

TI_GERICHTE 36.2019.75 vom 13. November 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.75

FR: TI_GERICHTE 36.2019.75 du 13 novembre 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.75 del 13 novembre 2019

Erwägungen

E. 13

maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet, C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms, C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento).

In DTF 145 V 170 il Tribunale federale ha confermato la predetta giurisprudenza affermando che ci si deve attenere alla pratica giudiziaria, secondo cui eccezioni al principio di territorialità possono essere ammesse solo con grande riserbo, in caso di terapie molto rare. In difetto di ciò vi sarebbe il rischio di perdita delle corrispondenti competenze professionali specialistiche in Svizzera (consid. 7.1 e 7.2). La frequenza delle operazioni sul territorio nazionale potrebbe pertanto, in caso d'■ intervento chirurgico particolarmente complesso, situarsi a un livello così basso da doversi porre la domanda se il team specialistico sia in grado di raggiungere e mantenere l'■ esperienza e la routine necessarie (consid. 7.3). L'■ Alta Corte ha quindi ribadito, nella DTF 145 V 170 (in particolare nei consid. 7.4. e 7.5.) che la giurisprudenza esistente, in particolare espressa nella DTF 134 V 330 consid. 2.2 pag. 332 con le referenze, mantiene la sua valenza. Nel giudizio pubblicato in DTF 145 V 140 il TF ha posto il quesito a sapere se l'■ offerta terapeutica nazionale per l'■ intervento (in quel caso si trattava di una falloplastica), rispetto allo stesso trattamento all'■ estero, comporti rischi di complicanze così elevati a causa della ridotta frequenza operatoria in Svizzera tali da non rendere più possibile in Svizzera, per ragioni mediche, un trattamento responsabile e accettabile, vale a dire appropriato. L'■ Alta Corte ha indicato come, per una tale valutazione, l'■ apprezzamento debba essere eseguito secondo elementi oggettivi e su basi concrete (consid. 7.5).

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

A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il Regolamento (CE) n. 1408/71 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo

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

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

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

In concreto la degenza all'estero è avvenuta nel corso del mese di gennaio 2018. Al caso di specie trova di principio applicazione il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche.

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

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

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

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

della sua malattia.

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

A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, ha rammentato che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni () e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; sul tema cfr. Silvia Bucher, *Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen* in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], *Droit aux soins*, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, *Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen*, in: *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts* 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, *Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF]*, in: René Schaffhauser/Christian Schürer [a cura di], *Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personenfreizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit]* in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.).

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

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

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

Sul tema si veda anche la sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2.

2.6. In concreto l'insorgente è stato degente dal 3 gennaio 2018 al 19 gennaio 2018 presso l'Ospedale _____ di _____ (Italia), dove il 10 gennaio 2018 ha subito un intervento di duodenocefalopancreasectomia.

Il ricorrente è stato ricoverato in regime di solvenza a pagamento (cfr. allegata documentazione medica e certificato del 9 gennaio 2018 del dott. _____). Egli ha versato in contanti un deposito cauzionale di euro 2'000 il 3 gennaio 2018 (doc. 8/2) e, tramite assegno, di euro 50'000 il 19 gennaio 2018 (doc. 8/1). Il 19 marzo 2018 il nosocomio gli ha restituito l'importo di Euro 4'482.35 eccedente l'ammontare della fattura definitiva pari a Euro 47'513.65 (doc. 8/3).

Nella scheda di dimissione ospedaliera figura, circa l'onere della degenza: solvente (senza oneri per il S.S.N. [ndr: servizio sanitario nazionale]).

Ciò significa che l'interessato non si è avvalso delle prestazioni fornite dal sistema sanitario nazionale e della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) ma è stato ricoverato in regime privato. A questo proposito nel sito dell'ospedale _____ (_____) si legge che il ricovero a pagamento prevede che tutte le prestazioni sanitarie e domestico-alberghiere erogate siano a carico del paziente o di Compagnie Assicuratrici, Fondi o Enti che hanno stipulato una convenzione con la nostra Struttura. Il ricovero dei pazienti che scelgono il regime di solvenza avviene in Unità Operative dedicate () Le camere sono dotate tutte di aria condizionata autonoma, telefono, televisore, asciugacapelli, cassaforte e sono fornite di un letto e di una poltrona uso-letto per il familiare. Esistono inoltre alcune camere che possiedono un ampio salottino, un terrazzo e un bagno dotato di doccia () il menù è personalizzato. Dietro richiesta viene servito il pasto anche all'accompagnatore () il giorno del ricovero il paziente deve presentarsi all'ufficio Accoglienza Ricoveri Solventi per fornire i propri dati personali e presentare la documentazione amministrativa necessaria al ricovero (versamento deposito, impegno di pagamento, documento d'identità, codice fiscale, eventuale polizza assicurativa).

