

TI_GERICHTE 36.2013.46 vom 26. September 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.46

FR: TI_GERICHTE 36.2013.46 du 26 septembre 2013

IT: TI_GERICHTE 36.2013.46 del 26 settembre 2013

Regeste

Ricovero d'urgenza all'estero in un Paese extra UE. Nel preciso caso di specie sono dati i presupposti per l'assunzione dei costi dell'intervento a carico dell'assicuratore. Non era possibile un rientro in Svizzera senza rischi. Rinvio per calcolare l'ammontare del rimborso

Erwägungen

E. 1

dal medico,

E. 2

dal chiropratico,

E. 2.1

Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b).

E. 2.2

D'après l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence selon la même disposition, lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est donc déterminant c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176). 3. En l'espèce, on doit constater avec les premiers juges que le traitement litigieux ne remplit pas la condition de l'urgence. L'allégation de la recourante selon laquelle elle aurait été victime d'hémorragies est contredite de manière convaincante par le médecin-conseil de la caisse, qui constate que l'hémoglobine du bilan pré-opératoire du 24 janvier 2002 présente le même résultat que celle relevée à la sortie de l'Hôpital X. _____ le 22 janvier 2002 (prise de position du 30 juillet 2002). Les documents médicaux émanant des médecins qui ont soigné la recourante en Italie ne font aucune mention d'une situation d'urgence (p. ex. admission dans un service d'urgence; nécessité d'opérer en urgence). Par ailleurs, il est établi que l'opération a eu lieu deux jours après la consultation d'un médecin en Italie. Aucune pièce n'atteste que la patiente n'eût pas

pu revenir en Suisse, même par ses propres moyens, pendant ce laps de temps. Il faut observer enfin que, dans le questionnaire qu'elle a rempli à l'intention de l'intimée le 14 février 2002, la recourante a indiqué sous ch. 3 et 4 qu'elle avait souffert d'un fibrome à l'utérus et qu'il s'était agi d'une «maladie soudaine» (en réponse à la question lui demandant si l'on était en présence d'un accident ou d'une maladie soudaine). A celle lui demandant pour quelle raison le traitement avait été effectué à l'étranger, elle a répondu : «Haute qualification et spécialisation». Sur le vu de cette dernière réponse et de l'ensemble des circonstances, on est fondé à considérer que la raison liée au choix d'un spécialiste en Italie a été l'élément prépondérant qui a motivé en l'occurrence un traitement à l'étranger. On retiendra enfin que la recourante, à aucun stade de la procédure, n'a produit d'attestation médicale qui eût permis de penser que l'intervention fût urgente ou qu'un retour prématuré en Suisse fût médicalement inapproprié.” C on sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato: "

E. 3

da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico; - b. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico; - c. un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico; - d. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico; - e. la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune; - fbis. la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29); - g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio; - h. la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25 e seg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Questo disposto precisa che "le prestazioni di cui agli art. 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche". L'art. 41 cpv. 1 LAMal dispone che in caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni. Per l'art. 41 cpv. 1bis in caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49 a al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. A norma dell'art. 41 cpv. 1ter il capoverso 1bis si applica per analogia alle case per partorienti. Per l'art. 41 cpv. 2 LAMal se in caso di cura ambulatoriale, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Se in caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicuratore e il Cantone remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49 a. Salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal). Per l'art. 41 cpv. 3bis LAMal sono considerati motivi di ordine medico secondo i capoversi 2 e 3 i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera.

L'art. 41 cpv. 4 LAMal prevede che d'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate. 2.2. 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). 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. Secondo il cpv. 1 dell'art. 36 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. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una sentenza del 7 marzo 2002, a proposito di una lite avente come oggetto l'assunzione di cure prestate all'estero, senza che sia data l'ipotesi di un caso d'urgenza, nella misura in cui le medesime non possono essere prodigate in Svizzera (cfr. anche RDAT I-2001, n. 66 pag. 271 segg.), ha rammentato che il Dipartimento federale dell'interno (DFI) - dopo che la Commissione federale delle prestazioni generali ha ritenuto irrealizzabile l'allestimento di un elenco dei trattamenti, da porre a carico dell'assicurazione di base, dispensati all'estero perché non lo possono essere in Svizzera - non ha finora fatto uso di questa delega legislativa e non ha pertanto designato le prestazioni in questione (cfr. DTF 128 V 75 e STFA dell'8 ottobre 2002 K 44/00). Il Tribunale federale delle assicurazioni, da parte sua, effettuata l'esegesi della norma legislativa in oggetto, ha osservato, in virtù del principio della territorialità che caratterizza il sistema stesso dell'assicurazione malattia, di non poter dedurre direttamente dall'art. 34 cpv. 2 LAMal un diritto a prestazioni per i trattamenti effettuati all'estero (DTF 128 V 75 consid. 3). Cionondimeno, la stessa Corte ha evidenziato la volontà manifestata dal Consiglio federale di fare uso della facoltà prevista dall'art. 34 cpv. 2 LAMal dal momento che non solo esso ha delegato al DFI il compito di allestire l'elenco delle prestazioni che non possono essere fornite in Svizzera, ma ha anche fissato il quadro per l'assunzione dei relativi costi (Art. 36 cpv. 4 OAMal; DTF 128 V 75 consid. 4b). L'allora TFA ha concluso che il mancato allestimento della lista delle prestazioni non può, di per sé e in maniera generale ed assoluta, costituire un impedimento all'assunzione dei trattamenti medici che non possono essere effettuati in Svizzera. Ciò ancor meno dal momento che l'UFAS, preso atto dell'irrealizzabilità di un simile elenco, raccomanda, in taluni casi e a determinate condizioni, l'assunzione di queste spese. Ritenendo la norma legale sufficientemente precisa per essere applicata (DTF 128 V 75 consid. 4b) e rilevando comunque la necessità di

assicurarsi, da un lato, che la prestazione ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 e 29 LAMal, che deve rispondere al criterio di idoneità, non possa realmente essere fornita in Svizzera, e, dall'altro, che i requisiti di efficacia e di economicità vengano ugualmente presi in considerazione, la Corte federale non ha giudicato necessario di dover colmare una lacuna e di dover stabilire, caso per caso, l'elenco delle prestazioni, visto che la disposizione legale è sufficientemente chiara per essere applicata (DTF 128 V 81). Il fatto che la Commissione preposta non si sia (ancora) espressa sull'assunzione, a carico dell'assicurazione di base, di interventi effettuati all'estero e non praticati in Svizzera, non può escludere a priori un obbligo prestativo da parte degli assicuratori malattia (sentenza dell'8 ottobre 2002, K 44/00).

2.3. Secondo l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 no. KV 132 pag. 283 seg. consid. 3). L'Alta Corte ha già avuto modo di rilevare come, in presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia, in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal, acquisti importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni. Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 no. KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). Non potendosi tuttavia giustificare, in vista di un'eventuale assunzione delle prestazioni effettuate all'estero, un trattamento meno restrittivo rispetto a quello riservato in ambito intercantonale per le prestazioni fornite, per necessità d'ordine medico, in un altro Cantone che non sia quello di domicilio (art. 41 cpv. 2 LAMal), la valutazione dell'amministrazione dovrà tenere conto, mutatis mutandis, dei principi sviluppati in tale contesto e, quindi, limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno (in concreto: all'estero) dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Di conseguenza un'eccezione al principio della territorialità secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal in relazione con l'art. 34 cpv. 2 LAMal presuppone la prova che in Svizzera non esista nessuna possibilità di cura oppure che nel caso concreto per la persona interessata un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed

eseguitibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (sentenza del 14 ottobre 2002 nella causa K., K 39/01, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (sentenza citata del 14 ottobre 2002 nella causa K. consid. 1.3). 2.4. Va qui rilevato che nell'ambito delle cure all'estero il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) si è dimostrato sempre particolarmente restrittivo nel riconoscere il rimborso delle cure ad assicurati che si sono recati in un altro Paese per sottoporsi ad interventi che potevano essere eseguiti in Svizzera. Ciò, sia nell'ambito delle cure d'urgenza, sia nell'ambito delle cure che non possono essere effettuate in Svizzera. Nell'ambito delle cure d'urgenza l'allora TFA ha stabilito che si può pretendere da un'assicurata che necessita di esami medici e si trova negli USA per un corso di lingue di lunga durata il rientro in Svizzera considerato che il costo del biglietto di fr. 820 (viaggio Swissair andata e ritorno San Francisco) è proporzionato rispetto al costo degli esami clinici (fr. 6'622.80, sentenza del 31 agosto 2001, K 83/01). Allo stesso modo, il 23 agosto 2002, nella sentenza K 7/02, ha affermato che un assicurato che si trovava in viaggio in Slovacchia e che soffriva di dolori al ginocchio destro poteva ritornare in Svizzera a farsi curare: "

