soins demeurerait, sans justification, à la charge de l'assuré. Or, de par leur nature, ces frais de transport commencent à courir dès leur mise en oeuvre et non dès la prise en charge de la personne malade ou accidentée. C'est pour ce motif que pour juger de la nécessité de ce moyen et de sa justification, il convient de se placer au moment où il a été fait appel à l'entreprise de transport (cf. dans ce sens en matière de sauvetage Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 148 sv., en particulier n. 151 au sujet de l'appréciation ex ante de la menace grave pour la santé ou pour la vie). Le jugement entrepris est dès lors conforme au droit fédéral." Dal canto suo Eugster (Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, pag. 76 n. 149) specifica come: " Das KVG kennt bei den

medizinisch notwendigen Transportkosten keine volle Kostendeckung, sondern beschränkt sich auf einen Beitrag (art. 25 Abs. 2 lit. g KVG; Art. 26 Abs. 1 und 2 KLV). Die Leistungen werden nicht nur bei Krankheit, sondern auch bei Unfall erbracht. Anspruch auf Transportkostenbeiträge hat die versicherte Person, die zum Zwecke der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen zu einem Leistungserbringer gebracht werden muss, ohne sich indessen in der Notlage einer Rettungssituation zu befinden. Welche Leistungstatbestände unter Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG fallen, ist noch wenig geklärt und wird teilweise kontrovers diskutiert. Art. 26 Abs. 1 KLV ist nach unserem Standpunkt dahin zu verstehen, dass kein Leistungsanspruch besteht, wenn sich der Patient trotz Krankheit zumutbarerweise mit einem öffentlichen Verkehrsmittel in einem Taxi oder von Angehörigen im Privatauto transportieren lassen kann. Der Ordnungsgeber erachtet die damit verbundenen Kosten als Aufwendungen des allgemeinen Haushalts, die im Rahmen der Schadenminderungspflicht als zumutbare Selbstkosten gelten. Ein Leistungsanspruch entsteht erst mit dem objektiv begründeten Bedarf eines Sanitätsfahrzeuges mit speziellen Ausstattungen oder Begleitdiensten, die den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechen. Art. 26 Abs. 1 KLV schliesst wohl dem Wortlaute nach, nicht aber nach der ratio legis Rücktransporte vom Leistungserbringer zum Wohn- oder Aufenthaltsort der versicherten Person aus; auch Rücktransporte können i.S.v. Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG medizinisch notwendig und damit Pflichtleistung sein. Der Gesetzgeber wollte ferner Beiträge nicht nur bei Notfällen, sondern bei allen medizinisch notwendigen Transporten vorsehen. Mit dem Begriff der Transportkosten ist schliesslich die Vorstellung verbunden, dass der Patient zum Leistungserbringer gebracht oder dorthin begleitet werden muss. Daher besteht kein Anspruch auf Transportkostenbeiträge, wenn sich eine Person selbständig, aus eigenen Kräften und ohne die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Spezialfahrzeugen zu einem Leistungserbringer begeben kann. (...) Das KVG kennt bei den Rettungskosten ebenfalls keine volle Kostendeckung, sondern beschränkt sich auf einen Beitrag (Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG; Art. 27 KLV; 50% der Kosten, höchstens Fr. 5000.-- pro Kalenderjahr, beschränkt auf Rettungen in der Schweiz). Der Begriff der Rettungskosten beschränkt sich daher nicht auf die Kosten für Rettungstransporte, sondern umfasst alle Massnahmen, die zur Rettung der betroffenen Person notwendig sind. Rettung i.S.v. Art. 25 lit. g KVG kann drei Tatbestände umfassen: Die Befreiung aus einer Gesundheit und Leben bedrohenden Lage oder die notfallmässige Zuführung zur medizinischen Versorgung oder beides (Beispiele: schwere Unfallverletzung oder Herzinfarkt). Eine bloss vermeintliche Bedrohung ist beachtlich, wenn das scheinbare Opfer aufgrund der Umstände eine tatsächliche Bedrohung annehmen durfte, was aufgrund einer Beurteilung ex ante festzustellen ist. Es kann auch Rettungen ohne Notwendigkeit geben wie etwa gewisse Bergnotfälle. Auch in diesem Falle ist Rettung i. S.v. Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG zu bejahen. Das versicherte Risiko und der Bezug zur Krankenpflegeversicherung zeigt sich in der konkret drohenden Gefahr für Gesundheit und Leben." (sottolineature del redattore) Alfred Maurer, " Transport- und Rettungskosten in der Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung ", in Mélanges en l'honneur de Jean-Louis DUC, Losanna 2001, pag. 173 segg. afferma: " (pag. 175:) Bemerkungen: Eine ausdrückliche Regelung für Transport- und Rettungskosten, die im Ausland entstehen, findet sich weder im Gesetz noch in den Verordnungen. KVG, KVV und KLV sehen die Übernahme von Kosten für die Bergungs- und Leichentransporte - im Gegensatz zu Art. 19 MFG- nicht vor. (...) (pag. 182)

