

TI_GERICHTE 36.2016.87 vom 23. November 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.87

FR: TI_GERICHTE 36.2016.87 du 23 novembre 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2016.87 del 23 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

dal medico,

E. 2

dal chiropratico,

E. 2.1

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

E. 2.2

D'après l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art.34 al. 2 LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence selon la même disposition, lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.Ce qui est donc déterminant c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176).

E. 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.■

Con sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato:

Con sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, a proposito della possibilità di rientro in Svizzera, il TF ha affermato:

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:

1I crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata.

2Sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto.

3Se i ritardi sono causati da assicuratori esteri non sono dovuti interessi di mora.

4Non hanno diritto a interessi di mora:

- a. la persona avente diritto alle prestazioni o i suoi eredi, se le prestazioni sono versate retroattivamente a terzi;
- b. i terzi che hanno versato anticipi o fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 e ai quali le prestazioni accordate retroattivamente sono state cedute;
- c. le altre assicurazioni sociali che hanno fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 70.■

Con sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014 il TF ha rammentato al consid. 7.2 che ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto è fatto valere nel momento in cui è rivendicato ai sensi dell'art. 29 LPGA (Kieser, op. cit., n. 51-53 ad art. 26, pag. 414). A partire da questo momento l'assicuratore sociale ha 12 mesi di tempo per statuire (cfr. sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014, consid. 7.2). Ciò significa che esso è tenuto a versare interessi di mora sulle sue prestazioni soltanto alla doppia condizione che siano trascorsi 24 mesi dalla nascita del diritto e 12 mesi dalla sua rivendicazione (cfr. Kieser, op. cit., n. 45 [pag. 413], n. 49 [pag. 413-414] ad art. 26 LPGA).

In concreto l'importo di fr. 945.90 è stato pagato il 21 aprile 2016 (cfr. allegato alla decisione formale, doc. L), ossia in un lasso di tempo che non permette in ogni caso

all'insorgente di ottenere gli interessi (cfr. anche art. 7 cpv. 2 OPGA per il quale il decorso dell'interesse di mora inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento; cfr. Kieser, op. cit., n. 70 ad art. 26, pag. 418).

E. 3.1

Dabei ist unbestritten, dass ein Behandlungsbedarf bestand und kein medizinischer Notfall vorlag. Die Übernahme der Kosten wurde mit der Begründung verweigert, der Versicherte sei im fraglichen Zeitraum reisefähig und der Heimflug nicht riskant gewesen. Bei den festgestellten Metastasen habe es sich nicht um eine lebensbedrohliche Situation gehandelt. Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte in Thailand erst einen Monat nach Feststellung des erhöhten PSA-Werts mit der Strahlentherapie begonnen hätten, zeige, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen wäre, in der Zwischenzeit in die Schweiz zurückzureisen und sich dort der Behandlung zu unterziehen. Die Vorinstanz hat mit Recht festgestellt, dass der Versicherte mangels einer Notfallsituation und aufgrund des Territorialitätsprinzips verpflichtet gewesen wäre, sich in der Schweiz behandeln zu lassen, da eine Rückreise möglich und angemessen gewesen wäre, wenn er Leistungen der Krankenversicherung beanspruchen wollte.“ 2.6. Nel caso di specie l'interessata, il 20 luglio 2015, ha compilato il formulario relativo al “rilevamento di malattie o infortuni durante un soggiorno all'estero” (doc. 3). La ricorrente ha affermato di essersi ammalata in _____, dove si trovava per vacanze dal 31 marzo 2015 al 20 giugno 2015. Quale diagnosi ha indicato il “mioma uterino seguito da emorragia” (doc. 3). Circa il periodo del trattamento ha specificato “27.04.2015 al 18.06.2015” (doc. 3) ed ha quantificato in fr. 10'230 i costi del trattamento in franchi svizzeri, allegando 20 fatture per complessivi 30'691 real (doc. 3). Il 25 agosto 2015 il medico fiduciario della Cassa dr. med. _____ ha risposto ad alcune domande dell'assicuratore, affermando che “1) Hb zu Beginn der Behandlung noch akzeptabel mit 10,5” e “Rückreise wäre möglich gewesen per 4.5”; “2) Ja, Rückreise möglich Blutgaben im Hinblick auf OP per 5.6”; “3) Ja, OP nötig, jedoch handelte es sich nicht um einen Notfall. Langsame Entwicklung vom 27.4 (Erstuntersuchung) bis 5.6 (OP)” (doc. 8). Il 15 dicembre 2015 il medico ha confermato che non è ravvisabile una situazione d'urgenza (doc. 10). In seguito all'intervento dell'avv. RA 1 (doc. 12), l'assicuratore ed il medico di fiducia hanno riesaminato l'intera fattispecie (cfr. doc. 13) ed il 16 aprile 2016 la convenuta ha deciso di assumersi i costi di 7 delle 20 fatture prodotte, per complessivi fr. 1'050.95, da cui ha dedotto l'importo di fr. 105.05 di partecipazione ai costi, per un ammontare a favore della ricorrente di fr. 945.90 (doc. 14). Nella decisione formale del 20 aprile 2016 l'assicuratore rammenta che la malattia è stata diagnosticata il 27 aprile 2015 e che la centrale d'urgenza è stata contattata il 4 maggio 2015 quando l'interessata ha comunicato di aver spostato il viaggio di ritorno e di non aver ancora stabilito la data dell'operazione. Con le successive trasfusioni di sangue è venuto meno il carattere d'urgenza poiché l'operazione ha potuto essere pianificata ed effettuata il 5 giugno 2015. Per cui sono stati rimborsati solo i trattamenti anteriori all'operazione, come indicati nell'allegato alla decisione (doc. 15). In sede di opposizione l'insorgente ha prodotto un certificato del 5 giugno 2015 del Dr. _____, “ginecologia/obstetricia” che ha dichiarato che la ricorrente “foi submetida a uma cirurgia de Miomectomia em 05 de junho de 2015 devido a anemia importante necessitando até de transfusão sanguínea, com mioma gigante de 10cm menorragia importante” (doc. 16/2), nonché un certificato del medesimo medico e di medesima data, tradotto in italiano, dove il ginecologo afferma che l'insorgente “affetta da fibromi uterini (fibroma di grandi dimensioni di 10cm) con forte emorragia, e in