Ne segue che al caso di specie sono applicabili unicamente le norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal (cfr. anche la sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017,

consid. 2.2 {■} Considerate le censure del ricorrente, solo è contestata la possibilità di effettuare le cure medico-sanitarie in Svizzera. Pacifica l'applicazione delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal (la clinica G. _____ di Vienna è una clinica privata che ha fatturato le proprie prestazioni secondo tariffe private e al di fuori del sistema sanitario statale austriaco), come pure che non vi era urgenza delle cure -art. 36 cpv. 2 OAMal- in Austria (presupposto per eccepire al principio di territorialità delle cure in Svizzera consacrato all'art. 34 cpv. 2 LAMal) [■] e sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.3, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. pure DTF 141 V 612 consid. 7.1).

2.7. 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, acquisita 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 eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (sentenza del 14 ottobre 2002 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 K 39/01 consid. 1.3).

2.8. Nel caso di specie l'assicurato non sostiene che l'intervento effettuato in Italia non avrebbe potuto essere eseguito nel nostro Paese, né che il trattamento all'estero avrebbe presentato, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Egli si limita ad affermare che l'operazione è stata effettuata in un ospedale altamente specializzato e da un chirurgo il prof. _____ di immensa fama e specializzato proprio in interventi al pancreas (doc. I, punto 3, pag. 4), senza tuttavia asseverare che in Svizzera non avrebbe potuto essere sottoposto al medesimo intervento con lo stesso beneficio (a proposito del principio inquisitorio, dell'obbligo di collaborare delle parti e delle conseguenze concrete dell'applicazione di tali principi, cfr. la sentenza 9C_384/2019 del 1° ottobre 2019, consid. 4.1 e seguenti; cfr. anche ricorso, pag. 7, dove l'insorgente sostiene che le medesime prestazioni in Svizzera avrebbero avuto un costo più elevato).

Egli del resto sostiene semmai che l'operazione va considerata urgente ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal (cfr. doc. I, pag. 6), rilevando che la repentina e improvvisa comparsa di gravi sintomi lo ha indotto a recarsi immediatamente in ospedale ed a sottoporsi ad esami che hanno permesso di diagnosticare un tumore e di asportarlo con un intervento d'urgenza eseguito nei giorni lavorativi immediatamente successivi alla diagnosi. Per l'interessato il susseguirsi degli eventi è avvenuta in modalità e tempi che non avrebbero in nessun caso consentito il rientro in Svizzera.

Va pertanto esaminato se sono adempiute le condizioni di cui all'art. 36 cpv. 2 OAMal per ritenere urgente l'intervento a cui si è sottoposto l'interessato, ciò che imporrebbe all'assicuratore di rimborsare all'insorgente, al massimo, fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera (art. 36 cpv. 4 OAMal).

2.9. Nell'ambito delle cure all'estero il TF si è dimostrato sempre particolarmente rigoroso e restrittivo nel riconoscere l'urgenza.

L'Alta Corte 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 - Zurigo) era proporzionato rispetto al costo degli esami clinici (fr. 6'622.80) e che non vi erano motivi di salute che avrebbero impedito il viaggio (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, rilevando tuttavia che nel caso di dolori acuti è comprensibile che un assicurato si rivolga immediatamente ad un medico del luogo per un esame.

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 era 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 (consid.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■).

In un'assenteza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato:

"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).

5.

5.1 Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003.■

Con sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009, relativa ad un'operazione subita da un'assicurata negli Stati Uniti, dove si era recata per rendere visita alla figlia, il TF ha rilevato che la pianificazione dell'intervento (■méniscectomie ainsi qu'une chondroplastie fémorale par arthroscopie■) 8 giorni dopo la prima consultazione senza che un'ospedalizzazione sia stata ritenuta necessaria dimostra che lo stato di salute dell'interessata era stato stabilizzato in maniera soddisfacente e che non esisteva un'urgenza medica (lesione degenerativa del menisco interno sinistro che bloccava totalmente il ginocchio). Nulla avrebbe impedito alla ricorrente di rientrare in Svizzera. Ella non può prevalersi né della sua età avanzata (81 anni) né delle patologie preesistenti quali il triplo bypass coronarico, la pressione arteriosa, il colesterolo o il diabete per giustificare l'impossibilità d'intraprendere un viaggio di ritorno anticipato per farsi operare in Svizzera ritenuto che con lo stesso stato di salute aveva ritenuto possibile programmare il viaggio di un mese negli USA comprendente voli di oltre sei ore, tra cui quello di ritorno da