E. 4

Nach Art. 25 Abs. 2 KVG und Art. 27 KLV leistet die Grundversicherung Beiträge an die Rettungskosten. Rettung bedeutet Hilfe, wenn ein Versicherter sich in einer Lage befindet, die für seine Gesundheit oder sein Leben eine ernsthafte Gefahr bedeutet, selbst wenn eine Gesundheitsschädigung noch gar nicht eingetreten ist." (sottolineature del redattore) J. L. Duc, " De la prise en charge des frais de sauvetage en cas d'accident, dans l'assurance-accident et dans l'assurance-maladie obligatoire ", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, Hors Série n°3 (2001), (CGRSS) pag. 55 segg., in particolare pag. 59, afferma: "en principe, pour qu'on puisse parler de sauvetage au sens de la LAA ou de la LAMal (avec droit correspondant aux prestations légales), il faut se trouver en présence d'un événement qui suppose une atteinte à la santé physique ou psychique, ou la menace d'une telle atteinte (la question de savoir si les moyens mis en oeuvre étaient indispensables et adéquats, et si les autres conditions du droit aux prestations sont remplies, devra encore être examinée, dans un deuxième temps); exceptionnellement, dans des circonstances vraiment extraordinaires (l'exemple de la chute dans une crevasse, sans blessure, constituant déjà un cas-limite), un sauvetage au sens de la loi pourra être admis en l'absence d'accident ou même de maladie au sens juridique de ces termes, en raison de la menace grave et réelle pour l'intégrité planant sur l'assuré placé dans une situation difficile."

2.4. Nel caso di specie l'assicurata ha dovuto essere trasportata d'urgenza all'Ospedale di _____, in _____, a causa di un infortunio subito nel corso di un'escursione. Agli atti è stato consegnato un certificato medico, scritto a mano dal Dr. _____, "Médecin Diplômé d'Etat" del "Centre Hospitalier de _____, _____", che così descrive il percorso fino all'Ospedale: "(...) Je l'ai récupérée couchée dans un petit bateau sur le fleuve de (...) située dans la province de (...) dans la région de (...), où il n'existe aucune formation sanitaire adéquate. D'où son évacuation d'abord à (...) où on a dû laisser l'hélicoptère vu les conditions climatiques et il commence à être sombre. Puis de là, on a pris un autre avion pour arriver à la capitale où elle a été hospitalisée au service des urgences de notre centre vers 20h30 minutes. C'est là qu'on a pu faire la radiographie de la jambe et on a constaté qu'il n'y a pas eu une fracture et on a réparé la plaie délabrée de sa jambe où elle était sous observation (...)" (doc. allegato al doc. _) Mentre le spese per il trattamento sono state riconosciute (cfr. doc. _), l'assicuratore rifiuta di rimborsare i costi causati dall'intervento dell'aereo e dell'elicottero per il trasporto dell'interessata al nosocomio poiché non sarebbero a carico dell'assicurazione obbligatoria. Non vi è alcun dubbio, e del resto _____ nella sua risposta lo ammette, che l'intervento è da considerare quale salvataggio, così come definito dalla dottrina (cfr. G.Eugster, op. cit., pag. 76, n. 149, e J. L. Duc, CGRSS, Hors Série n°3 (2001), citati al consid. 2.3). Infatti, nel caso di specie, l'assicurata necessitava di essere trasportata d'urgenza presso l'ospedale _____ al fine di curare la ferita al ginocchio sinistro per evitare la perdita della gamba (cfr. doc. _). Trattandosi di salvataggio, secondo la lettera dell'ordinanza, nessun costo va assunto dall'assicuratore malattia, nella misura in cui l'intervento dei mezzi di trasporto è avvenuto all'interno di uno Stato estero. Infatti, l'art. 27 OPre prevede esplicitamente l'assunzione dei costi di salvataggio solo in Svizzera (cfr. in tal senso anche Eugster, op. cit., pag. 76 seg., n. 149, citato al consid. 2.3). Tuttavia, considerato che il salvataggio è una forma qualificata del trasporto, laddove vi è salvataggio, necessariamente ci deve essere anche il trasporto. 2.5. Come rileva Maurer (cfr. consid. 2.3), per quanto concerne i trasporti, ed in particolare il rimpatrio in Svizzera, vi è una lacuna che va colmata. Infatti, l'art. 56 OAMal prevede che solo chi è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi, può esercitare