stato anemico venendo sottoposta a emoterapia di urgenza (trasfusione sanguigna), è stata sottoposta a intervento chirurgico di miomectomia di urgenza in ragione dello stato generale il 05 giugno 2015, trovandosi la stessa impossibilitata a viaggiare ” (allegato doc. 16/3). Con il ricorso l’assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica, tradotta in italiano. Agli atti vi è un certificato del 4 agosto 2016 del Dr. _____, il quale certifica che l’insorgente “ si presenta con un quadro di anemia e carenza di ferro grave. Il quadro clinico è complicato da emorragia uterina dovuta a tumore uterino. Per l’esecuzione dell’intervento chirurgico è stata somministrata una trasfusione di sangue. [Tale] situazione si è verificata tra maggio e giugno del 2015 ” (doc. C); un rapporto del Dr. _____ del 18 giugno 2015 il quale afferma che la ricorrente “ è stata da me esaminata il 21/05/2015 presentando un quadro di anemia e carenza di ferro manifesto, con una storia clinica di menorragia e fibroma uterino; è stato proposto da parte del ginecologo un intervento di miomectomia. [La paziente] evidenziava un valore di emoglobina di 9,5g/dl nella fase immediatamente preoperatoria, ed è stata proposta una trasfusione di 2 (due) unità di concentrato di eritrociti e reintegrazione di ferro. [La paziente] è stata sottoposta a miomectomia il 05/06/2015, con decorso privo di anomalie (SIC) ” (doc. D); un referto della dr.ssa _____ del 6 giugno 2015 dove figura che “ la paziente sopra citata si presenta con un quadro di anemia e carenza di ferro grave. Il quadro clinico è complicato da emorragia uterina dovuta a tumore uterino. Per l’esecuzione dell’intervento chirurgico è stata somministrata una trasfusione di sangue ” (doc. E); il certificato del 5 giugno 2015 del dr. _____ già trasmesso con l’opposizione (doc. F). Il 3 ottobre 2016 l’insorgente ha prodotto la traduzione in italiano di un rapporto medico del 22 settembre 2016 del dr. _____, il quale ha affermato che l’insorgente “ è stata da me esaminata il 21/05/2015, indirizzata dal ginecologo Dr. _____ al fine di una valutazione preoperatoria di mioma (secondo informazioni raccolte [SIC: “segundo informacoes colhidas”]). [La paziente] ha presentato un esame del giorno 21/05/2015 che mostrava un valore di emoglobina di 10,5 g/dl. Sono stati da me prescritti nuovi esami che mi sono stati presentati il 28/05/2015 mostrando: ferro sierico: 40; ferritina: 6,0; saturazione della transferrina: 7,2%; emoglobina: 9,5; ematocrito: 31,3%. A causa della necessità di intervento chirurgico e del basso valore di emoglobina, è stata raccomandata una trasfusione di concentrato di eritrociti (il giorno 28/05/2015) e l’assunzione per via orale [v.o.: “via oral”] di Neutrofer Folico (2) volte al giorno e di Cewim comp. (1) una volta al giorno. La paziente è ritornata il 01/06/2015 mostrando un valore di emoglobina di 13,4, un ematocrito di 43% e piastrine 259.000/mm³, ed è stata liberata per l’intervento chirurgico proposto, per il quale ho ricevuto relazione telefonica (il giorno 05/06/2015) essere stato il decorso privo di anomalie. Nel medesimo giorno è stato redatto un rapporto per la paziente, o meglio, è stato richiesto ed è stato rilasciato il giorno 18/06/2015 (conservandone io copia). La paziente non è più ritornata al consultorio ” (doc. Q). Interpellato nelle more processuali dal TCA, l’assicuratore ha prodotto il referto del 17 ottobre 2016 del dr. med. _____, FMH medicina interna, medico di fiducia, che ha affermato: “ (...) Rapporto del Dr. med. _____ – dubbi di natura medica Benché avessimo richiesto tutti gli atti dal _____ mancano i documenti relativi all’inizio del trattamento. C’è solo il rapporto inviato all’avvocato, il signor RI 1 da _____, secondo il quale a fine aprile 2015 l’assicurata si era recata da un medico perché pensava che fosse incinta, vi è pure il modulo d’annuncio dell’assicurata. Perché dubbi? Un mioma dell’utero si sviluppa lentamente. I sintomi corrispondono ad un prolungato e rafforzato sanguinamento, anche un sanguinamento intermedio, spesso in combinazione con dolori. Questo lento sviluppo con aumento di sanguinamento causa una anemia strisciante con

