

## **TI\_GERICHTE 36.2013.61 vom 17. April 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-04-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2013.61](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.61)

FR: TI\_GERICHTE 36.2013.61 du 17 avril 2014

IT: TI\_GERICHTE 36.2013.61 del 17 aprile 2014

### **Regeste**

Assunzione dei costi di una cura urgente all'estero a causa di una puntura di "dengue classico" parzialmente accolta. Diritto di chiedere all'assicuratore malattie la riscossione di una prestazione anticipata in caso di domanda di assunzione dei costi anche all'assicuratore contro gli infortuni

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

dicembre 2010 si è limitato a domandare ulteriori documenti, senza ottenere alcuna risposta. Visto il tempo trascorso l'assicurata non potrebbe far nuovamente valere le sue pretese e pertanto la convenuta " non emette una decisione formale " (doc. IX). 2.2. Per l'art. 49 cpv. 1 LPGA nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni . Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LPGA una domanda relativa a una decisione d'accertamento deve essere soddisfatta se il richiedente fa valere un interesse degno di protezione. Secondo l'art. 49 cpv. 3 LPGA le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato. A norma dell'art. 49 cpv. 4 LPGA se prende una decisione che concerne l'obbligo di un altro assicuratore di fornire prestazioni, l'assicuratore deve comunicare anche a lui la decisione. Quest'ultimo dispone dei medesimi rimedi giuridici dell'assicurato. Per l'art. 51 cpv. 2 LPGA, laddove l'amministrazione applica la procedura semplificata, l'assicurato può esigere che sia emanata una decisione entro un termine di riflessione adeguato. A questo proposito, in DTF 126 V 23, il TF ha affermato: " Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée. Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 369 consid. 3)" Kieser, ATSG-Kommentar, 2a edizione, Zurigo-Basilea-Ginevra 2009, n. 14 ad art. 51 pag. 646, rammenta che il legislatore, che ha rinunciato ad inserire un termine fisso nella LPGA, ha rilevato che di norma un lasso di tempo di circa un anno è conforme alla prassi ed alla giurisprudenza. A questo proposito nel rapporto della Commissione del consiglio nazionale e della sicurezza sociale e della sanità del 26 marzo 1999, pubblicato nel Foglio Federale 1999 a pag. 3979, nel commento all'art. 57 (poi diventato 51) figura: " Capoverso 2: la procedura informale può rivestire forme molto diverse nelle assicurazioni sociali. Non sarebbe appropriato fissare un termine. E vero che nell'assicurazione malattia, sia nella

pratica che nella giurisprudenza, si considera che si possa esigere una decisione entro un anno, ma non è possibile prevedere un siffatto termine uniforme per tutti i casi che possono verificarsi. La Commissione segue pertanto su questo punto la proposta del Consiglio degli Stati." Kieser afferma poi che occorre esaminare la situazione concreta e che in ambito di assicurazione malattie la giurisprudenza ha posto un termine temporale di un anno dalla notifica della decisione informale, ritenuto che in presenza di una persona cognita in materia il termine va riaccurciato. In DTF 102 V 13 l'allora TFA ha ritenuto tardiva la contestazione dell'insorgente che nei primi mesi del 1974 ha messo in discussione una presa di posizione dell'assicuratore del dicembre 1971. L'assicuratore, in sede di risposta, si riferisce inoltre alla sentenza 8C\_73/2008 del 12 marzo 2008, pubblicata in DTF 134 V 145, dove il TF ha affermato che se l'assicuratore ha comunicato a torto il rifiuto (parziale o integrale) di prestazioni non già nella forma di una decisione, ma in modo informale, e la persona interessata non accetta il disposto rifiuto, quest'ultima deve di principio manifestare il proprio disaccordo entro il termine di un anno. In tale ipotesi l'assicuratore emanerà una decisione formale, contro la quale è data la facoltà di presentare opposizione. Senza tempestiva reazione, la decisione informale diventa valida, così come se fosse stata resa correttamente a norma dell'art. 51 cpv. 1 LPGA (consid. 5).