E. 3.1

Dabei ist unbestritten, dass ein Behandlungsbedarf bestand und kein medizinischer Notfall vorlag. Die Übernahme der Kosten wurde mit der Begründung verweigert, der Versicherte sei im fraglichen Zeitraum reisefähig und der Heimflug nicht riskant gewesen. Bei den festgestellten Metastasen habe es sich nicht um eine lebensbedrohliche Situation gehandelt. Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte in Thailand erst einen Monat nach Feststellung des erhöhten PSA-Werts mit der Strahlentherapie begonnen hätten, zeige, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen wäre, in der Zwischenzeit in die Schweiz zurückzureisen und sich dort der Behandlung zu unterziehen. Die Vorinstanz hat mit Recht festgestellt, dass der Versicherte mangels einer Notfallsituation und aufgrund des Territorialitätsprinzips verpflichtet gewesen wäre, sich in der Schweiz behandeln zu lassen, da eine Rückreise möglich und angemessen gewesen wäre, wenn er Leistungen der Krankenversicherung beanspruchen wollte. 2.5. In concreto dagli atti emerge che l'11 ottobre 2011 il ricorrente si è presentato al pronto soccorso dell'ospedale americano di Istanbul, lamentando nausea e vomito che perduravano dal giorno precedente. La gastroscopia ha rilevato la presenza di una lesione ulcero-vegetativa nell'antro e nel corpo gastrico verso la piccola curvatura. Il sanguinamento è stato controllato con un'iniezione emostatica. La biopsia eseguita il 12 ottobre 2011 ha rilevato la presenza di un carcinoma gastrico. Il giorno del ricovero l'emoglobina era di 11,9 gr/dl e l'ematocrito 35,4%, mentre il 12 ottobre 2011 l'emoglobina era di

E. 4

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass sich ein Versicherter beim Auftreten akuter Schmerzen sofort an einen Arzt vor Ort zur ersten Untersuchung und eventuellen Verschreibung eines Medikaments wendet. Allein hierfür in die Schweiz zurückzukehren und nochmals die Reise zum Kuraufenthalt in die Slowakei anzutreten, wäre wohl unangemessen. Vorliegend verhält es sich indes anders. Die erste Abklärung des Gesundheitszustandes erfolgte ausweislich der Aktenlage erst einen Tag nach dem

Auftreten der Beschwerden. Wie sich aufgrund der Abrechnung von Dr. med. D. _____ vom 27. Oktober 1999 ergibt, wurden in der Klinik X. _____ folgende medizinischen Leistungen erbracht: Planung eines operativen Eingriffs; Organsystemuntersuchung (präoperative Befunderhebung zur OP-Planung); MRT eines oder mehrerer Gelenke von Extremität; MRT Positions-/Spulenwechsel; MRT ergänzende Serie. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Untersuchungen, wie auch das Schreiben von Dr. med. D. _____ an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung Dr. med. M. _____ vom 12. März 2001 bestätigt. Nachdem somit eine Behandlung des akuten Schmerzzustandes nicht erforderlich war und effektiv auch nicht erfolgte und der Versicherte nach Auftreten der Beschwerden am 26. Oktober 1999 in der Lage war, selbständig eine Nacht im Hotel zu verbringen, ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass das Ausmass der Beschwerden grundsätzlich eine Rückreise in die Schweiz zugelassen hätte. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin beurteilt sich die Angemessenheit der Rückreise indes nicht ausschliesslich nach medizinischen Kriterien. Vielmehr sind die gesamten Umstände des jeweils einzelnen Falles im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung zu berücksichtigen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem Fall von notwendigen diagnostischen Untersuchungen während eines mehrmonatigen Sprachaufenthalts in den USA die Rückreise als angemessen beurteilt und erwogen, dass nebst dem, dass keine Anhaltspunkte dafür bestanden, dass der Rückflug aus den USA in die Schweiz gesundheitlich riskant gewesen wäre, auch die Kosten für die Rückreise in einem vernünftigen Verhältnis zu den Untersuchungskosten standen (Urteil M. vom 31. August 2001, K 83/01). Im vorliegenden Fall sind solche zusätzlichen Umstände, die eine Rückreise als unangemessen erscheinen liessen, nicht ersichtlich. So hat der Versicherte, wie er im kantonalen Gerichtsverfahren selbst ausführte, seinen Kuraufenthalt bereits am 26. Oktober 1999, noch vor seiner Konsultation in der Klinik X. _____ am 27. Oktober 1999, abgesagt. Entgegen der Vorinstanz ging der Beschwerdegegner somit davon aus, dass er seine Reise aufgrund der eingetretenen Behandlungsbedürftigkeit definitiv werde abbrechen müssen. Zudem wäre eine Rückreise von A. _____ in die Schweiz zeitlich und kostenmässig zumutbar gewesen. Mithin steht fest, dass eine Notfallsituation im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV nicht bestand und die Beschwerdeführerin für die Behandlung im Ausland nicht leistungspflichtig ist. Con sentenza del 5 agosto 2003 (K 65/03) il TFA ha respinto il ricorso di un'assicurata che il 19 gennaio 2002 era stata ricoverata d'urgenza in Svizzera e il 23 gennaio 2002 è partita per l'Italia per visitare la propria famiglia, dove è stata operata il 25 gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica: "

E. 4.3

Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume inoltre 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 risulta inopportuno. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2).

E. 5

Die Angemessenheit der Rückkehr beurteilt sich nicht allein nach der Transportfähigkeit, sondern auch nach anderen Kriterien (E.3), die hier aber ebenfalls nicht erfüllt sind.

E. 5.1

Argumente bezüglich der Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten werden nicht geltend gemacht und wären unbegründet, hat der Beschwerdeführer doch in der vorinstanzlichen Beschwerde selber angegeben, er sei mit einem Rückflugticket nach X. _____ gereist und habe beabsichtigt, in zwei Monaten zurückzukommen.

E. 5.2

Ein weiteres Kriterium ist, ob die Rückkehr in die Schweiz einen Aufschub der Behandlung mit für den Beschwerdeführer gesundheitlich nachteiligen Folgen verursacht hätte (vgl. Urteil K 69/04 vom 8. April 2005 E. 2.3). Es ist unbestritten, dass die Transplantation auch in der Schweiz möglich gewesen wäre, aber mit längerer Wartezeit, wobei die Vorinstanz von einer durchschnittlichen Wartezeit von zwei Jahren ausgeht. Während dieser Zeit hätte der Beschwerdeführer dialysiert werden müssen, was sicher ein Nachteil gewesen wäre, der sich durch die vorgezogene Operation in X. _____ vermeiden liess. Indessen bringt der Beschwerdeführer nicht substantiiert vor, der Aufschub der Operation hätte zu einer unzumutbaren Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands geführt. Zudem überzeugt das Argument der Vorinstanz, jeder andere Nierenpatient in der Schweiz hätte ebenfalls eine ebensolche Wartezeit zu erdulden. Die Bestimmungen über die Auslandsbehandlung bezwecken, dass die Grundversicherung im Notfall im Ausland die gleichen Behandlungen übernimmt, die sie in der Schweiz übernehmen müsste. Sie sollen aber nicht dazu führen, dass Patienten dank der Auslandsbehandlung besser gestellt werden als sie bei einer Behandlung im Inland gestellt werden könnten. Das dient auch abstrakt der Vorbeugung von Missbräuchen, auch ohne dass im konkreten Fall dem Beschwerdeführer eine Missbrauchsabsicht unterstellt würde. Die subjektiv gut nachvollziehbaren Gründe, weshalb der Beschwerdeführer die Transplantation in X. _____ bevorzugte (familiäre Gründe und kürzere Wartezeit), können deshalb nicht ausschlaggebend sein. Con sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011 il TF si è espresso a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché l'intervento è avvenuto 1 mese dopo il ricovero: "

E. 9

gr/dl e l'ematocrito di 27,1%. Il 12 ottobre 2011 il dr. med. _____ capo gastroenterologia, dell'Ospedale _____ di _____, ha affermato che il ricorrente al momento del ricovero presentava un vomito sanguinolento (ematemesi) con un ematocrito del 27% ed è stato ammesso in cure intense ("ICU": Intensive Care Unit): " Mr RI 1 came to emergency department of this hospital with the complaint of large volume hematemesis. His hemotocrit was down to 27% and patient admitted to ICU. An urgent endoscopic evaluation performed revealing a bleeding ulcerovegetan mass in te corpus of the stomach. The base of the lesion was injected with adrenalin and sclerosant to control the bleeding. The biopsies obtained showed an adenocarcinoma. CT scan of the chest and abdomen did not reveal any metastatic lesion. Surgical consultation requested and total gastrectomy is planned for tomorrow." (doc. 5) L'11 novembre 2011 il dr. med. _____, circa la degenza dall'11 ottobre 2011 al 31 ottobre 2011, ha affermato: " CHIEF COMPLAINT: Hematemesis HISTORY OF PRESENT ILLNESS: Patient presented with complaints of nausea and vomiting, which started the previous day. He was admitted by Gastroenterology for gastroscopy. Gastroscopy revealed ulcero-vegetative lesion, hyperemic and nodular in antrum and hemorrhagic in corpus small curvature. The lesion root was injected for hemostasis. Biopsy samples were obtained; cytological examination revealed adenocarcinoma and General Surgery consultation was ordered.