bassi livelli di emoglobina e un rallentato esaurimento delle riserve di ferro nel corpo (ferritina). Al contrario, provoca una grave emorragia con cali improvvisi dell'emoglobina, senza svuotare le scorte di ferro (ferritina normale). Il rapporto del Dr. med. _____ documenta che nella nostra assicurata il 28 maggio 2015 l'emoglobina misurata era pari al 9.5g% (normale 12) e l'accumulo di ferritina era pari 6 ug / L (normale 30-50). Questi valori mostrano che l'assicurata soffriva, già da molto tempo, di un grave sanguinamento mensile, che a poco a poco comportava una perdita di ferro. Poiché il processo è lento, le signore tollerano bene tali valori bassi. L'inizio maggio il livello di emoglobina era ancora del 10.5g%. Non è raro osservare valori anche inferiori all'8g% talvolta osservate. Le signore lamentano di stanchezza, ma malgrado ciò sono abili al lavoro, perché in caso di croniche perdite di sangue il corpo può adattarsi. Dall'analisi degli atti ho il forte sospetto che l'assicurata sia andata in _____ per sottoporsi ad un trattamento di fecondazione. Lei è di circa 41 anni e il desiderio di avere figli a quest'età senza l'aiuto della medicina è difficile da realizzare. Dagli atti si desume, dapprima, il dr. med. _____. Egli è ginecologo specializzato nella medicina di fecondazione. Sulla sua carta intestata si può rilevare la menzione REPRODUCAO HUMANA . Egli fece in data 9 maggio 2015 un ultrasuoni. Il formulario porta il titolo FERTILE DIAGNOSTICOS . Per la diagnosi di fecondazione necessitano attrezzature molto precise per così vedere le uova (follicoli). In conclusione è anche descritto in modo esplicito la parte sinistra e destra dell'ovaia con il numero di follicoli. Questo, in situazioni di emergenza, non ha senso specie se vi è un mioma uterino di cm 10 di grandezza. Lo stesso Dr. _____ ha anche determinato in laboratorio l'ormone antimulleriano. Così, è stata misurata la riserva di uova nelle ovaie che sono ancora disponibili per la fecondazione. Perché questo dovrebbe essere importante? Ne deduco che l'assicurata si era recata in _____ per realizzare il proprio desiderio di maternità, perché un tale trattamento in Svizzera è molto costoso e non è riconosciuto dall'assicurazione obbligatoria. Dr. _____ era il responsabile della medicina riproduttiva. I chiarimenti hanno permesso di dedurre la presenza di un grosso mioma. Questo spiega, il nebuloso inizio del trattamento ed l'assenza di atti in merito. Inizio maggio 2015 si doveva decidere di rimuovere il mioma per osare più tardi un'ulteriore inseminazione, oppure, definitivamente rinunciare a questa e raccomandare un'isterectomia. Trattamento acuto – trattamento pianificato Con ultrasuoni dal 9 maggio 2016 attestava la diagnosi di mioma. Proprio in data 11 maggio 2016 seguiva la valutazione cardiologica del Dr. _____, con il risultato che alla persona assicurata veniva assegnato la classe di rischio chirurgico -1. Da ciò, io concludo, che proprio in questo momento il Dr. _____ ha consigliato la rimozione chirurgica dell'utero, quindi l'isterectomia. Oppure lui pensava alla sola rimozione del mioma con la conseguente fecondazione? Dagli atti questo non è chiaro. In parallelo, l'assicurata venne trattata in maggio 2015 con una combinazione di preparati acido ferro/folico così come con Cicloprimogyn, un farmaco che è destinato a stabilizzare il ciclo. Fine maggio 2015 si arrivò al sanguinamento mensile che probabilmente era più forte, da qui il calo di emoglobina misurata nel laboratorio del Dr. _____ dal 10,5 al 9.5g%. Il 25 maggio 2015 il Dr. _____ rilasciava ancora un'altra determinazione di ormoni con FSH e ormone antimulleriano. Perché egli ha fatto questo? Era ancora in discussione l'asportazione isolata del mioma al fine di salvare l'utero e permettere la fecondazione? In questa situazione medica la ricerca del laboratorio non dispone di qualsivoglia senso. Si voleva dare all'assicurata ancora speranza alla realizzazione del desiderio di avere bambini ed era forse questo il motivo, per il quale l'assicurata non voleva tornare in Svizzera? Fine