2.3. Nel caso di specie la tesi dell'assicuratore non può essere seguita. Da una parte infatti la Cassa è entrata nel merito della domanda dell'insorgente, senza sollevare alcuna obiezione circa la tardività della medesima, emanando la decisione formale dell'11 marzo 2013 e la decisione su opposizione del 23 agosto 2013 ed esaminando le censure sollevate dalla ricorrente. Solo con la risposta di causa l'assicuratore ha sollevato la questione della tardività della richiesta, affermando inoltre contrariamente a quanto già avvenuto che " non emette una decisione formale, il rifiuto di prendere a carico il caso all'estero e le sue conseguenze sono entrati in vigore " (doc. IX). Nella sentenza citata dalla convenuta e pubblicata in DTF 134 V 145, l'assicuratore contro gli infortuni il 4 agosto 2005 si era rifiutato di emanare una nuova decisione, ritenendo che la questione fosse ormai risolta tramite la notifica di uno scritto inviato l'8 maggio 2002 e non era entrato nel merito della domanda. Se l'assicuratore avesse voluto prevalersi della crescita in giudicato del conteggio del 29 novembre 2010 (doc. G), avrebbe semmai dovuto rifiutarsi di emanare una decisione in merito. In secondo luogo va comunque evidenziato che dopo l'invio del conteggio del 29 novembre 2010 (doc. G), tramite il quale l'assicuratore rifiutava la presa a carico delle prestazioni fruite in \_\_\_\_\_ indicando che la LAMal " prende a carico i costi dei trattamenti dispensati in caso d'urgenza all'estero. In caso di trattamento volontario, nessuna prestazione viene versata ", il 7 dicembre 2010 aveva nuovamente scritto all'interessata affermando che " per pronunciarsi su un suo eventuale diritto alle prestazioni, la preghiamo di voler rispondere con precisione a tutte le domande sotto elencate e di ritornarci per posta il presente modulo debitamente firmato " (doc. H), ciò che l'insorgente ha fatto il 17 dicembre 2010 (cfr. doc. H). Il 22 dicembre 2010 l'assicuratore ha nuovamente scritto alla ricorrente evidenziando che " le indicazioni di cui disponiamo sono insufficienti per permetterci di stilare un conteggio delle sue prestazioni " ed ha chiesto l'invio di ulteriore documentazione (doc. 7). Nel caso di specie l'assicuratore non ha mai chiuso la procedura con l'emissione di una decisione informale, poiché lo scopo degli ultimi due scritti (doc. 5 e 7), prima della richiesta di informazioni della ricorrente del 24 settembre 2012 (doc. 8), era quello di chiedere ulteriori precisazioni all'interessata per stabilire l'eventuale diritto al riconoscimento delle prestazioni fruite all'estero. Alla luce di quanto sopra, a giusta ragione lo stesso assicuratore è entrato nel merito del sollecito del 24 settembre 2012 (doc. 8),

emanando dapprima la decisione formale dell'11 marzo 2013 (doc. 12) ed in seguito la decisione su opposizione del 23 agosto 2013 (doc. 14). 2.4. Parallelamente alla procedura in ambito LAMal, l'interessata ha fatto valere il rimborso delle medesime prestazioni all'assicuratore contro gli infortuni che ha respinto la sua domanda non ritenendo adempite le condizioni per ritenere la puntura di dengue clasico quale infortunio. Contro la decisione su opposizione del 25 novembre 2013 l'assicurata ha presentato, il 3 gennaio 2014, un ricorso a questo Tribunale (35.2014.1). L'insorgente chiede tuttavia di decidere comunque la questione in ambito LAMal, facendo valere il diritto a prestazioni anticipate e l'obbligo dell'assicuratore di informarla in tal senso in applicazione dell'art. 27 LPGA. Per l'art. 70 cpv. 1 LPGA l'avente diritto può chiedere di riscuotere una prestazione anticipata se un evento assicurato fonda il diritto a prestazioni delle assicurazioni sociali ma sussiste un dubbio quanto al debitore delle suddette prestazioni. A norma dell'art. 70 cpv. 2 lett. a LPGA sono tenute a versare prestazioni anticipate per le prestazioni in natura e le indennità giornaliera la cui assunzione da parte dell'assicurazione contro le malattie, dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione per l'invalidità è contestata: l'assicurazione contro le malattie Per l'art. 71 LPGA l'assicuratore tenuto a versare prestazioni anticipate eroga le prestazioni secondo le disposizioni che disciplinano la sua attività. Se il caso è assunto da un altro assicuratore, questi deve rimborsare gli anticipi entro i limiti del suo obbligo di versare prestazioni. Ne segue che questo Tribunale può decidere nel merito del ricorso in ambito LAMal prima della conclusione della parallela procedura in ambito di assicurazione contro gli infortuni. Nel merito 2.5. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare: - a. gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate: 1. dal medico, 2. dal chiropratico, 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 LAMal 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 LAMal 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. 2.6. 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 R DAT 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).