PAST MEDICAL HISTORY: S/P Cholecystectomy; cirrosis (...) PHYSICAL EXAMINATION FINDINGS : Right pararectal incision scar. Abdomen was supple, bowel were hyperactive. LABORATORY FINDINGS: Gastroscopy Report (October 11, 2011): „Ulcerovegetative lesion, hyperemic and nodular in antrum and hemorrhagic in corpus small curvature.“ Pathology Report (October 11, 2011): „Gastroscopic biopsy; well-differentiated adenocarcinoma, no signet ring cell. Carcinoma is present in all tissues with diffuse ulceration. There is intestinal metaplasia in a small area of normal gastric mucosa.“ Thorax and Abdominopelvic CT (October 12, 2011): “A 13x27mm polypoid vegetative lesion in gastric corpus; histopathological evaluation warranted. Cirrhotic morphological changes liver, collateral venous structures in mesenteric region of right lower quadrant related with mesenteric vein (portal systemic shunt), a 7 mm hypodense lesion (cyst ?) at segment 8 ; sonographic control warranted. A 4cm diverticulum in second segment of duodenum. DIAGNOSIS : Gastric Ca. PROCEDURE/TITLE OF OPERATION : Radical totale gastrectomy, Roux-en-Y esophagogastrojejunostomy (October 13, 2011). Consigned/Surgical Material : GIA 60, CEA 25, TA 30. CLINICAL COURSE/MEDICATIONS: Patient was consulted with General Surgery on October 13, 2011 and total gastrectomy was planned ; he underwent total gastrectomy and Rous en-Y esophagojejunostomy on October 13, 2011. Patient’s general condition was stable on the 1st post-operative day and was extubated. Two units of RBC suspension and 3 units of TDP were administered in the General Intensive Care Unit. Patient was transferred to regular floor on the second post-operative day (October 15, 2011). Body temperature was max. 36.5° C; total intake was 4625ml; there was 298 ml and 478 ml discharge from the left and right catheters, respectively. There was 25ml discharge from sub-cutaneous catheter. He did not pass gas or move his bowels. Abdomen was supple. Bowel sound were normo-active. Clear liquide foods were started. Alprazolam 0.5 mg tb., q.d. was started by Psychiatry. He tollerated oral fluids on the 3rd post-operative day on October 16, 2011. Albuminium level was 2.3 and albumin support was started (...) CONDITION AT DISCHARGE: Stable”(doc. 3) Per quanto concerne il ricovero dal 2 al 3 novembre 2011, il dr. med.

_____ ha rilevato: " CHIEF COMPLAINT – HISTORY OF PRESENT ILLNESS: Patient presented to Emergency Room with pain in right upper abdominal quadrant ongoing since afternoon, and was admitted for further evaluation and treatment. (...) PHYSICAL EXAMINATION FINDINGS: Head-neck examination was normal. Bilateral lung sounds were normal to auscultation. There were fresh wound traces and scar in midline secondary to surgery. DIAGNOSES: Chronic liver disease, S/P Total gastric resection. CLINICAL COURSE/MEDICATIONS : There was sensitivity in right upper abdominal quadrant, which decreased after presentation. Possible liver of biliary disease were considered ; blood tests and CT were planned. Intravenous fluid and anti-biotherapy were started. CT revealed a 5cm cyst in pancreas. Bile ducts were free of any lesion. There were hepatic changes secondary to chronic liver disease; intra-abdominal varices of atriovenous shunts were present. Patient was re-evaluated with USG and blood tests on the next day. There was no significant change in enzyme levels. Liver enzyme and GGT were midly elevated. Patient’s pain totally stopped on the 2nd day and he was discharged to be followed in the out-patient clinic. Patient was consulted with General Surgery (Prof. Dursun Bugra, M.D.). There was no acute problem and dressing were changed.” (doc. 4). Il 15 dicembre 2011 il dr. med.

_____ ha affermato: " Mr RI 1 is a 74 year old gentleman presented to this hospital’s emergency room on October 11, 2011 with complaints of profuse ehmatochesia, low blood pressure, tachicardia. His hct was down to 27%, and vomiting blood in large quantities.

Urgent endoscopy performed revealing a suspicious looking ulcer with active bleeding, resembling a malignancy which is confirmed with pathology later on. Endoscopic treatment given to patient to control hemodynamics temporarily. Patient kept on ICU with erythrocyte transfusions and supportive treatment and IV PPI, and prepared for surgical intervention. Total gastrectomy performed revealing an adenocarcinoma of stomach and negative lymph nodes for metastasis. Patient is doing well since and followed with regular interval controls for blood count and iron supplementation. Knowing the status that he presented that day, I do not believe it would be a right decision to transfer Mr RI 1 to another facility, not to mention another country.“ (doc. 9a) Il 22 dicembre 2011, il medico curante, dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, ha affermato: " (...) Egli mi ha messo a disposizione alcuni atti dell'Ospedale, da cui risulta che egli è stato ricoverato per una ematemesi massiccia, dovuta a un tumore sanguinante nello stomaco. Il sanguinamento acuto è stato controllato con iniezione di Adrenalina e sostanze sclerosanti; il 13 ottobre è stato operato (gastrectomia totale). Personalmente non vedo con quale buona coscienza si poteva richiedere al Signor RI 1 di far ritorno in Europa (con un tumore che poteva ri-sanguinare massicciamente ad ogni istante) prima di farsi ri-operare.” (doc. 9b) Il 30 dicembre 2011 il medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____ ha proposto all'assicuratore di mantenere il rifiuto di assumersi qualsiasi prestazione evidenziando una grande differenza tra i certificati del dr. med. _____ e sostenendo che l'interessato sarebbe stato trasportabile tramite aereo in Svizzera poiché non sanguinava più. Per contro è stato rilevato che il trattamento per l'emostasi era urgente (doc. 10 e 11). Con scritto del 26 gennaio 2012 il dr. med. _____ ha affermato: " Mr RI 1 is a 74 year old gentleman presented to this hospital's emergency room on October 11, 2011 with complaints of profuse hematochesia, low blood pressure, tachycardia. His hct was down to 27% and vomiting blood in large quantities. Urgent endoscopy performed revealing a suspicious looking ulcer with active bleeding, resembling a malignancy which was confirmed with pathology later on. Endoscopic treatment was given to patient to control hemodynamics temporarily. Due to impending risk of rebleeding from a malignant lesion, patient's age and overall poor medical condition, patient kept on ICU with erythrocyte transfusions and supportive treatment and IN PPI. An urgent surgical intervention planned and carried out. Total gastrectomy was performed revealing a large ulcerating adenocarcinoma of stomach. Several lymph nodes were removed and found to be negative for metastasis. Patient is doing well since and been suggested to have interval controls for blood count and iron supplementation. No chemo or radiation treatment was offered him by our oncology board, but they too suggested him to be followed by an oncologist wherever he resides. As I know Mr RI 1's presentation to ER that day, I do not believe it would be a right decision to transfer Mr RI 1 to another facility, neither for endoscopies nor for surgery. I believe to transfer a 74 year old gentleman to another city or country, who recently bled and can re-bleed at any-moment without much warning, would be a malpractice in my part. » (doc. 12a) Il 9 febbraio 2012 il medico fiduciario ha confermato il suo rifiuto (doc. 13), evidenziando la possibilità per il ricorrente di tornare in Svizzera e sottolineando che l'affermazione secondo la quale l'intervento era necessario poiché un eventuale trasporto avrebbe potuto provocare un'ulteriore emorragia non è corretta (doc. 14). La situazione postoperatoria stabile (dopo l'intervento per sanguinamento gastrico) non è da considerarsi un caso di emergenza. L'intervento per carcinoma gastrico, come seconda diagnosi, poteva essere effettuato in Svizzera. Il 30 agosto 2012 il dr. med. _____, specialista FMH chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica, dopo aver esaminato l'incarto su richiesta