aprile 2015, secondo le loro informazioni vi è stato il primo trattamento medico. Il motivo non è chiaro. Il 9 maggio 2015 è stata stabilita, in modo definitivo, la presenza di un fibroma. L'emoglobina era di 10.5g%. Il valore della ferritina era basso, ciò che attesta una cronica situazione. Per tutto il mese di maggio non vi sono stati attestazioni mediche secondo le quali non sarebbe stata in grado di volare. Poi, il 5 giugno 2015, vale a dire il giorno dell'intervento, il Dr. _____ ha confermato, che lei non era in grado di viaggiare. A causa del calo di emoglobina a 9.5g%, ricevette il 29 maggio 2015, due sacche di sangue. Quindi il valore si normalizzò a 13,4 (rapporto Dr. _____). In considerazione dell'operazione ciò era corretto. Invece di essere operata avrebbe potuto volare in Svizzera. Il certificato medico per incapacità di viaggio è valido soltanto dal 6 giugno 2015. Nell'integrale decorso dei fatti non posso riconoscere qualsivoglia situazione di emergenza. Sino al 5 giugno 2015 l'assicurata avrebbe potuto intraprendere un viaggio aereo. In una situazione grave in ambito di mioma dell'utero può sorgere una forte emorragia. Ma poi un'operazione chirurgica è necessaria entro le 24-48 ore. Il decorso, con riferimento alle diverse precisazioni, durante l'intero mese di maggio attesta l'assenza di un evento acuto. Presa a carico di prestazioni mediche fino al 1° giugno 2015 A causa di dubbi significativi e della mia tesi del trattamento della fertilità mi sono distanziato dalla versione dell'assicurata che sia andata in vacanza in _____ e una volta in loco a causa di sanguinamento o dubbiosa gravidanza abbia contattato un medico. Consapevole della situazione internazionale ho consigliato _____ di essere accondiscendente. a) assunzione del costo degli accertamenti medici, nonché del trattamento per stabilizzare il ciclo (sanguinamento). Analisi, come ad esempio, l'ormone antimulleriano, da rifiutare poiché questi esami non avevano senso. b) Visite pianificate nell'ottica dell'operazione ho raccomandato il rifiuto, così come per l'intervento stesso e relativo follow-up. Per questo trattamento, l'assicurata avrebbe potuto ritornare in Svizzera. c) con coscienza, sapendo che la comunicazione non è facile, ho raccomandato (all'assicuratore) di operare nel concetto di accondiscendenza (Grosszügigkeit) e dunque di assumere il trattamento fino al 1° giugno 2016, così da poter concretizzare/organizzare il volo di ritorno. Ho consigliato di assumere anche la trasfusione di sangue, in previsione dell'operazione, in quanto sarebbe servita per un volo di ritorno a fine maggio 2015. C o n c l u s i o n e . Ci sono forti indizi medici secondo i quali l'assicurata si sia recata in _____ per un trattamento di fecondazione e per questo motivo a maggio non volesse ritornare in Svizzera . L'operazione del 5 giugno 2015 era stata pianificata in funzione del consulto cardiologico di data 11 maggio 2015 e dunque nessuna situazione di emergenza . Per tutto il mese di maggio non v'era la situazione che motivasse l'impossibilità di volare. Un ritorno sarebbe stato anche possibile nella prima settimana di giugno. L'incapacità di viaggiare è stata medicalmente certificata solo per il giorno dell'operazione del 5 giugno 2015 . Il trattamento iniziale con le relative precisazioni sino alla diagnosi di fibroma, così come la stabilizzazione del ciclo possono valere, a mio parere, come “ trattamento di emergenza all'estero ”. Tutte le altre misure, in particolare, i preparativi all'intervento e l'intervento stesso e susseguente cura sono, a mio parere, da rifiutare poiché non rientranti nel concetto di caso d'emergenza.” (doc. XIX/2) Il 28 ottobre 2016 il dr. med. _____, FMH ginecologia e ostetricia, ha affermato: " (...) Confermo che la paziente citata a margine è stata da me per dei problemi di ordine ginecologico, una volta per dei problemi di menometrorragie e un'altra volta per un problema di prurito genitale esterno. La paziente non è venuta da me per un desiderio di gravidanza e non mi sembra neanche che tale desiderio esista.” (doc. R2) 2.7. Va qui rammentato, circa il valore probatorio di un rapporto medico, che determinante è che i punti

litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Va ancora rammentato che per l'art. 57 cpv. 4 LAMal il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. Ai sensi dell'art. 57 cpv. 5 LAMal il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni. 2.8. In concreto è pacifico che l'operazione del 5 giugno 2015 era necessaria (doc. 8), che l'assicurata non si è recata all'estero allo scopo di effettuare l'intervento di rimozione del mioma e che il medesimo trattamento avrebbe potuto essere effettuato anche in Svizzera (doc. 8). L'insorgente non sostiene neppure che per la rimozione del mioma in Svizzera avrebbe dovuto attendere troppo tempo, né afferma che il viaggio di ritorno nel nostro Paese sarebbe costato troppo. Del resto essa aveva già intenzione di tornare (cfr. doc. VIII/O1: il 1° maggio 2015), ma ha spostato il viaggio di rientro in seguito alla diagnosi posta (cfr. anche sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, consid. 5.1). Dagli atti emerge inoltre che la ricorrente non ha dovuto essere immediatamente ricoverata, non afferma di essere stata ininterrottamente degente presso un nosocomio e non si trovava in pericolo di morte. Da quando la diagnosi di mioma uterino è stata posta (9 maggio 2015 [cfr. doc. XIX/2], se non prima: cfr. telefonate con _____ del 4 maggio 2015, doc. VIII/O1 e O2) fino al giorno dell'intervento (5 giugno 2015) è passato circa un mese (cfr. doc. XIX/2), ciò che esclude, di norma, l'urgenza (cfr. sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011). Dalla documentazione risulta poi che l'interessata prima dell'intervento era trasportabile, e meglio poteva rientrare in Svizzera in aereo. Come evidenzia il medico fiduciario (cfr. a proposito delle valutazioni dei medici fiduciari l'art. 57 cpv. 4 e 5 LAMal), non vi sono infatti certificati medici che attestano l'impossibilità di un ritorno nel nostro Paese, se non il giorno dell'intervento, ossia il 5 giugno 2015 (doc. F: "[...] è stata sottoposta a intervento chirurgico di miomectomia di urgenza in ragione dello stato generale il 05 giugno 2015, trovandosi la stessa impossibilitata a viaggiare [...]"), di un peggioramento improvviso dello stato di salute che avrebbe impedito il viaggio di ritorno perlomeno verso la metà del mese di maggio o di un evento acuto (doc. XIX/2). Fin verso la fine del mese di maggio 2015 non vi era pertanto una situazione tale da impedire all'insorgente, dal punto di vista medico, di ritornare nel nostro Paese. Per cui, come deciso dal medico fiduciario, solo il trattamento iniziale con le relative analisi sino alla diagnosi di fibroma e la stabilizzazione

del ciclo possono essere riconosciute come “ urgenza ” e dunque rimborsate conformemente alla decisione dell’assicuratore (cfr. 23 agosto 2002, nella sentenza K 7/02, consid. 4, prima frase) . Gli altri esami, compresi i preparativi per l’operazione del 5 giugno 2015 ed il medesimo intervento non rientrano invece nel concetto di urgenza (cfr. doc. XIX/2). 2.9. L’insorgente sostiene comunque di essere in buona fede, nella misura in cui nel corso del colloquio intercorso con l’assicuratore, e meglio _____ – centrale d’urgenza, le sarebbe stato garantito l’assunzione dei costi degli interventi in _____. Inoltre i medici _____ le avrebbero detto che il suo caso era di assoluta gravità e l’operazione in _____ ineluttabile. Secondo la giurisprudenza un’informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l’amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l’autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone (b) l’autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti (c) l’amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell’inesattezza dell’informazione ricevuta (d) facendo affidamento sull’informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (e) da quando l’informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). L’assicuratore, su richiesta del TCA, ha prodotto, oltre al CD, la trascrizione delle tre telefonate intercorse con _____ a proposito delle cure mediche effettuate in _____, oltre ad un e-mail del 4 maggio 2015 di _____ (doc. _____ ed allegati). Le tre telefonate sono state effettuate il 4 maggio 2015 alle 12:41, il 4 maggio 2015 alle 15:09 ed il 5 maggio 2015 alle 11:11. La prima è avvenuta tra la ricorrente e _____ (doc. O1), la seconda tra il “ signor _____ ”, amico della ricorrente, e _____ (doc. O2) e la terza, in svizzero tedesco, tra _____, amico dell’insorgente, nonché consulente assicurativo, e _____ (doc. O3). Dal primo colloquio emerge segnatamente: “ (...) Centrale d’emergenza _____ Allora signora io vedo che lei ha solo l’assicurazione di base, è giusto? Non c’ha assicurazione signora RI 1 Eh non lo so, no lo Centrale d’emergenza _____ OK, io vedo solo questo. Che interventi deve fare? signora RI 1 Allora questo non serve all’Estero se ho solo l’assicurazione di base? Centrale d’emergenza _____ Sì se ha solo l’assicurazione di base deve pagare e può mandare le fatture dopo, direttamente, all’CO 1 o all’_____ per il rimborso signora RI 1 Ah OK, devo pagare prima io tutto quello che ho bisogno, poi mandare a loro Centrale d’emergenza _____ Sì, normalmente si o ce l’ha da quale altra parte questa assicurazione supplementaria? signora RI 1 No no no non ce li ho Centrale d’emergenza _____ OK, e mi può dire quando ha lasciato la Svizzera e quand’è che ritorna? signora RI 1 allora sono andata dalla Svizzera il 23 aprile allora per questo devo fare quest’intervento il dottore ha detto che devo fare qui, che sarebbe meglio, troppo grave Centrale d’emergenza _____ Sì, ma quando torna in Svizzera? signora signora RI 1 e dopo quando faccio l’intervento perché lì non ho nessuno che mi cura Centrale d’emergenza _____ OK, ma quand’era previsto il ritorno signora? signora RI 1 No, no, non ho previsto ancora... visto che non ho ancora deciso che giorno, quando e come fanno Centrale d’emergenza _____ Sì ma quando lei è partita in aprile quando pensava di ritornare? Quando pensava di ritornare in Svizzera ? signora RI 1 Ah avevo il biglietto per ritornare 1° maggio Centrale d’emergenza _____ OK, cos’è che ha fatto con questo biglietto? signora RI 1 No ho rimandato Centrale d’emergenza _____ OK, come si chiama l’ospedale dove andrà? signora RI 1 Eh, non lo so ancora. Prima sono andata dal dottore particolare, no, adesso ho fatto un appuntamento con un altro medico, che