2.7. 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, 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 eseguibile 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). 2.8. 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 per quanto concerne le cure d'urgenza, sia per quanto concerne le 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, rilevando tuttavia che nel caso di dolori acuti è comprensibile che un assicurato si rivolga immediatamente ad un medico del luogo per un esame e per ottenere dei medicinali: " 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.“ (sottolineatura del redattore) 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: " 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). 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: " 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\_35/2010 del 28 maggio 2010, a proposito della possibilità di rientro in Svizzera, il TF ha affermato: " 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). (...) 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. 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. 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: " 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. 2.9. Nel caso di specie l'interessata ha effettuato una vacanza in \_\_\_\_\_ dal 14 giugno 2010 al 16 agosto 2010 (doc. 6) ed al suo ritorno ha presentato all'assicuratore fatture relative a ricoveri ed altre prestazioni fruite dal 25 giugno 2010 al 14 agosto 2010 per complessivi fr. 2'449.10 (in moneta locale: \_\_\_\_\_), importo che, calcolato dal medesimo assicuratore nel conteggio del 29 novembre 2010 (doc. G), non è contestato dall'insorgente. Dagli atti emerge che l'interessata è stata ricoverata d'urgenza il 25 giugno 2010 presso il " Centro medico \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), a causa, tra l'altro, di forti dolori addominali, vomito, nausea ed emoglobina bassa. L'ospedalizzazione è durata 5 giorni (doc. 3: " paciente que asistio por urgencias con fuerte dolor abdominal, vomito, mareos, decaimiento, debido a presentar emoglobina baja se hospitaliza, se ordena aplicar venofer endovenoso amp. No. 5. Hospitalizacion por 5 dias ") per un costo complessivo di fr. 899.35, ossia \_\_\_\_\_ (cfr. doc. D e G; da rilevare che in calce alla fattura del 25 giugno 2010, a mano è stato scritto: "RI 1 1a volta infezione virale + ricovero 5 giorni "). Il 1° luglio 2010 alle ore 22.30 l'interessata è stata nuovamente ricoverata, questa volta presso la " \_\_\_\_\_ " (doc. E e 3) a causa di vomito, nausea (cfr. doc. E: " vomito y mareo ") e dolori epigastrici (doc. E: " dolor en epigastrio ") ed è stata lasciata andare a casa alle 0.50 (doc. E). L'interessata è stata sottoposta ad esami che hanno comportato un costo