effettuare da sola. Ella inoltre non ignorava le conseguenze potenziali del suo stato di salute poiché viaggiava con i risultati dell'IRM al ginocchio in previsione di un aggravamento del suo stato di salute o di un'operazione. È pertanto conoscendo tali rischi che si è messa in viaggio. Il TF ha inoltre affermato che il numero di giorni tra la consultazione e l'intervento (8) era sufficiente affinché la ricorrente, se necessario con l'aiuto della famiglia, potesse informarsi presso l'assicuratore per l'eventuale presa a carico dei costi dell'intervento all'estero o organizzare le diverse formalità relative al suo ritorno per il quale la necessità di un trasporto medicalizzato in barella appariva per lo meno eccessivo, l'assistenza per le persone a mobilità ridotta di cui dispongono gli aeroporti internazionali apparendo essere una soluzione adeguata, medicalmente e finanziariamente, per l'assicurata.

Con sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, accertato che la persona assicurata necessitava di una cura medica e che non si era recata all'estero espressamente per essere sottoposta all'intervento, l'Alta Corte ha esaminato la questione di sapere se il rientro in Svizzera era appropriato, alla luce della fattibilità dal punto di vista medico, dei costi del viaggio di rientro in relazione con i costi dell'intervento, se la medesima operazione poteva essere effettuata in Svizzera e se il rientro avrebbe portato ad un rinvio della cura con conseguente peggioramento dello stato di salute (Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer der Behandlung bedurfte und sich nicht zum Zweck der Behandlung ins Ausland begab. Streitig ist einzig, ob die Rückreise in die Schweiz "nicht angemessen" i.S.v. Art. 36 Abs. 2 KVV war. Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falles (Urteil K 7/02 vom 23. August 2002 E. 4). Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (Urteil K 69/04 vom 8. April 2005 E. 2).).

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 avvenuto un mese dopo il ricovero (cfr. consid. 3.1).

In una sentenza 9C_721/2015 dell'8 agosto 2016 il Tribunale federale si è chinato sul caso di una famiglia che si era recata in Macedonia durante le vacanze estive e che aveva prodotto alcune fatture relative a presunte degenze dei tre figli in un ospedale privato. Il TF ha accolto il ricorso dell'assicuratore, ritenendo non sufficientemente comprovate le asserite cure all'estero (Nachdem in concreto kein Anlass für weitere Nachforschungen besteht und auch die Beschwerdegegner keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein weiterer Daten geltend machen, steht fest, dass die strittigen Behandlungen im Ausland nicht rechtsgenüchlich nachgewiesen sind. Dass die Vorinstanz das von der AGA im Auftrag der Avenir eingeholte Schreiben des angeblich behandelnden Spitalarztes vom 26. November 2013, wonach keine Behandlung stattgefunden haben soll, als eher seltsam bezeichnet hat, ändert nichts. Die Beschwerdegegner vermögen das Gegenteil nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Dies spricht für die Richtigkeit des von der Beschwerdeführerin behaupteten Sachverhalts, soweit diese überhaupt beweispflichtig ist (vgl. E. 3.1 vorne). Damit erübrigen sich Ausführungen bezüglich der Höhe des vom kantonalen Gericht zugesprochenen Betrages ohne weiteres. Insgesamt hat die Vorinstanz Bundesrecht verletzt (E. 1.1). Die Beschwerde ist

begründet■).

2.10. In sede di ricorso (doc. I) l'■assicurato, nato nel 1955, sostiene di essersi recato (il 20 dicembre 2017 [cfr. doc. 3]), durante le festività natalizie del 2017, a _____ (Italia), presso la casa dei suoi genitori, intenzionato a sostarvi, come risulta dalla dichiarazione di sinistro del 2 maggio 2018, fino al 7 gennaio 2018 (doc. 3).