mi chiamerà entro quattro settimane per dirmi dove e come (...) Centrale d'emergenza _____ Ok, ho capito Ok, signora, allora le do il numero di pratica. Questo lo scrive poi sulle fatture, eh... signora RI 1 ascolta e come posso fare che quando ritorno in Svizzera chiamo ancora e farlo tutto perché qua le telefonate... Centrale d'emergenza _____ Si si ma quando lei c'ha qualcosa all'Estero lei deve sempre annunciarlo quando è ancora all'Estero (...) Centrale d'emergenza _____ Cos'è successo? Perché deve avere quest'intervento? signora RI 1 ah, OK, allora io sono andata dal medico perché pensavo di essere incinta no? ... poi hanno scoperto che ho un mioma uterino che fa 12 centimetri di grandezza (...) Centrale d'emergenza _____ Allora numero di pratica è (...)" (_____)

Lo stesso giorno, alle 15:09 il signor _____, presentatosi come amico della ricorrente, ha telefonato a _____. Dal colloquio emerge segnatamente: " (...) signor _____ – amico di RI 1 Sì, buongiorno, io telefono a nome di una mia amica che si trova in _____, che ha già chiamato voi stamattina se vuole le do il numero, cosa posso dargli nome e cognome o il numero di identificazione tessera? (...) _____

Noi abbiamo notato che lei deve andare andare all'ospedale solamente ambulate giusto? E deve fare un controllo e poi però può uscire, non deve restare all'ospedale signor _____ – amico di RI 1 No appunto Lì gli hanno trovato un ... adesso non posso dire ... un tumore, qualcosa, però dev'essere operata lì perché non fa a tempo a venire qui.. dopo appunto ... era per via delle spese e qualcuno di voi le ha detto che deve pagare lei e deve presentare tutte le fatture .. lei mi ha detto così a me ... _____ Giusto questo normalmente si fa, quando si ha, si fa un controllo normale dico. Quando si fa un'operazione vi sono spese più alte, dovremo vedere signor _____ – amico di RI 1 Ah ecco _____ Mi può dire il nome dell'ospedale dove la signora si trova? signor _____ – amico di RI 1 No, adesso non è ancora andata, appunto, non è ancora andata non è ancora fatto l'intervento. Però deve andare perché il dottore gli ha detto che deve essere operata questa cosa perché diventa sempre più grande. Non si sa _____ Se capisco bene oggi lei ha fatto il controllo, poi hanno visto che una cosa come un tumore che non è un tumore e che dev'essere operata signor _____ – amico di RI 1 Esatto (...)

signor _____ – amico di RI 1 E questo adesso io non lo so, perché lei appunto mi ha fatto chiamare per parlare con voi, perché mi dice, e devo mandare le fatture ma dopo sono scritte in _____ e se non vanno bene come, quando, era per sapere un po' questa storia _____ Allora se capisco bene la signora RI 1 non vuole che l'operazione viene pagata da parte nostra però vuole solo sapere come funziona signor _____ – amico di RI 1 No se viene pagata da voi sicuramente è meglio perché non penso che costa poco una cosa così (...)

_____ Perfetto, allora noi abbiamo bisogno di sapere il nome dell'ospedale dove la signora RI 1 dovrebbe fare l'operazione, abbiamo di bisogno di sapere quale giorno viene fatto e anche abbiamo di bisogno un preventivo, con le spese per sapere quanto viene a costare almeno così se tutto va bene noi possiamo poi parlare con la sede principale e potremo inviare la garanzia delle spese direttamente all'ospedale così la signora RI 1 non deve pagare niente signor _____ – amico di RI 1 Senta signorina mi può dire il numero di telefono che le ho dato perché io ho tre numeri e perché lavoro per la polizia e poi c'ho tante cose... (...) _____ Allora facciamo così, lei ci richiama, oppure, anche la signora RI 1 ci può richiamare con tutti i dettagli che le ho detto e che abbiamo bisogno noi così potremo vedere per le spese che potremo fatturare direttamente con la sede principale Mi lasci vedere solo un attimo se la signora ha una complementare. Allora. Ah mi scusi adesso ho detto io qualcosa di sbagliato, io vedo che la signora RI 1 con noi ha solo un'assicurazione di base. Lei sa per caso se ha una complementare? Perché....