complessivo di fr. 54.60 (22.05 + 32.55; cfr. doc. 3: \_\_\_\_\_; cfr. anche doc. 4). Il 6 luglio 2010 è stata emessa una fattura di fr. 79.80 (\_\_\_\_\_) dal “ Centro medico \_\_\_\_\_ ” per l’ ” aplicacion venofer ” (doc. 3). Un’ulteriore fattura del medesimo centro medico, di \_\_\_\_\_ (fr. 90.50), è stata pagata l’8 luglio 2010, senza tuttavia che sia dato sapere a cosa si riferisca (cfr. doc. 3). Il 10 luglio 2010 il dr. med. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_, ha stabilito che vi era un’incapacità per 15 giorni, a causa di una puntura di dengue clasico (doc. F: “ incapacidad per quince (15) dias partir del dia 10.07.2010 por dengue clasico (enfermedad viral severa producida por picadura de insecto: zancudo o mosquito) presento descenso de plaquetas y dolor global severo osteomuscular e inflamacion hepatica necesito reposo, hidratacion, altas dosis de vitamina [...] y antiinflamatorios [...] ” ). In calce al certificato figura: “RI 1 infezione virale + medicine e visite mediche 2a volta ” (cfr. doc. 3). In seguito l’interessata ha ancora usufruito di prestazioni il 17 luglio 2010, per fr. 5,50. Il 26 luglio 2010 il dr. \_\_\_\_\_ ha emesso una fattura per “ consultos medicos, controles, terapias ” ed altro (doc. 3) di un importo complessivo di fr. 1’145 (\_\_\_\_\_\_). Agli atti vi sono poi fatture che concernono anche il figlio \_\_\_\_\_, in particolare quella del 30 luglio 2010, per un visita presso il medesimo medico per fr. 61.85 (\_\_\_\_\_\_). Il 30 luglio 2010 il medico \_\_\_\_\_ ha poi prescritto medicinali sia per il figlio \_\_\_\_\_, che per la madre. Agli atti risultano pagamenti e prescrizioni di medicinali, nonché documenti difficilmente leggibili per fr. 6.30 (\_\_\_\_\_) il 31 luglio 2010, fr. 25.35 (\_\_\_\_\_) il 5 agosto 2010, fr. 33.85 (\_\_\_\_\_) il 13 agosto 2010, mentre il 14 agosto 2010 sono state emesse fatture per fr. 18.75 (\_\_\_\_\_), fr. 11.30 (\_\_\_\_\_) e fr. 16.95 (\_\_\_\_\_; cfr. doc. 3 a 4). Va ancora evidenziato che dalla decisione del 3 ottobre 2013 dell’assicuratore contro gli infortuni emerge che l’interessata ha prodotto un referto del 16 maggio 2013 del proprio medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, da cui emerge che “ durante il soggiorno in \_\_\_\_\_, la paziente è stata in contatto con un insetto (puntura). Il 09.07.2010 [recte: 25.06.2010], la paziente è stata ricoverata per un quadro clinico di febbre, dolori addominali accompagnati di vomito. Al controllo emato-chimico risulta un profilo infettivo (Leucociti 20.000, PCR 69). Dalla documentazione medica (allegata), risulta la diagnosi di Dengue classico, la paziente viene trattata in regime stazionario. Decorso: Il 23.08.2010, la paziente se presenta in studio. Un controllo ematologico evidenzia una chiaro stato infettivo con Leucociti a 10.400, neutrofili 80.6%. Non avendo la documentazione medica per un confronto, la paziente viene trattata con antibioterapia empirica a largo spettro (Zinat 500 mg) per una settimana. Il decorso ulteriore favorevole. Alla luce della documentazione medica e del controllo ulteriore, si conferma un quadro clinico di dengue, a seguito di puntura di insetto ” (doc. VII/1). Va ancora evidenziato che dal sito dell’UFSP, a proposito della febbre dengue ( [www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01066/index.html?lang=it](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01066/index.html?lang=it) ), emerge che: “ La febbre dengue è una malattia virale trasmessa dalle punture di zanzare infette del genere Aedes (principalmente Aedes aegypti, ma anche Aedes albopictus). Questi insetti diurni si adattano molto bene alle zone abitate, dove possono riprodursi in piccoli ristagni d’acqua (recipienti, pneumatici, pozzanghere). Di conseguenza, durante i periodi piovosi aumentano i casi di trasmissione del virus dengue nelle zone colpite dalla febbre dengue (zone endemiche). La malattia non è trasmissibile da uomo a uomo. Quadro clinico Nella maggioranza dei casi, la febbre dengue si manifesta da 3 a 7 giorni (raramente fino a 14 giorni) dopo la puntura di una zanzara infetta. Nel 90 per cento dei casi, il decorso della malattia è di gravità modesta ed è accompagnato da sintomi simili a quelli di un raffreddore. Per il rimanente 10 per cento, la