Sempre secondo il racconto dell'■insorgente, durante il soggiorno all'■estero ha iniziato ad avere una febbre elevata che peggiorava di giorno in giorno. ■Oltre allo stato febbrile che lo confinava nel letto■, l'■assicurato ■riscontrava una colorazione alterata degli occhi, e specificatamente la sclera oculare di entrambi gli occhi appariva ingiallita. Oltre a ciò■ il ricorrente ■notava altresì una colorazione estremamente scura, quasi marrone, delle urine■. ■comprendibilmente allarmato e preoccupato dalla repentina comparsa di questi sintomi, il padre () ha contattato l'■ospedale vicino, ossia il _____ di _____, dove■ il ricorrente ■è stato accompagnato e visitato il 3 gennaio 2018■ (doc. I), ossia un mercoledì. Il ricovero è avvenuto alle 8.23 (cfr. allegato doc. 10).

Alle 16.30 del 3 gennaio 2018 il personale medico del nosocomio ha comunicato all'■insorgente che nei ■primi esami c'■era ■qualcosa che non andava■ e doveva pertanto sottoporsi il prima possibile ad altri esami, segnatamente P.E.C. e TAC con liquido di contrasto, per ottenere una diagnosi definitiva■.

Nei giorni seguenti è stato diagnosticato un tumore al pancreas, nello specifico una neoplasia alla papilla di Vater. ■A questo punto al paziente (confrontato con il terrore di una diagnosi così nefasta) è stata prospettata la possibilità di sottoporsi, probabilmente già lunedì (primo giorno lavorativo utile dopo il fine settimana[ndr: 8 gennaio 2018]) ad un intervento chirurgico per asportare velocemente il tumore (che data la sua natura, tipologia e collocazione, andava asportato a detta dei medici con estrema urgenza■ (sottolineatura in originale, doc. I).

■Trovatosi in una situazione di tale urgenza e gravità, con la prospettiva di essere operato immediatamente dopo il weekend e per di più in un ospedale altamente specializzato e da un chirurgo ■ il prof. _____ ■ di immensa fama e specializzato proprio in interventi al pancreas■ il ricorrente ■provato dalle condizioni di salute summenzionate e spaventato per la diagnosi ricevuta, ha ragionevolmente accettato di sottoporsi all'■intervento prospettato nell'■ospedale in cui era ricoverato■ (doc. I).

Va ancora aggiunto che nella dichiarazione di sinistro del 2 maggio 2018, l'■insorgente ha affermato che i disturbi non esistevano prima della partenza ed alla domanda ■quale medico od ospedale è stato consultato dopo il ritorno in Svizzera■ ha risposto tirando una riga.

Il 9 gennaio 2018 il dott. _____ ha attestato che il ricorrente è stato ricoverato presso l'■Ospedale _____ il 3 gennaio 2018 ■in seguito alla comparsa da alcuni giorni di sintomatologia dolorosa addominale, ittero sclerale con urine ipercromiche, disuria. Dagli accertamenti eseguiti è emerso un quadro di ostruzione biliare da verosimile neoplasia papillare con infiltrazione parietale duodenale profonda e linfonodo satellite. Tale patologia necessita di un intervento chirurgico di duodenocefalopancreasectomia previsto per il 10/01/18. Il periodo di degenza post-intervento sarà presumibilmente di 10 giorni salvo complicazioni■ (allegato doc. 2).

Dalla relazione clinica alla dimissione (definitiva) del 15 febbraio 2018 dei medici dell'Ospedale _____ emerge che al ricorrente è stato diagnosticato un adenocarcinoma della regione ampollare (pT1b, N0, G3).

Circa l'anamnesi, oltre ad un'ernioplastica ombelicale figura: nota ipertrofia prostatica che ha condizionato due episodi di ritenzione urinaria acuta attualmente in terapia con silodosina ma permane disuria. Circa una settimana orsono comparsa di febbre associata a sintomatologia dolorosa addominale con alterazioni dell'alvo per cui ha assunto unicamente paracetamolo al bisogno. Attualmente apiretico (allegato doc. 2).

Quali accertamenti pre-operatori sono indicati, il 3 gennaio 2018, un ecocolordoppler arterioso degli arti inferiori, un ecocolordoppler TSA e un TC torace-addome.