dell'insorgente, ha preso posizione come segue: " 1.- Il paziente secondo il certificato del dr. _____ del 12 ottobre 2011, ossia 1 giorno dopo l'ammissione, fa stato di "large volume hematemesis": 2.- Il Dr. _____ certifica anche che l'ematocrito era al 27% e che il paziente fu messo in cure intense. Scrive anche che si scoprì una massa vegetante sanguinante, per cui fu costretto ad eseguire un'emostasi in urgenza. 3.- Nella lettera del 26 gennaio 2012 lo stesso Dr. _____ certifica che il paziente aveva una bassa pressione sanguigna e una tachicardia, nonché una perdita profusa di sangue nelle feci. Riconferma l'ematocrito al 27% e il vomito in grande quantità di sangue. Valutazione: Questi elementi sono per me sufficienti per affermare che sarebbe stato altamente imprudente e pericoloso per la salute del paziente organizzare un trasferimento in patria, trattandosi di una situazione instabile che avrebbe potuto portare ad uno shock emorragico durante il trasporto o durante la preparazione dello stesso. Ricordo che un ematocrito 27% sta a significare che il paziente ha perso nei giorni precedenti più di 1/3 del suo pool di globuli rossi. Ogni gastroenterologo può confermare che l'emostasi eseguita con un'iniezione di Adrenalina sotto una massa tumorale ulcerante può avere un successo immediato ma può riprendere minuti dopo a sanguinare abbondantemente. Penso che sia più che corretto di chiedere alla cassa malati Concordia la rifusione completa delle spese di cura all' _____ di _____" (doc. 16b) Con riferimento alla sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2010 l'assicuratore ha confermato la reiezione della richiesta sulla base di una ulteriore presa di posizione del medico di fiducia che ha ribadito la possibilità di trasportare l'interessato, tramite l'aereo, in Svizzera (doc. 17 e 18). Il dr. med _____ ha affermato: " (...) Ich halte noch einmal fest, dass hier zwei Diagnosen durcheinander gebracht werden, die der Magenblutung und die des Magenkrebses. Ich bin sehr erstaunt, dass man ausgerechnet in einem amerikanischen Militärspital die 2 verschiedenen Dinge nicht unterscheiden kann. Ausgerechnet die Militär-Aerzte sollten wisse, was man alles noch transportieren kann (...) und im übrigen hat auch niemand von uns behauptet, dass der Vers. mit „laufender“ Magenblutung hätte transportiert sollen. Man (...) jetzt im übertriebener Art und Weise die Magenblutung in den Vorderformel, um davon abzulehnen, dass eine regelrechte Magen-Ca-Operation statt fand resp. dieselbige auch noch in den Status eines Notfallgeschehens gehabt wurde. Unklar ist, warum bei offensichtlich schon in der Schweiz vorhandenen Symptomatik des Magensca's, man keine Untersuchungen entspr. Art durchgeführt hatte. Entweder man hat die Symptome falsch gemerkt oder der Vers. ging mit wissen um Diagnose (bekannt) in seine Heimat." (doc. 17) Con e-mail del 23 ottobre 2011 il dr. med. _____ ha affermato: " (...), nella mia presa di posizione del 30.8.2012 ho fatto riferimento a dati oggettivi inequivocabili e non discutibili soggettivamente. Si trattava di un carcinoma sanguinante non curabile conservativamente con il paziente in shock e mi domando chi è stato il medico consulente della CO 1 che ha osato controbatter questa presa di posizione mia. Potrebbe essere accusato di "malpractice" professionale o al limite di razzismo non ritenendo fededegno la cartella medica _____ (uno Stato che del resto ha standards di medicina occidentali)." (doc. 19a) Dopo che il medico fiduciario ha ribadito il suo diniego (doc. 20), l'assicuratore, ribadito che occorre distinguere due diagnosi, quali l'emorragia intestinale e il carcinoma all'intestino, ha affermato che: " L'emorragia intestinale poteva essere immediatamente fermata l'11.10.2011 tramite una gastroscopia con relativa iniezione. Ci viene comunicato che l'ematocrito era sotto il 27%, tuttavia non ci è stato allegato alcun rapporto di laboratorio che testimoniassero ciò, oltretutto non è stata indicata alcuna somministrazione di eritrociti. Anche la registrazione della gastroscopia non ci è mai stata trasmessa. In base alla

contemporanea biopsia veniva diagnosticata un adenocarcinoma all'intestino. Sia il rapporto istopatologico sia le relative immagini della TAC addominale dell'12.10.2011 non ci sono pervenute. Da ciò presumiamo che il 12.10.2011 le condizioni dell'assicurato erano buone, tanto che c'era tempo per eseguite una TAC all'addome per determinare così la dimensione del carcinoma, e inoltre operare il nostro assicurato solo il 13.10.2011. Quindi nella fattispecie non vi era più una situazione di emergenza ai sensi della legge. Si è potuto aspettare 2 giorni interi prima dell'operazione effettuata. In questo periodo poteva qualsiasi servizio REGA trasportare il nostro assicurato in Svizzera senza pregiudicare la vita dello stesso. Quindi non siamo solo in presenza di 2 diverse diagnosi, ma anche di mancanze di rapporti medici che giustificassero il procedimento effettuato. Si evoca un pericolo che si rileva in pieno contrasto con il comportamento e con i provvedimenti presi dai medici curanti. Se si poteva aspettare 2 giorni per l'operazione, visto l'urgenza dell'intervento, perché non si è preso contatto con l'assicuratore svizzero per determinare i costi oppure richiedere garanzia? (doc. 21) In risposta, l'insorgente ha prodotto tutta l'ulteriore documentazione richiesta e meglio i rapporti dell'operazione chirurgica e dell'endoscopia, nonché i dati medici, in turco ed in inglese (plico doc. 22a), della degenza fino al 31 ottobre 2011, meravigliandosi del fatto che fino ad allora la medesima documentazione non era stata giudicata necessaria per statuire nel merito. Con e-mail del 27 novembre 2012 la figlia del ricorrente ha inoltre rammentato che l'assicuratore era stato contattato telefonicamente l'11 ottobre 2011, che l'emergenza è stata registrata con il numero 164396-2011 e che era stata richiesta solo una presa di posizione del medico turco, trasmessa via fax il 12 ottobre 2011 (doc. 22: "If RA 1 listens to the telephone conversation on the 11.10.2011, they will find out that I was told that immediate action must be taken and they would only need a letter from a doctor, which was written and faxed to them on October 12, 2011"). La figlia del ricorrente evidenzia che l'insorgente "has spent the first night, 11.10.2011, in the ICU with erythrocyte transfusions and supportive treatment and IV PPI and on 12.10.2011 he was prepared on surgical interventions." Il 4 dicembre 2012 il dr. med. _____ ha affermato: "(...) mi sono rivisto gli atti messi a disposizione del paziente suemarginato in occasione della sua degenza all'ospedale _____ di _____ dall'11.10.2011 al 31.10.2011. E' ben chiaro e fissato nella storia di malattia che il paziente è entrato con un vomito sanguinolento. Fu eseguita allora in maniera urgente una gastroscopia che mostrò una lesione ulcero-vegetativa nell'antro e nel corpo gastrico verso la piccola curvatura. Se l'emoglobina (Hb) all'entrata in clinica era probabilmente di 11.9 gr/dl con un ematocrito di 35.4% il giorno seguente l'emoglobina era 9 gr e l'ematocrito 27.1% per stabilizzarsi poi il giorno dopo l'operazione a l'Hb 10.1 gr e l'ematocrito a 29.6%. Dalle immagini del preparato di resezione gastrica inviato si può vedere come vi sia stato un grosso carcinoma con formazione a stella delle pieghe gastriche ulcerato nel centro e proprio nella zona dove dietro corre un'importante arcata arteriosa che va dall'arteria gastrica sinistra all'arteria gastro-epiploica sinistra. Valutazione: si tratta dunque di elementi chiaramente minacciosi per una ripresa del sanguinamento. L'ematemesi, ossia il vomito sanguineo, al contrario dello stitico cronico di sangue, è sempre un segno che un'arteria nello stomaco si è messa a sanguinare intensamente e potrebbe riprendere nel corso di minuti e di ore, mettendo in grave pericolo la vita del paziente. Il tonfo dell'Hb, passato da un Hb presumibilmente normale a un'Hb di 8 gr/dl il giorno dopo l'entrata in ospedale (1 giorno prima dell'operazione), mostra chiaramente che il paziente perse nel corso del sanguinamento dell'ulcera, quasi la metà del suo volume sanguigno. A conferma di ciò l'Hb misurata 1 giorno dopo l'operazione, il 14.10.2011, che, dopo 3 conserve di sangue