(...) _____ Purtroppo se con _____ ha solo la base, la signora RI 1 deve pagare in anticipo (...) _____ Quello che ho detto con la complementare della parte nostra purtroppo non è valida, naturalmente era valida se aveva una complementare. Per quello suppongo che la mia collega le ha detto che lei deve pagare poi lo deve inviare per il rimborso. (...) signor _____ – amico di RI 1 le viene rimborsato qualcosa?

_____ Sì, sì non posso dirle qualcosa però ... quanto ... però certamente le viene rimborsata la parte che ... che è obbligatoria della parte dell'assicurazione di base ... quello sì, l'importante che lei ha tutti i documenti dove lei ha pagato e quelli del medico dove c'è scritto cosa hai fatto, non fa niente anche se in portoghese, quello non fa niente..." (doc. O2) Il terzo colloquio è avvenuto il 5 maggio 2015 alle ore 11:11. Il consulente assicurativo dell'insorgente ha telefonato a _____: " (...) _____ – amico signora RI 1 Sì. La mia domanda è dettata dal fatto che lei non ha capito come si deve comportare. (...)

_____ Quando una persona è assicurata con la copertura di base la fattura deve essere pagata dall'assicurato ... e quando torna la fattura dev'essere inviata all'_____.

_____ – amico signora RI 1 Sì. _____ E dopo viene riconosciuto il doppio della tariffa cantonale, quello che riceverebbe qui, moltiplicato per due. Per questo la mia collega ha detto che dovrebbe pagare la fattura e poi spedirla a _____. _____ – amico signora RI 1 Presumiamo che faccia l'operazione giù, lei deve disporre di un preventivo? _____ Se l'operazione può essere eseguita in Svizzera, l'intervento non è comunque assunto. Ma se deve fare un preventivo non si tratta di un caso d'urgenza.

_____ – amico signora RI 1 Esatto, esatto. Lei mi conferma quello che anch'io le ho detto. Presumiamo in un caso d'urgenza deve anche pagare in anticipo? _____ Sì, nell'ambito dell'assicurazione di base. _____ – amico signora RI 1 Sì. E se avesse la copertura di base e le copertura complementare allora no? _____ Non deve pagare in anticipo. Avere la copertura di base non significa non avere prestazioni ma non ha le stesse prestazioni all'Estero. _____ – amico signora RI 1 Perfetto. _____

Si tratta solo della qualità della prestazione. _____ – amico signora RI 1 Allora signora, quando uno ha un problema e non dispone dell'assicurazione complementare deve pagarsi la somma (quei CHF 25'000.--) da solo. _____ Sì. _____ – amico signora RI 1 Allora deve anticiparli. _____ Sì. Ci sono casse che fanno delle eccezioni. Che calcolano quanto costerebbe un'operazione del genere in Svizzera e poi pagherebbe quest'importo. Ma trattasi di un'eccezione specie quando il costo dell'operazione è esorbitante. Comunque con la copertura di base è così e cioè il caso d'urgenza è pagato ma, ogni tanto, questi casi ci capitano e.. non affermo che la signora “voglia fare la furba” cioè che la gente va al Paese di origine per farsi le operazioni, questo è comprensibile, però a livello di tecnica assicurativa non c'è copertura (...) _____ – amico signora RI 1 Allora lo comunico, ho ricevuto tutte le mie informazioni.” (doc. O3)

Va ancora rilevato che il 4 maggio 2015 nella “Schadenmeldung _____” delle ore 12:42, viene indicato che si tratta di “Notfall” e che “Die Rechnung wird bezahlt und zur Prüfung eingereicht. Die VN war bereits in ambulanter Behandlung, jetzt muss sie zu einem Spezialisten und die Operation durchführen lassen. Der Rückflug hat sie bereits verschoben.” (doc. VIII/O4). 2.10. In concreto la ricorrente, alla quale è stata trasmessa la trascrizione delle tre telefonate per una presa di posizione (doc. IX), non contesta il loro contenuto (doc. XIV) ed in particolare non sostiene che i colloqui avvenuti in sua assenza e per il tramite del consulente assicurativo _____ e del “signor _____”, che si sono in sostanza presentati a _____ come rappresentanti ed amici/consulenti dell'insorgente (doc. VIII/O2 e O3), gli sarebbero stati riferiti con un contenuto diverso da quello figurante negli