Il 10 gennaio 2018 è stato effettuato l'intervento chirurgico così descritto: durante l'intervento è stata confermata la presenza di una neoformazione solida periampollare, senza evidenza di lesioni macroscopiche secondarie e senza coinvolgimento dei vasi peripancreatici. È stata eseguita una duodenocefalopancreasectomia con preservazione del piloro. Il tempo ricostruttivo è stato eseguito utilizzando una singola ansa digiunale, realizzando in sequenza una pancreatico-digiunostomia T-L (tecnica dutto-digiuno), epatico-digiunostomia T-L e duodeno-digiunostomia T-L. Si è ottenuta una completa radicalità macroscopica (cfr. relazione clinica alla dimissione).

Dalla relazione emerge: durante il ricovero per accertamenti per ipertrofia prostatica, emergeva un ittero sclerocutaneo, che veniva indagato mediante TC addome cmc, ecoendoscopia con FNA e PET, che mostravano una neoformazione ampollare, condizionante stenosi del coledoco distale e dilatazione della via biliare. Il paziente veniva quindi candidato a duodenocefalopancreasectomia, eseguita in data 10.01.18. Decorso post operatorio condizionato fistola pancreatica a bassa portata (biochemical leakage), per cui è stato mantenuto il drenaggio destro in sede (portata attuale 25 cc/die). Si segnala un episodio di piressia, con positività per E. Faecalis dall'urinocoltura, per cui veniva impostata terapia mirata con amoxicillina/clavulanato.

Nel referto sono inoltre elencati gli ulteriori accertamenti diagnostici effettuati, e meglio gli esami di laboratorio del 3 gennaio 2018, 8 gennaio 2018, 15 gennaio 2018 e 17 gennaio 2018; gli esami strumentali e le visite specialistiche del 3 gennaio 2018, 4 gennaio 2018 (tomoscintigrafia PET total body), 5 gennaio 2018 (citologico) e 10 gennaio 2018 (istologico; Rx torace standard). Il 5 gennaio 2018 è stata effettuata l'ecoendoscopia del pancreas.

Il 22 novembre 2018 il Prof. _____, facente parte dell'équipe medica che ha operato l'insorgente, ha affermato che il ricorrente è stato ricoverato per febbre e ritenzione urinaria acuta e prostatite in data 03.01.18 presso reparto Solventi / Q dell'_____. Durante gli accertamenti per l'ipertrofia prostatica emergeva ittero sclerocutaneo (fino a 5.15 g/dl bilirubina) indagato mediante TC addome cmc, ecoendoscopia con FNA e PET, che mostravano una neoformazione dell'ampolla di Vater, condizionante stenosi del coledoco distale e dilatazione della via biliare. Il paziente veniva quindi sottoposto ad intervento chirurgico di Duodenocefalopancreasectomia in data 10.01.18. All'esame istologico definitivo è risultato Adenocarcinoma scarsamente differenziato della regione ampollare morfologicamente ed immunofenotipicamente di tipo bilio-pancreatico, infiltrante la muscolare dello sfintere di Oddi e la sottomucosa della parete duodenale. Pt1N0M0G3 (allegato doc. 13).

2.11. In concreto, alla luce della rigorosa giurisprudenza federale nell'ambito del riconoscimento dei costi a carico della LAMal in caso di interventi urgenti all'estero, questo Tribunale, per i motivi che seguono, deve concludere che la decisione su opposizione dell'assicuratore deve trovare conferma poiché dalla documentazione prodotta (allegati doc. 10), non emerge una situazione di urgenza.

Il ricovero, avvenuto mercoledì 3 gennaio 2018, è stato qualificato dal nosocomio italiano come **ordinario** e **programmato** ed è stato richiesto per accertamenti (si ricovera in data odierna per eseguire approfondimenti diagnostici in merito alla presenza di disuria e recente episodio febbrile accompagnato da sintomatologia dolorosa addominale con alterazioni dell'alvo. Ha assunto unicamente paracetamolo al bisogno).

Dalla scheda di dimissione ospedaliera figura, circa la provenienza del paziente: **programmato**; circa il tipo di ricovero: **RICPROGNONURG** (ndr., verosimilmente: ricovero programmato non urgente) e circa il motivo del ricovero: **RICOV1PERDIAGN.** (ndr, verosimilmente: ricovero 1 per diagnosi).

Dal referto relativo alla tomoscintigrafia PET totale body del 4 gennaio 2018 delle 12:47 emerge che già in quella data era stato chiesto un approfondimento diagnostico in **sospetta npl del pancreas** in paziente che presenta ittero di **ndd** e **l'econdoscopia operativa biopsia pancreas e vie biliari** eseguita il 5 gennaio 2018 alle ore 15:21, fa stato della diagnosi di neoplasia papillare con infiltrazione parietale duodenale profonda e linfonodo satellite.