raggiungeva appena 11 gr/dl, ossia i 2/3 del volume sanguigno normale. Ritengo pertanto che sarebbe stato contro ogni regola medica e contro la sicurezza del paziente procedere ad un trasporto in Svizzera, una procedura che dalla partenza dall'ospedale, all'arrivo nell'ospedale svizzero, avrebbe richiesto per esperienza dalle 6 alle 12 ore, tempo nel quale il paziente non avrebbe potuto sottoporsi a interventi di emergenza. E' pertanto da rifiutare completamente l'assunzione dell'ente assicurativo che il paziente sarebbe stato trasportabile." (doc. 23a) Il 10 gennaio 2013 il dr. med. _____ ha ribadito il diniego di assunzione dei costi, affermando: " (...) Austrittbericht vom ? besagt klar, dass man eine Hämostase machte (dies offensichtlich auch mit positivem Erfolg), aber man machte auch sofort eine Biopsie. Für die eigentl. Notfalls-Behandlung war die Hämostase ausreichend. Die Biopsie und die Magenoperation hätte der Vers. Problemlos in die CH zurück kehren können. Der Magenkrebs ist quo ad vitam sicherlich eine schlechte Diagnose (und sicherlich auch zu behandeln), aber sicherlich kein Notfall – Diagnose und somit Anlass zu einer Notfall – Behandlung. (Ubrigens in 3 ½ ist von _____ mit dem Flugzeug im Zürich, was bei gutes Unterspritzung des Ulkus völlig problemlos ist, zumal man ja den Vers. auch nicht am gleichen Tag, sondern 2 Tage später es operierte, also genügend Zeit um im Spital zu verbluten, wenn man der Argumentation gewisser Aerzte folgt). Noch einmal: Magenkrebs ist eine schwere Erkrankung und muss sicherlich behandelt werden. Er ist aber kein Notfall im eigentlichen Sinne.“ (doc. 24) Il 25 febbraio 2013 il dr. med. _____ ha affermato: " Il Medico di Fiducia della CO 1 ha palesemente ignorato che non si tratta di un carcinoma intestinale ("il carcinoma all'intestino è sicuramente una patologia molto grave...) ma si tratta invece di un carcinoma gastrico localizzato in una posizione dove i sanguinamenti importanti recidivi improvvisi e potenzialmente mortali possono verificarsi nell'arco di minuti, poiché il carcinoma è localizzato sulla piccola curvatura in presenza di un'arcata arteriosa che, se coperta solo da un tenue coagulo temporaneo, può manifestarsi rapidamente con un importante stato di shock. Se questo fosse avvenuto nell'aereo il paziente avrebbe rischiato la vita. Ricordo ancora gli elementi che mi fanno reputare un trasporto assolutamente non indicato. Dapprima il medico curante fa stato di una "large volume haematemesi" ossia di un vomito profuso sanguinoso che di per sé non si verifica nei sanguinamenti dei tumori intestinali ma soltanto in presenza di grosse ulcere gastriche o duodenali di natura peptica o tumorale. Il fatto che si trattasse di una massiccia ematemesi è certificato dal vomito ematico. Infatti i sanguinamenti a stillicidio dello stomaco rendono al massimo le feci nere ma non sono mai così violenti da provocare la distensione gastrica fino al vomito. Che il sanguinamento fosse massiccio è certificato dalla presenza di un ematocrito al 27%, il che significa in un maschio adulto una perdita di sangue di circa 1/3 del volume circolante. Si parla inoltre nel rapporto dell'endoscopia di una "massa vegetante sanguinante" non dunque la banale ulcerazione di un tumore anche superficiale. Ricordo inoltre che lo stato del paziente all'entrata era uno stato di shock e non uno stato di anemia, come si verifica nei tumori intestinali, bensì soltanto in tumori localizzati vicino a sorgenti potenzialmente pericolose e addirittura mortali per il sanguinamento. La prego pertanto di rifiutare la superficiale decisione formale di un medico che non conosce probabilmente le situazioni chirurgiche e non sa distinguere tra un tumore intestinale e un tumore gastrico che ha sanguinato causando uno stato di shock. Confermo pertanto la mia opinione che un trasporto del signor RI 1 in Svizzera in questa situazione avrebbe messo il paziente di fronte a un potenziale rischio di morte. Si può affermare questo malgrado il fatto che l'intervento fosse eseguito il giorno dopo. Il paziente si trovava infatti in clinica, in cure intense, e se il sanguinamento si fosse ripetuto

nelle ore seguenti, il chirurgo sarebbe stato in grado di eseguire in maniera urgente l'emostasi e la resezione.” (doc. 28a) Il 24 maggio 2013 il dr. med. _____, ha affermato: " (...) 1. Der Versicherte war laut "Discharge Summary" und "Endoscopy Report" vom 11.10.2011 nicht schockiert und war offensichtlich in der Lage alle Fragen korrekt zu verstehen und zu beantworten. 2. Der Hämatokrit am 11.10.2011 mit 35.4% und das Hämoglobin mit 11,9g/dl waren soweit gut und somit wäre einem Transport in die Schweiz nichts im Wege gestanden, insbesondere nicht ein Flug von 3 Stunden (_____-Zürich). 3. Ich hatte dieses Fall auch noch mit unserem Chirurgen vom VAD besprochen, welcher klar aussagte, dass die Aussagen von Prof. _____ so nicht zutreffend sind und sicher ein Rückflug möglich gewesen wäre, insbesondere wenn entsprechende Massnahmen getroffen worden wären. Der Flug selbst hätte sicher das Risiko eines Blutungsrezidives nicht erhöht. 4. Anzumerken ist auch noch, dass der Hämatokritwert allein noch keine Aussage über einen allfälligen Schockzustand macht. Dazu kommt, dass ein anderer Wert, nämlich der Hämoglobinwert, derjenige ist, der etwas aussagt über die vorhandene Sauerstofftransportkapazität und somit eigentlich der wichtigere Wert ist. 5. Sowohl der Hämatokrit- wie der Hämoglobinwert sind alleine für sich genommen mit Vorsicht zu geniessen, weil es letztlich immer auf den klinischen Gesamtkontext ankommt und nie auf einzelne Werte. Jedes biologische System ist mehr als die Summe einzelner Laborwerte, wäre dem nicht so bräuchte es ja auch keine Aerzte. 6. Nicht uninteressant ist die Tatsache, wie im Nachhinein in dieser Causa eine Dramatisierung des Falles einsetzte. Zuerst hiess es, dass der Versicherte eine Uebelkeit hatte mit anschliessendem Erbrechen, dann wurde aus dem Erbrochenene eine Hämatemesis, also ein Bluterbrechen (ohne Angabe der Menge) und schliesslich eine Hämatochezie, also der Abgang roten (!) Blutes ab ano in grossen Mengen, dies alles in Aussagen vom gleichen Arzt, nämlich von Dr. _____. Ich halte fest, dass es nicht darum ging oder geht, dass die Aerzte in _____ etwas grundsätzlich Falsches gemacht hätten. Es geht einfach darum, ob nach der erfolgreichen Behandlung der Magenblutung ein Rücktransport in die Schweiz durchführbar war oder nicht. Die Antwort ist klar: Ja. Dass es mit dem behaupteten absoluten Notfall nicht ganz soweit her gewesen sein kann, zeigt sich ja auch an der Tatsache, dass der Hämatokritwert von 27% erst nach der Endoskopie vom 11.10.2011 festgestellt wurde und dennoch wurde der Versicherte erst am 13.10.2011 operiert. Dies zeigt ja sehr gut, dass solche Werte nicht absolut zu nehmen sind. Interessanterweise findet man in den vorliegenden Unterlagen keinen Hinweis auf die Blutdruckwerte und den Puls, womit wichtige Angaben zur Schockdiagnose fehlen. Dazu kommt auch noch, dass der Versicherte erst am 13.10.2011 operiert wurde und dies trotz der sich verschlechternden Laborwerte. Wenn man der vorgebrachten argumentativen Logik der Klagenden folgen würde, dann hätte eigentlich die Operation unverzüglich und spätestens am 12.10.2011 erfolgen müssen. Wohlgermerkt, hätte.... Dann wäre auch verständlich gewesen, dass dieses Privatspital mit der Krankenkasse in der Schweiz nicht noch lange wegen eines Kostengesuches hin und her kommunizierte.“ (doc. 31) Il 9 luglio 2013 il dr. med. _____ ha affermato: " Ecco le correzioni: si tratta di una cirrosi epatica certificata dall'insufficiente valore dei parametri della coagulazione (tempo di protrombina, piastrine). Con la cirrosi la solidità del coagulo (ossia della temporanea "pezza" sul punto dell'emorragia è già scarsa e ciò può ancora aumentare il rischio di un improvviso e massiccio sanguinamento.” (doc. 33a) Il 19 luglio 2013 il dr. med. _____ ha preso atto che il 22 agosto 2012 l'interessato ha subito un'embolizzazione presso l'_____ ed ha affermato: " (...) 1. Es trifft zu, dass der Versicherte eine