a carico di questo assicuratore. L'ordinanza è tuttavia silente per quanto concerne i trasportatori esteri che svolgono la loro attività all'estero. Va qui rammentato che una lacuna legislativa è in particolare ammessa nel caso in cui la legge non prevede una risposta ad una questione giuridica ed una soluzione non risulta neppure sulla base di un'interpretazione della legge (DTF 124 V 271 consid. 2a; DTF 113 V 12; DTF 103 V 100) la quale risulta, quindi, incompleta. Il giudice deve colmare la lacuna sulla base dell'art. 1 cpv. 2 CCS come se fosse il legislatore (DTF 112 V 53). Tale regola permette in futuro di trattare altri casi allo stesso modo e di evitare una disuguaglianza di trattamento tra gli assicurati (A. Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte 1994, p. 46). Non è infatti ammissibile ritenere che la mancanza di una norma sia sempre riconducibile ad un silenzio qualificato. La prassi più recente tende, inoltre, in generale, a considerare le leggi amministrative in larga misura incomplete e quindi a completarle, dove esiste una necessità palese, invece di concludere, nel caso di mancanza di una disposizione, a favore di un'intenzione in tal senso del legislatore (ZBl 2/2001 p. 94 e dottrina citata). Pure la giurisprudenza del Tribunale federale si è allontanata dalla distinzione classica tra lacuna propria e impropria, avvicinandosi al concetto di incompletezza in condizione con quanto pianificato ("planwidrige Unvollständigkeit"; ZBl citato). Dalla chiara volontà del legislatore, ed in particolare dall'art. 34 cpv. 2 LAMal, emerge che la LAMal dà all'Esecutivo federale la delega per prevedere l'assunzione dei costi di trattamenti urgenti all'estero. Il Dipartimento competente, per quanto concerne il salvataggio, ha limitato l'assunzione dei costi agli interventi in Svizzera. Per quanto riguarda invece il trasporto, non vi è alcuna limitazione territoriale. Conformemente a quanto ritiene Maurer, la lacuna dell'art. 56 OAMal va colmata, nel senso che nella misura in cui il trasporto, come nel caso concreto, è in relazione con i trattamenti d'urgenza eseguiti all'estero, anche i relativi costi di trasporto all'estero sono a carico della LAMal, conformemente all'art. 36 cpv. 4 OAMal, anche in assenza di un'autorizzazione cantonale e di un accordo con l'assicuratore malattia. Poiché in Svizzera il contributo massimo ammonta a fr. 500 annui (art. 26 OPre), nel caso di specie, vista la fattura di fr. 16'117.90, _____ deve pagare all'assicurata fr. 1'000 (fr. 500 x 2). Va infine rilevato che la censura della convenuta secondo la quale l'ospedale _____ non sarebbe " un fornitore di prestazioni idoneo che il paziente ha diritto di scegliere ", vista la situazione d'urgenza in cui si trovava l'assicurata e considerato come la Cassa non contesta che le cure ivi effettuate siano state eseguite correttamente, è priva di fondamento. In questo senso il ricorso va parzialmente accolto e all'insorgente vanno assegnate le ripetibili (art. 61 lett. g LPG). 2.6. L'assicurata nel proprio ricorso fa un generico riferimento ad ulteriori prove (documenti, testi, perizia, cfr. doc. _). Nel caso di specie l'assunzione di testi, di ulteriore documentazione o l'allestimento di una perizia non modificherebbero l'esito del ricorso, che dipende dall'interpretazione delle norme applicabili alla fattispecie e non da un ulteriore approfondimento fattuale. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, *Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223

consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incanto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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