Nel diario infermieristico risulta inoltre che venerdì 5 gennaio 2018 era stato deciso di programmare la duodenocefalopancreasectomia per il lunedì successivo, poi rinviata a mercoledì 10 gennaio 2018.

In data 5 gennaio 2018 (venerdì) alle 22.00 figura infatti: **[] PEXTSGS X eventuale intervento lunedì []**; il 6 gennaio 2018 ore 14:00 figura: **[] probabile operando di lunedì []**.e alle 22:00: **[] In attesa dell'intervento data da confermare []**, così come il 7 gennaio alle ore 7 (**in attesa dell'intervento, data da confermare, Ha riposato**).

Il **7/8.1** alle ore 14 figura invece un rinvio dell'operazione al 10 gennaio 2018: **operando di mercoledì**, così come martedì 9 gennaio ore 7.00 **ha riposato**. Attende intervento chirurgico mercoledì 10/01.

Nel medesimo diario figura **Pz stabile** o **stazionario** nel corso della degenza.

Va ancora evidenziato che dal referto dell'intervento chirurgico emerge che l'interessato era ricoverato in regime di **degenza ordinaria**.

Il tipo di ricovero (ordinario) e la cronologia degli avvenimenti, con l'arrivo in ospedale il mattino del 3 gennaio 2018 per una visita programmata, con la fissazione dell'intervento dapprima per l'8 gennaio 2018 (5 giorni dopo) ed in seguito per il 10 gennaio 2018, ossia 7 giorni dopo l'inizio della degenza, senza che dagli atti emergano motivi medici per tale rinvio, esclude l'urgenza (sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009), ritenuto che la circostanza che vi sia stato un week end di mezzo non giustifica lo spostamento di un'operazione se urgente (cfr. sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009, consid.3.3: **[] Si tel avait été le cas, nul doute que même lors d'un week-end de fête nationale, le docteur A. _____ n'aurait pas engagé sa responsabilité en repoussant l'intervention chirurgicale []**).

Alla luce del tempo trascorso tra il giorno del ricovero e quello dell'intervento, in una situazione di stabilità medica, l'insorgente avrebbe avuto tutto il tempo per contattare l'assicuratore e chiedere informazioni circa l'assunzione dei costi all'estero (cfr. sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009).

Inoltre, anche se si fosse trattato di un caso che necessitava un intervento immediato, la situazione valutata stabile avrebbe comunque permesso all'interessato di tornare in Svizzera senza particolari difficoltà, ritenuto che l'assicurato si trovava a _____, ossia a pochi chilometri dal Canton Ticino, raggiungibile in treno in poco più di un'ora ed a prezzi abbordabili (cfr. www.ffs.ch), proporzionati rispetto al costo dell'intervento (cfr. anche la già citata sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009 dove il TF ha esatto il viaggio di ritorno dagli USA alla Svizzera per un'assicurata 81enne affetta da diabete, tensione arteriosa, colesterolo e con un triplo bypass coronarico; cfr. anche la sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, al consid. 5.3, dove il TF accenna alla vicinanza tra il luogo di domicilio e il luogo del ricovero).

Non va poi dimenticato che anche il medico fiduciario dell'assicuratore (cfr. a proposito delle valutazioni dei medici fiduciari l'art. 57 cpv. 4 e 5 LAMal), dr. med. _____, il 3 dicembre 2018, esaminata la documentazione prodotta, ha confermato che non si riscontrano informazioni mediche che giustificano un intervento chirurgico in urgenza:

Alla luce di tutto quanto sopra esposto ed in assenza di documentazione medica atta a comprovare l'asserita urgenza del ricovero e del successivo intervento di duodenopancreasectomia, è a giusta ragione che la Cassa ha rifiutato di assumersi i costi del trattamento all'estero.

2.12. Con il ricorso l'insorgente richiama l'intero incarto dall'assicuratore, comprendente l'incarto medico completo con particolare attenzione allo scritto del Dr. med. Prof. _____ (doc. I, pag. 2).

L'incarto completo, compreso il certificato del 22 novembre 2018 del Prof. _____ (allegato al doc. 10), è stato prodotto dall'assicuratore unitamente alla risposta di causa (cfr. doc. V e pag. da 1 a 3).

Questo Tribunale, ritenuto che i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

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 queste condizioni il ricorso va respinto e la decisione su opposizione impugnata va confermata.

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