Leberzirrhose hat bzw. schon eine solche zum Zeitpunkt der Operation am 13.10.2011 hatte. 2. Offensichtlich hatte der Versicherte keine Oesophagusvarizen, was bedeutet, dass die Leberzirrhose noch nicht ein Ausmass erreicht hatte, dass der Blutdurchfluss durch die Leber nicht mehr möglich war und deshalb ein Umgehungskreislauf „nötig“ war. 3. Die Operateure in der _____ wussten von dieser Leberzirrhose und haben dennoch operiert, d.h. der mittels der Lebererkrankung behauptete katastrophale Gerinnungszustand des Blutes und die damit verbundene Behauptung der Transportunfähigkeit kann so nicht objektiv vorhanden gewesen sein und die Berichte aus der _____ belegen auch keine diesbezügliche Schwierigkeit. 4. Auf Grund der am 21.08.2012(!) durchgeführten Embolisation in der Privatklinik _____ wissen wir, dass dort „nur“ 3 Herde im rechten Leberlappen embolisiert wurden, d.h. der Zirrhosenbefund nun auch nicht so gross sein kann, wie insinuiert wird und dass die Gerinnungssituation auch nicht so schlimm sein kann, weil man ja sonst auch diese Embolisation, die immerhin die Punktion eines sehr grossen Gefässes benötigt, nicht gemacht hätte. Es soll auch danach nicht zu Nachblutungen resp. behandlungsbedürftigen Hämatomen an der entsprechenden Einsichtsstelle gekommen sein.“ (doc. 35) 2.6. Alla luce della documentazione medica prodotta dalle parti, per i seguenti motivi, questo Tribunale non può condividere la conclusione dell'assicuratore secondo cui, nel preciso caso di specie, le condizioni dell'urgenza non sono adempiute poiché l'interessato sarebbe stato trasportabile in Svizzera senza alcun pericolo particolare. Questo TCA rileva in primo luogo che le parti sono concordi nel ritenere da una parte che il medesimo intervento effettuato in _____ avrebbe potuto essere eseguito anche in Svizzera e dall'altra che l'insorgente ha dovuto essere ricoverato d'urgenza l'11 ottobre 2011 presso l'Ospedale _____ di _____ a causa di un'emorragia che doveva assolutamente essere curata tramite una gastroscopia (cfr. scritto dell'11 gennaio 2012 di CO 1 all'assicurato; doc. 11, nonché presa di posizione del medico fiduciario, dr. med. _____, del 30 dicembre 2011, doc. 10; cfr. anche doc. 21). La Cassa ha del resto rimborsato i costi dell'intervento, e meglio dell'emostasi, per complessivi fr. 2'302, dedotta la partecipazione ai costi (doc. 11). Questa circostanza esclude già di primo acchito l'applicazione delle sentenze federali sopra citate del 31 agosto 2001, K 83/01 e del 23 agosto 2002 K 7/02, poiché in quei casi si trattava di effettuare esami o interventi su persone che in realtà non erano affette da patologie gravi, come quella del ricorrente (nel primo caso si trattava di effettuare esami di routine, mentre nel secondo occorreva intervenire a causa di dolori al ginocchio). A differenza della fattispecie trattata nella sentenza K 65/03 (pag. 10) in concreto vi è stato un sanguinamento. In secondo luogo va evidenziato che dagli atti non emerge che l'intervento fosse pianificato e che l'assicuratore non contesta la presa di posizione della figlia dell'insorgente secondo cui l'11 ottobre 2011 vi è stato un contatto telefonico tra le parti circa l'urgenza della situazione in essere e al termine del quale la Cassa avrebbe richiesto l'invio di una conferma scritta da parte del medico _____ (doc. 22). In effetti il 12 ottobre 2011 il dr. med. _____ oltre a descrivere la situazione di urgenza del giorno prima ha affermato che in seguito ad una consultazione era stato pianificato un intervento per il giorno seguente (“ surgical consultation requested and total gastrectomy is planned for tomorrow ”, doc. 5). Ciò, tra l'altro, esclude qualsiasi analogia anche con la sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011, invocata dalla Cassa, ritenuto che in quel caso l'intervento aveva avuto luogo un mese dopo il ricovero (“ (...)Bei den festgestellten Metastasen habe es sich nicht um eine lebensbedrohliche Situation gehandelt. Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte in Thailand erst einen Monat nach Feststellung des erhöhten PSA-Werts mit der

Strahlentherapie begonnen hätten, zeige, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen wäre, in der Zwischenzeit in die Schweiz zurückzureisen und sich dort der Behandlung zu unterziehen“, sottolineatura del redattore). Il medico fiduciario, e con lui l’assicuratore, insistono sulla circostanza che la situazione del ricorrente non era così drammatica, come invece viene descritta, prova ne sarebbe che l’intervento è stato effettuato solo 2 giorni dopo il ricovero e che con misure appropriate, in poco tempo, l’insorgente sarebbe giunto a Zurigo dove avrebbe potuto essere curato senza alcuna difficoltà. Il dr. med. _____ rileva in particolare che un ospedale militare dovrebbe essere in grado di preparare un paziente per un trasporto e l’assicuratore sostiene che i certificati medici avrebbero presentato una situazione peggiore man mano che venivano trasmessi. A questo proposito va tuttavia evidenziato che i referti medici, essendo stati allestiti in tempi diversi e per motivi diversi (quello del 12 ottobre 2011 [doc. 5] per segnalare la situazione d’urgenza, quello dell’11 novembre 2011 [doc. 3] per descrivere quanto accaduto nel corso dell’intera degenza e quelli successivi del 15 dicembre 2011 [doc. 9a] e del 26 gennaio 2012 [doc. 12a] a complemento di quanto già attestato), contengono informazioni inizialmente più sintetiche ed in seguito maggiormente complete. In ogni caso, sin da subito, e già nel referto del 12 ottobre 2011, il dr. med. _____ aveva segnalato l’arrivo del ricorrente presso il pronto soccorso dell’Ospedale a causa di un’ematemesi (“ large volume hematemesis ”), dovuta ad un tumore sanguinante allo stomaco, con la necessità di un ricovero presso il reparto di cure intense. Il sanguinamento acuto è poi stato controllato tramite un’iniezione di adrenalina e sostanze sclerosanti, mentre il 13 ottobre 2011 l’insorgente è stato operato di gastrectomia totale (doc. 5 e 9b). L’11 novembre 2011, ossia antecedentemente alla prima presa di posizione dell’assicuratore del 28 novembre 2011 (doc. 6), lo stesso dr. med. _____, ha descritto il ricovero dell’interessato, precisando che l’11 ottobre 2011 l’insorgente si è presentato al pronto soccorso con nausea e vomito, iniziati il giorno prima ed aveva già indicato quale “ chief complaint ” l’“hematemesis”. Il dizionario Treccani (cfr. treccani.it) alla voce ematemesi indica: “ n el linguaggio medico, vomito di sangue proveniente dall’apparato digerente: si verifica nelle emorragie esofagee, gastriche, duodenali; è per lo più sintomo di ulcera gastrica o di cirrosi epatica. La cura richiede digiuno, immobilità, emostatici per uso orale e parenterale e particolari accorgimenti chirurgici ”. Il dizionario della salute (www.corriere.it/dizionario/salute), alla voce ematemesi prevede: “ Emissione, con il vomito, di sangue fresco di color rosso, o di sangue che ha subito l’azione digestiva dei succhi gastrici, diventando di colore nerastro. Le cause più comuni di e. sono l’ulcera gastrica o duodenale e la cirrosi epatica. Nel primo caso l’emorragia è dovuta alla erosione di rami vasali di un certo calibro da parte del processo ulcerativo nel secondo alla rottura di varici dell’esofago e dello stomaco che si formano in conseguenza dell’aumento della pressione sanguigna nel circolo portale. Altre cause possono essere il cancro dello stomaco, gastriti acute e gravi, l’infarto intestinale ecc. L’e. è un sintomo grave, che richiede una terapia di urgenza (riposo, borsa di ghiaccio sull’addome, iniezioni di farmaci emostatici, evitare ogni introduzione di cibo e, nei casi più gravi, trasfusioni di sangue o intervento chirurgico). Le emorragie dovute a rottura di varici esofagee possono venire arrestate mediante l’introduzione di una particolare sonda (sonda di Blackmore) munita di due palloncini uno dei quali viene gonfiato nello stomaco e l’altro nell’esofago .” Nell’originale in lingua _____ del 19 ottobre 2011 (plico doc. 22a) veniva già indicato quale disturbo il “ _____ ” che significa “ vomito sanguinante” (cfr. www.webtran.it/ _____) e, mentre nella versione inglese si fa riferimento solo a “ nausea and vomiting ”, nella versione _____ si parlava già di “ bulanti _____