patologia si manifesta con febbre acuta accompagnata da brividi, mal di testa e dolori articolari. Dopo 3 a 4 giorni possono insorgere eruzioni cutanee diffuse su tutto il corpo eccetto il viso. Di regola, la guarigione dalla febbre dengue interviene spontaneamente dopo 10 giorni. La terapia è di tipo sintomatico, vale a dire che i disturbi possono essere soltanto attenuati con antipiretici e analgesici. La forma più grave della febbre dengue, anche se rara, è quella emorragica. Si manifesta dopo una nuova infezione indotta da un altro tipo di virus dengue e provoca all'inizio della malattia sintomi simili a quelli della febbre dengue. Tuttavia, la situazione del paziente si aggrava molto rapidamente dopo 2 a 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Il sistema circolatorio sanguigno collassa e si verifica una sindrome acuta da shock con emorragie interne ed esterne." Da parte sua il governo italiano ( [www.salute.gov.it/malattieInfettive/documenti/Dengue.pdf](http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/documenti/Dengue.pdf) ), rammenta che: " La dengue è una malattia virale acuta che può presentarsi, dal punto di vista sintomatologico e prognostico, in due forme distinte: • dengue classica; • dengue emorragica , con o senza stato di shock. (...) La dengue classica, forma benigna della malattia, a sua volta, può presentare una sintomatologia più o meno spiccata a seconda dell'età: nei bambini piccoli si manifesta sotto forma di affezione febbrile lieve accompagnata da una eruzione cutanea di tipo maculo-papuloso (macchie e bolle poco sporgenti sul piano della cute), mentre nei ragazzi più grandi e negli adulti si presenta come un'affezione di tipo simil-influenzale, con febbre, cefalea, dolori osseo-articolari e muscolari (viene chiamata anche febbre rompiossa), disturbi gastrointestinali, con o senza comparsa dell'esantema maculo-papuloso. A volte nella dengue classica possono aversi lievi manifestazioni emorragiche, sotto forma di perdita di sangue dal naso e dalle gengive, e di emorragie sottocutanee puntiformi (petecchie). La forma di dengue emorragica (DE) è particolarmente frequente nelle regioni del Sud-Est Asiatico e del Pacifico, ma epidemie di questa forma sono state segnalate, in tempi recenti, anche dalle regioni caraibiche e dall'America meridionale. La DE si manifesta con un andamento a due fasi. Nella prima fase si ha comparsa improvvisa di febbre, arrossamento del viso, inappetenza, lievi disturbi a carico dell'apparato gastrointestinale e delle vie aeree superiori. Segue un periodo di sfebbramento, in concomitanza del quale le condizioni del paziente possono improvvisamente peggiorare con comparsa di profonda debolezza, irritabilità, pallore, colorito cianotico, soprattutto intorno alla bocca, abbassamento della pressione sanguigna, polso rapido e debole, eruzioni cutanee. In questa seconda fase sono frequenti i fenomeni emorragici, dalle petecchie, alle ecchimosi, alle epistassi, alla perdita di sangue dalle gengive, alle emorragie a carico dell'apparato gastrointestinale (presenza di sangue nel vomito e nelle feci). Sono possibili complicazioni a carico del fegato e del sistema nervoso centrale. Nei casi gravi si può arrivare allo stato di shock. La letalità della DE nei casi non trattati o trattati in modo improprio può arrivare al 40-50%; nei casi trattati adeguatamente la letalità è inferiore al 2%." Dal sito [www.cesmet.com/it/malattia-dengue](http://www.cesmet.com/it/malattia-dengue) , emerge che: " La febbre da Dengue si presenta come una influenza con varie caratteristiche. Molto spesso i bambini la manifestano come una influenza con semplici reazioni cutanee. Gli adolescenti e gli adulti possono avere febbre più leggera, ma frequentemente la malattia si presenta con febbre alta, mal di testa, dolore agli occhi, dolore alle articolazioni e ai muscoli con reazioni cutanee. Generalmente, se viene contratto un sierotipo di infezione, l'individuo si immunizza a questo sierotipo. Contraendo una infezione da differente sierotipo, viene ad aumentare notevolmente la probabilità che venga ad essere contratta la febbre emorragica da Dengue (DHF), che è una infezione molto seria e potenzialmente fatale. La DHF è caratterizzata da febbre alta, fenomeni emorragici, ingrossamento del fegato e collasso del sistema