allegati. Ora, ritenuto che nel colloquio del 5 maggio 2015 avuto con _____, che corrisponde all'ultimo contatto avvenuto con la centrale di emergenza, la funzionaria di _____, dopo aver riferito che " quando una persona è assicurata con la copertura di base la fattura deve essere pagata dall'assicurato ... e quando torna la fattura dev'essere inviata all' _____ ", che " e dopo viene riconosciuto il doppio della tariffa cantonale, quello che riceverebbe qui, moltiplicato per due. Per questo la mia collega ha detto che dovrebbe pagare la fattura e poi spedirla a _____ " e ha concluso che " se l'operazione può essere eseguita in Svizzera, l'intervento non è comunque assunto. Ma se deve fare un preventivo non si tratta di un caso d'urgenza " (sottolineatura del redattore), non vi sono motivi per ritenere che l'assicurata ha, da ultimo, ricevuto informazioni errate, e meglio una garanzia del pagamento dell'intervento all'estero. Per quanto concerne invece la circostanza sollevata il 14 novembre 2016 secondo cui " sulla scorta delle informazioni date dai medici _____ alla signora RI 1, il suo caso era di assoluta gravità e l'operazione in _____ era ineluttabile; in buona fede quindi, la ricorrente poteva ritenere di dover essere curata in _____ " (doc. XXIII), va qui rilevato che questa informazione non è stata fornita dall'assicuratore, il quale non può pertanto essere chiamato a rispondere di eventuali affermazioni dei medici _____. Del resto la ricorrente non ha prodotto attestati medici comprovanti questa asserzione, segnatamente circa l'ineluttabilità dell'operazione in _____, ritenuto, come già detto (consid. 2.8), che la diagnosi è stata posta al più tardi il 9 maggio 2015 (consid. 2.8, doc. XIX/2), anche se verosimilmente, alla luce dei colloqui con _____, essa è stata posta prima e dunque vi è stato un lasso di tempo importante tra la diagnosi e l'intervento (cfr. doc. O1: " [...] Prima sono andata dal dottore particolare, no, adesso ho fatto un appuntamento con un altro medico, che mi chiamerà entro quattro settimane per dirmi dove e come [...] " , sottolineatura del redattore). Inoltre non vi sono neppure referti medici secondo cui l'assicurata non avrebbe potuto effettuare un viaggio di ritorno in Svizzera, se non il giorno dell'intervento, ossia il 5 giugno 2015 (doc. F: " [...] è stata sottoposta a intervento chirurgico di miomectomia di urgenza in ragione dello stato generale il 05 giugno 2015, trovandosi la stessa impossibilitata a viaggiare [...] "). La sola circostanza che la situazione fosse seria non è ancora sufficiente per ritenere adempite le condizioni dell'urgenza (cfr. consid. 2.5). Ne segue che anche su questo punto il ricorso deve essere respinto. 2.11. L'insorgente chiede il pagamento degli interessi di mora al 5% dal 1° luglio 2015 sull'importo di fr. 10'230 (doc. D). Visto l'esito del ricorso la richiesta va respinta. Questo TCA rileva inoltre che, per i motivi che seguono, l'insorgente non ha neppure diritto agli interessi sull'importo di fr. 945.90 riconosciute. Per l'art. 1 cpv. 1 LAMal le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Ai sensi dell'art. 26 LPGA, applicabile al caso di specie trattandosi di una richiesta di versamento di una prestazione della LAMal (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, 3a edizione, 2015, n. 87 ad art. 26, pag. 421): " (...) 1 I crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi e sigui e termini di breve durata. 2 Sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. 3 Se i ritardi sono causati da assicuratori esteri non sono dovuti interessi di mora. 4 Non hanno diritto a interessi di mora: a. la persona avente diritto alle prestazioni o i suoi

eredi, se le prestazioni sono versate retroattivamente a terzi; b. i terzi che hanno versato anticipi o fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 e ai quali le prestazioni accordate retroattivamente sono state cedute; c. le altre assicurazioni sociali che hanno fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 70. ” Con sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014 il TF ha rammentato al consid. 7.2 che ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGa, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto è fatto valere nel momento in cui è rivendicato ai sensi dell'art. 29 LPGa (Kieser, op. cit., n. 51-53 ad art. 26, pag. 414). A partire da questo momento l'assicuratore sociale ha 12 mesi di tempo per statuire (cfr. sentenza 9C_903/2013 del 30 gennaio 2014, consid. 7.2). Ciò significa che esso è tenuto a versare interessi di mora sulle sue prestazioni soltanto alla doppia condizione che siano trascorsi 24 mesi dalla nascita del diritto e 12 mesi dalla sua rivendicazione (cfr. Kieser, op. cit., n. 45 [pag. 413], n. 49 [pag. 413-414] ad art. 26 LPGa). In concreto l'importo di fr. 945.90 è stato pagato il 21 aprile 2016 (cfr. allegato alla decisione formale, doc. L), ossia in un lasso di tempo che non permette in ogni caso all'insorgente di ottenere gli interessi (cfr. anche art. 7 cpv. 2 OPGA per il quale il decorso dell'interesse di mora inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento; cfr. Kieser, op. cit., n. 70 ad art. 26, pag. 418).

2.12. La ricorrente, oltre a richiamare la polizza assicurativa (prodotta con la risposta di causa [doc. 1]) e la registrazione trascritta dell'annuncio del sinistro presso la centrale di emergenza, acquisita dal TCA (doc. VIII), chiede l'allestimento di una perizia giudiziaria atta a stabilire le sue reali condizioni al momento dei fatti rilevanti (cfr. doc. I). Questo Tribunale rinuncia all'allestimento della perizia ed all'assunzione di ulteriori prove, poiché gli atti prodotti dalle parti sono già sufficienti per decidere nel merito della vertenza ed ulteriori accertamenti non modificherebbero l'esito del procedimento. Va qui rammentato che, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, *Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; *Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 4

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

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

E. 4.3

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

E. 5

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

E. 5.1

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

E. 5.2

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

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