”, ossia “ nausea e vomito insieme con il sangue ” ([www. webtran.it/](http://www.webtran.it/)_____). Per cui la versione _____, antecedente e più precisa della traduzione inglese, dimostra che sin da subito era stata diagnosticata la presenza di vomito sanguinolento. Con il successivo certificato del 15 dicembre 2011 (doc. 9a) lo specialista ha ribadito che l’insorgente vomitava sangue e che trasportare l’assicurato in un altro Paese non sarebbe stata una decisione giusta (“ I do not believe it would be a right decision to transfer Mr RI 1 to another facility, not to mention to another country ”). Certo, il 26 gennaio 2012 (doc. 12a) il dr. med. _____ oltre ad affermare che l’insorgente aveva un ematocrito inferiore al 27% e che stava vomitando grandi quantità di sangue ha aggiunto che aveva pure problemi di ematochesia (ossia emissione di feci di colore anomalo), bassa pressione e tachicardia. Ciò tuttavia non può far dubitare circa la presenza del vomito sanguinolento, accertato sin da subito. Sin dall’inizio lo specialista ha pertanto descritto una situazione difficile e di urgenza, con la presenza di ematemesi e nel corso del tempo ha precisato quanto accaduto, evidenziando di non ritenere corretto trasportare l’insorgente in un altro Paese (cfr. anche doc. 12a: “ I believe to transfer a 74 year old gentleman to another city or country, who recently bled and can re-bleed at any-moment without much warning, would be a malpractice in my part ”). Il TCA, alla luce della descrizione dello stato di salute dell’insorgente non può seguire l’opinione del medico fiduciario della Cassa secondo il quale, dopo aver stoppato l’emorragia, un trasporto in Svizzera sarebbe stato possibile ed ha fatto l’esempio dei soldati americani che, in situazioni ben peggiori, sono stati trasferiti da Bagdad a Wiesbaden, in Germania, durante la guerra del Golfo (doc. 13: “ Wenn die Magenblutung sachgerecht behandelt worden ist, was wir annehmen, dann ist ein Transport möglich gewesen. Bedenkt man, dass die Amerikaner verwundete Soldaten in teilweise sehr schlechtem Zustand im Non-Stop-Flug von Bagdad nach Wiesbaden (BRD) geflogen haben, dann ist eine gut besorgte Magenblutung von Istanbul nach Zürich sicher kein Problem “). Nel caso di specie non si tratta di sminuire lo stato di salute del ricorrente e di stabilire se un marines americano allenato ed abituato a vivere situazioni estreme può essere trasportato in Svizzera, bensì se un cittadino di 74 anni, colpito da una grave emorragia e che si è presentato al pronto soccorso di un ospedale estero dove è stato immediatamente trattato e successivamente ricoverato in un’unità di cure intense poteva tornare in Svizzera per effettuare il secondo intervento. Si tratta in altre parole di stabilire se quanto avvenuto l’11 ottobre 2011 poteva pregiudicare il ritorno in Svizzera. Ciò è quanto ritiene anche il dr. med. _____, specialista FMH chirurgia, traumatologia e chirurgia toracica, il quale evidenzia che sarebbe stato “ altamente imprudente e pericoloso per la salute del paziente organizzare un trasferimento in patria, trattandosi di una situazione instabile che avrebbe potuto portare ad uno shock emorragico durante il trasporto o durante la preparazione dello stesso ” e questo perché “ un ematocrito 27% sta a significare che il paziente ha perso nei giorni precedenti più di 1/3 del suo pool di globuli rossi ” ed ha sottolineato come “ ogni gastroenterologo può confermare che l’emostasi eseguita con un’iniezione di Adrenalina sotto una massa tumorale ulcerante può avere un successo immediato ma può riprendere minuti dopo a sanguinare abbondantemente ” (doc. 16b). Nel preciso caso di specie, determinante è proprio la circostanza che l’insorgente, ormai 74enne, avrebbe potuto ricominciare a sanguinare in ogni momento e che pertanto un suo trasporto, tramite un volo fino a Zurigo, tenuto oltretutto conto di tutti gli atti preparatori necessari, non sarebbe stato un atto medico conforme alle regole dell’arte medica. Nella presa di posizione del 4 dicembre 2012 il dr. med. _____, ha rilevato che i dati figuranti nella documentazione medica richiamata dall’Ospedale _____ di _____ confermano la presenza di

elementi minacciosi per una ripresa del sanguinamento. Infatti “ l’ematemesi, ossia il vomito sanguineo, al contrario dello stillicidio cronico di sangue, è sempre un segno che un’arteria dello stomaco si è messa a sanguinare intensamente e potrebbe riprendere nel corso di minuti e di ore, mettendo in grave pericolo la vita del paziente ” (doc. 23a). Lo specialista evidenzia che “ il tonfo dell’Hb, passato da un Hb presumibilmente normale ad un’Hb di 8 gr/dl il giorno dopo l’entrata in ospedale (1 giorno prima dell’operazione), mostra chiaramente che il paziente perse nel corso del sanguinamento dell’ulcera, quasi la metà del suo volume sanguigno ” (doc. 23a). Il dr. med. _____ aggiunge: “ a conferma di ciò l’Hb misurata 1 giorno dopo l’operazione, il 14.10.2011, che, dopo 3 conserve di sangue raggiungeva appena 11 gr/dl, ossia 2/3 del volume sanguigno normale ” ed ha ritenuto contrario ad ogni regola medica e contro la sicurezza del paziente procedere con il trasporto in Svizzera. Certo, il dr. med. _____, nella sua presa di posizione del 10 gennaio 2013 (doc. 24), continua ad affermare che la diagnosi di carcinoma allo stomaco non necessita un intervento immediato e che l’emostasi effettuata era sufficiente per tamponare l’emorragia del sangue e per preparare il paziente per il ritorno in Svizzera, dato che l’operazione è stata effettuata solo 2 giorni dopo e non immediatamente. Tuttavia il dr. med. _____, il 25 febbraio 2013, ha ribadito la sua posizione (doc. 28a), ed ha evidenziato che il ricorrente non era affetto da un carcinoma intestinale, bensì da un carcinoma gastrico localizzato in una posizione dove i sanguinamenti importanti recidivi improvvisi e potenzialmente mortali possono verificarsi “ nell’arco di minuti, poiché il carcinoma è localizzato sulla piccola curvatura in presenza di un’arcata arteriosa che, se coperta solo da un tenue coagulo, può manifestarsi rapidamente con un importante stato di shock ” (doc. 28a). Il dr. med. _____ ha poi ricordato gli elementi che fanno reputare il trasporto assolutamente non indicato: “ dapprima il medico curante fa stato di una “large volume haematemesis” ossia di un vomito profuso sanguinoso che di per sé non si verifica nei sanguinamenti dei tumori intestinali ma soltanto in presenza di grosse ulcere gastriche o duodenali di natura peptica o tumorale. Il fatto che si trattasse di una massiccia ematemesi è certificato dal vomito ematico. Infatti i sanguinamenti a stillicidio dello stomaco rendono al massimo le feci nere ma non sono mai così violenti da provocare la distensione gastrica fino al vomito. Che il sanguinamento fosse massiccio è certificato dalla presenza di un ematocrito al 27%, il che significa in un maschio adulto una perdita di sangue di circa 1/3 del volume circolante. Si parla inoltre nel rapporto dell’endoscopia di una “massa vegetante sanguinante” non dunque la banale ulcerazione di un tumore anche superficiale. Ricordo inoltre che lo stato del paziente all’entrata era uno stato di shock e non uno stato di anemia, come si verifica nei tumori intestinali, bensì soltanto in tumori localizzati vicino a sorgenti potenzialmente pericolose e addirittura mortali per il sanguinamento ”. Ora, se si può essere concordi con la circostanza, evidenziata il 24 maggio 2013 dal dr. med. _____, che dagli atti dell’ospedale americano non risulta che l’interessato al momento del ricovero si trovasse in stato di shock e che poteva rispondere alle domande (doc. 3), d’altra parte va evidenziato come il medico fiduciario sostiene che il trasporto sarebbe stato possibile con l’applicazione di misure adatte (“doc. 31: “[...] und sicher ein Rückflug möglich gewesen wäre, insbesondere wenn entsprechende Massnahmen getroffen worden wären ”), che solo con la risposta di causa sono state portate a conoscenza del ricorrente, ossia tramite il controllo del sanguinamento da un’ulcera con una sufficiente iniezione di sostanze coagulanti. Se per il rientro il ricorrente necessitava l’applicazione di particolari misure, quale l’iniezione di sostanze coagulanti, significa che il volo di ritorno non sarebbe stato privo di rischi e che l’interessato avrebbe dovuto essere sorvegliato. Inoltre, il medico