circolatorio. Un rapido inizio di febbre è la prima indicazione di sospetta DHF, accompagnata da arrossamenti facciali. La febbre persiste per 2-7 giorni e può raggiungere i 41° C seguita da convulsioni febbrili e fenomeni emorragici. Se il paziente viene ricoverato, si può avere una diminuzione dei sintomi, ma se la malattia non viene curata, il paziente può subire uno shock (DSS) con pulsazioni rapide e lente, seguite da segni di collasso circolatorio che si presentano con pelle fredda ed echimosi. Senza un adeguato trattamento il paziente può morire in 12-24 ore. Il tasso di letalità della febbre emorragica dengue varia dal 6 al 30%; la maggior parte dei decessi si verifica nei neonati < 1 anno. (...) La terapia della dengue è sintomatica: importante è il riposo assoluto a letto, l'uso di farmaci antipiretici e la somministrazione di liquidi per combattere la disidratazione; nella maggior parte dei casi le persone guariscono completamente in due settimane. La malattia può svilupparsi sotto forma di febbre emorragica con gravi emorragie in diverse parti del corpo che possono causare veri e propri collassi e, in rari casi, risultare fatali. Lo sviluppo di un vaccino contro la Dengue e la DHF è molto difficile perché ognuno dei quattro diversi virus può causare infezione e anche perché la protezione contro uno o due virus del Dengue possono incrementare il rischio di contrarre infezione più severa. Sono stati comunque fatti progressi nello sviluppo di un vaccino che può proteggere contro tutti e quattro i virus. Questo vaccino dovrebbe essere disponibile entro alcuni anni.” 2.10. In concreto l'insorgente è stata ricoverata d'urgenza il 25 giugno 2010 a causa di uno stato complessivo di malessere, costituito da febbre, vomito, nausea e dolori addominali. Dopo un ricovero di 5 giorni, il 1° luglio 2010, ha dovuto nuovamente presentarsi presso un centro medico dove sono state effettuate ulteriori analisi. Il medico \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato, il 10 luglio 2010, la presenza della dengue classica, ossia la forma più leggera della patologia virale contratta dalla ricorrente nel corso della sua vacanza (cfr. [www.salute.gov.it/malattieInfettive/documenti/Dengue.pdf](http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/documenti/Dengue.pdf)). In ragione delle caratteristiche della malattia, della sua evoluzione nei primi giorni dalla sua comparsa (cfr. sito dell'UFSP citato in precedenza: “ dopo 3 a 4 giorni possono insorgere eruzioni cutanee diffuse su tutto il corpo eccetto il viso ”; nella forma più grave “ la situazione del paziente si aggrava molto rapidamente dopo 2 a 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi ”), della necessità di riposo assoluto per circa due settimane (cfr. [www.cesmet.com/it/malattia-dengue](http://www.cesmet.com/it/malattia-dengue)) e della necessità di assumere specifici medicinali ([www.cesmet.com/it/malattia-dengue](http://www.cesmet.com/it/malattia-dengue)), questo Tribunale ritiene che le prestazioni fruite dall'insorgente nei primi giorni seguenti il ricovero del 25 giugno 2010 presso il “ \_\_\_\_\_ ” debbano essere messe a carico dell'assicuratore in quanto derivanti da un'urgenza medica. In presenza di sintomi quali febbre, vomito, nausea e dolori addominali l'interessata non poteva far altro che presentarsi presso una struttura medica per accertare l'origine della sua patologia. La necessità di riposo assoluto a letto per due settimane e dell'assunzione di farmaci antipiretici nonché di liquidi per combattere la disidratazione e le caratteristiche della malattia (cfr. sito UFSP sopra citato) possono senz'altro giustificare il ricovero iniziale di 5 giorni presso l'ospedale \_\_\_\_\_, nonché, vista la persistenza dei sintomi, il successivo ricovero presso la clinica comfandi tequendema del 1° luglio 2010 (cfr. anche la sentenza K 7/02 del 23 agosto 2002, consid. 4, prima frase). La fattura del 25 giugno 2010 di fr. 899.35 per il ricovero di 5 giorni, quelle del 1° luglio 2010 di fr. 22.05 e fr. 32.55 per gli esami presso la clinica comfandi tequendema, nonché la fattura di fr. 79.80 del 6 luglio 2010 del \_\_\_\_\_ per l'applicazione del “ venofer ”, per complessivi fr. 1'033.75 sono pertanto a carico dell'assicuratore nei limiti dell'art. 36 cpv. 4 OAMal, di cui si dirà in seguito. Per contro, tutte le fatture successive non vanno assunte dall'assicuratore malattie. Quella dell'8

luglio 2010 del \_\_\_\_\_ di fr. 90.50 (\_\_\_\_\_) non è dato a sapere a cosa si riferisce, mentre le fatture successive, oltre a concernere anche il figlio Enea, non parte della presente procedura, sono state emesse per prestazioni fornite successivamente o per periodi non precisati, senza che l'interessata abbia giustificato in alcun modo le ragioni che le avrebbero impedito di tornare in Svizzera per farsi curare o che le avrebbero imposto di dover prolungare il soggiorno in \_\_\_\_\_. Con sentenza 9C\_35/2010 del 28 maggio 2010 il TF ha rammentato al consid. 5 che l'appropriatezza del viaggio di ritorno ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal va esaminata non solo in funzione della trasportabilità dell'assicurato, dal punto di vista medico, nel nostro Paese, ma anche dei costi del viaggio di ritorno in proporzione ai costi di cura all'estero e della circostanza di sapere se un rientro in Svizzera potrebbe avere conseguenze negative sullo stato valetudinario della persona assicurata. In concreto l'insorgente non fa valere alcuno di questi argomenti. Del resto dagli atti non emerge che l'interessata non avrebbe potuto essere trasportata in Svizzera e la ricorrente ha sostenuto di essere stata in vacanza in \_\_\_\_\_, per cui, a non averne dubbio, essa era in possesso anche del biglietto di ritorno (cfr. consid. 5.1 della sentenza 9C\_35/2010 del 28 maggio 2010). Infine, nulla fa pensare che un rientro in Svizzera dopo le cure iniziali avrebbero potuto avere una conseguenza negativa sul suo stato valetudinario. Nell'attestato del 10 luglio 2010 del dr. med. \_\_\_\_\_ figura infatti che l'interessata necessita di un riposo di 15 giorni, ma non che un rientro in Svizzera è incompatibile con il suo stato di salute o che il suo stato di salute sarebbe peggiorato in caso di ritorno in Svizzera e tanto meno che una cura adeguata nel nostro Paese non sarebbe stata possibile. In queste condizioni un viaggio di ritorno in Svizzera dopo le prime cure ed in assenza di qualsiasi indicazione medica contraria va ritenuto appropriato e poteva essere esatto dalla ricorrente. 2.11. 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. Il nostro Paese non ha sottoscritto una convenzione in materia di assicurazione contro le malattie con la \_\_\_\_\_. Ne segue che il rimborso va effettuato ai sensi dell'art. 36 cpv. 4 OAMal, ossia l'assunzione dei costi al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. Con il ricorso l'insorgente evidenzia che la fatturazione media LAMal per una giornata di degenza per l'anno 2010 si aggirava sui fr. 450 tenuto conto del valore del punto APDRG del case mix index EOC (valore medio), della durata di degenza medica e del tasso di copertura dei costi LAMal negli ospedali sussidiati dall'ente pubblico, ai sensi delle disposizioni LAMal allora vigenti. L'assicuratore non ha contestato questa circostanza (cfr. del resto [www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/Spitaltarife\\_Kantone/Spitaltaxen\\_TI\\_2010.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/Spitaltarife_Kantone/Spitaltaxen_TI_2010.pdf)). Considerato che in concreto la sola degenza presso il nosocomio \_\_\_\_\_ è durata 5 giorni per costi che in Ticino, secondo la tesi ricorsuale, avrebbero raggiunto fr. 2'250, l'assicuratore è tenuto a rimborsare l'intero importo di fr. 1'033.75, riservato il calcolo della franchigia e della partecipazione ai costi (cfr. art. 103 OAMal), eventualmente ancora dovuti.