fiduciario conferma, implicitamente, che un nuovo sanguinamento non poteva essere escluso a priori (“ Der Flug selbst hätte sicher das Risiko eines Blutungsrezidives nicht erhöht ”; sottolineatura del redattore). Ora, decisiva non è la circostanza di sapere se il volo avrebbe aumentato il rischio di un nuovo sanguinamento, ma se un nuovo sanguinamento sarebbe stato possibile, con tutte le (tragiche) conseguenze del caso. Ciò è stato più volte confermato dal dr. med. _____. Ora, in un aereo il ricorrente, ormai 74enne e ricoverato nel reparto di cure intense dell’ospedale _____, non avrebbe avuto a disposizione tutte le strutture necessarie per far fronte ad una nuova emergenza e avrebbe potuto rischiare di morire (cfr. prese di posizione del dr. med. _____). Del resto il dr. med. _____ ha evidenziato che con la cirrosi epatica di cui era affetto il ricorrente, la solidità del coagulo è scarsa e ciò può aumentare ancora di più il rischio di un improvviso e massiccio sanguinamento (doc. 33a). Ne segue che i rischi per la vita del ricorrente erano troppo importanti per potergli imporre un ritorno in Svizzera. Si tratta infatti di decidere circa la possibilità per un 74enne, affetto da cirrosi epatica e ricoverato d’urgenza a causa di un’emorragia, di tornare in Svizzera per sottoporsi ad un’operazione per il carcinoma gastrico, malgrado i rischi oggettivi nei quali sarebbe potuto incorrere nel corso del viaggio di ritorno. Ora, non vi è chi non veda come non si può imporre ad un assicurato in tali condizioni un viaggio di ritorno con il rischio di perdere la vita. Questa opinione trova conforto, oltre che nelle parole del medico che ha trattato la fattispecie sul posto e che dunque meglio conosce, direttamente, la situazione, ossia il dr. med. _____ (cfr. doc. 9a: “ Knowing the status that he presented that day, I do not believe it would be a right decision to transfer Mr RI 1 to another facility, not to mention to another country ”: cfr. anche doc. 12a), anche nel certificato del medico curante, dr. med. _____ (doc.9b) e nelle prese di posizione del dr. med. _____, conosciuto e stimato in tutto il Canton Ticino per la sua professionalità, che si è espresso sulla base dei dati oggettivi evinti dalla documentazione medica dell’ospedale americano. Il TCA evidenzia inoltre abbondanzialmente che, mentre le specializzazioni dei medici che sono intervenuti a sostegno della tesi del ricorrente sono note e non necessitano di ricerche particolari poiché figurano nelle loro prese di posizione (il dr. med. _____ è gastroenterologo [doc. 3], il dr. med. _____ è un medico FMH in medicina interna [doc. 9b] ed il dr. med. _____ è specialista FMH chirurgia e traumatologia e chirurgia toracica [doc.16b]), non è data a sapere la specializzazione del medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____. Ora, in ambito di assicurazione invalidità il TF ha già avuto modo di rilevare che l’assicurato ha diritto di conoscere la specializzazione del medico SMR (cfr. cfr. SVR 2008 IV Nr. 13). Sarebbe auspicabile che in futuro anche l’assicuratore malattie fornisse questa indicazione spontaneamente. Per contro, ritenuto che l’insorgente ha lasciato l’ospedale americano il 31 ottobre 2011 e che di conseguenza sarebbe potuto tornare in Svizzera, non vi sono motivi per riconoscere i costi della degenza avvenuta dal 2 al 3 novembre 2011 e da cui non si evince alcuna urgenza (cfr. doc. 4: “ Head-neck examination was normal. Bilateral lung sounds were normal to auscultation. There were fresh wound traces and scar in midline secondary to surgery ”). 2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, l’assicuratore è tenuto a rimborsare la degenza del ricorrente presso l’Ospedale _____ di _____ dall’11 ottobre 2011 al 31 ottobre 2011. L’insorgente chiede che la convenuta sia condannata a pagare l’importo complessivo di fr. 41'203.50, oltre interessi al 5% dal 1° novembre 2011. Come rileva l’assicuratore in sede di risposta, per l’art. 36 cpv. 4 OAMal i costi di degenza all’estero in caso di urgenza, fatte salve le disposizioni sull’assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, di norma sono

assunti al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. L'art. 1 cpv. 1 lett. B della Convenzione di sicurezza sociale fra la Svizzera e la Repubblica di _____ del 1° maggio 1969 (_____), prevede che la convenzione si applica in Svizzera alla legislazione federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (lett. a), alla legislazione federale sull'assicurazione invalidità (lett. b), alla legislazione federale sull'assicurazione contro gli infortuni professionali e non professionali e contro le malattie professionali (lett. c) e alla legislazione federale sugli assegni familiari ai lavoratori agricoli e ai piccoli contadini (lett. d). Ne segue che al caso di specie va applicato l'art. 36 cpv. 4 OAMal. Con la risposta l'assicuratore, in riferimento alla Convenzione tra la Clinica Luganese SA e Santésuisse valida per il 2011, sostiene che la tariffa forfettaria giornaliera ammonta a fr. 596 al giorno dal 1° al 20° giorno e a fr. 447 dal 21° giorno. In concreto sarebbe rimborsabile, al massimo, l'ammontare di fr. 24'734. Questo Tribunale evidenzia che la questione dell'ammontare del rimborso non è mai stato esaminato nel dettaglio dall'assicuratore nella decisione impugnata, essendosi rifiutato di assumersi i costi delle degenza in _____, fatto salvo per l'importo relativo all'emostasi. D'altra parte solo con la risposta di causa l'amministrazione ha preso specifica posizione in merito, facendo tra l'altro riferimento al tariffario di una Clinica privata. Ne segue che, per garantire alle parti il loro più ampio diritto di essere sentite (cfr. anche sentenza 9C_182/2009 del 2 marzo 2010), accertato l'obbligo per l'assicuratore di rimborsare la degenza presso l'ospedale americano di Istanbul dall'11 ottobre 2011 al 31 ottobre 2011, l'incarto va rinviato all'amministrazione affinché stabilisca la misura esatta del rimborso tenuto conto dell'art. 36 cpv. 4 OAMal. La Cassa deciderà pure sul diritto al riconoscimento di eventuali interessi, rammentato che per l'art. 26 cpv. 2 LPGa, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. 2.8. Infine l'insorgente chiede l'assunzione di ulteriori prove (doc. VI: audizione testimoniale del dr. med. _____ e della figlia del ricorrente; richiamo dell'incarto dall'assicuratore, perizia giudiziaria). Alla luce dell'esito del ricorso e ritenuto che la documentazione agli atti è sufficiente per decidere nel merito della vertenza, questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui rammentato che 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). 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va accolto nel senso che l'assicuratore è tenuto a rimborsare la degenza presso l'ospedale _____ di _____ dall'11 ottobre 2011 al 31 ottobre 2011. L'incarto va rinviato all'amministrazione affinché stabilisca l'ammontare esatto del rimborso. All'insorgente, rappresentato da un legale, vanno assegnate le ripetibili (cfr. art. 61 LPGa).

E. 25

febbraio 2013 il dr. med. _____ ha affermato:

Il 24 maggio 2013 il dr. med. _____, ha affermato:

Il 9 luglio 2013 il dr. med. _____ ha affermato:

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