

## **TI\_GERICHTE 36.2008.115 vom 17. Juli 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-07-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2008.115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2008.115)

FR: TI\_GERICHTE 36.2008.115 du 17 juillet 2008

IT: TI\_GERICHTE 36.2008.115 del 17 luglio 2008

### **Regeste**

Ricovero extracantonale. In concreto l'assicuratore privato deve assumersi l'integralità dei costi dell'intervento avvenuto presso un ospedale d'oltre Gottardo poiché non sono date le condizioni previste dall'art. 41 LAMal per poter chiedere al Cantone di domicilio il pagamento parziale

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50. Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1-3 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo il reparto comune (art. 49 cpv. 4 LAMal). 2.5. Va ancora evidenziato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art 25ss sono specificati all'art 32 LAMal, secondo cui le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici (cpv. 1). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente (cpv. 2). 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). 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), acquista 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). L'autorità

dovrà limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole (" einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert ", cfr. sentenza K 141/03 del 17 gennaio 2005). Ciò presuppone la prova che nel Cantone non esista nessuna possibilità di cura oppure che un provvedimento diagnostico o terapeutico ivi praticato, se confrontato con l'alternativa proposta altrove, 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 nel Cantone di domicilio e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (cfr. anche 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 abbia maggior esperienza nel settore specifico (sentenza citata del 14 ottobre 2002 nella causa K. consid. 1.3).

2.6. Come visto la legislazione federale impone al Cantone di domicilio l'assunzione della differenza dei costi di degenza ospedaliera fuori Cantone solo se si verifica una delle due ipotesi previste all'art. 41 LAMal. Innanzitutto in caso di urgenza, cioè quando le cure mediche devono essere iniziate senza indugio e non è possibile né adeguato imporre all'assicurato di ritornare nel suo Cantone di domicilio per essere ricoverato in Ospedale (cfr. RAMI 2002, pag. 475). In secondo luogo quando le prestazioni non possono essere fornite nelle strutture presenti nel Cantone di domicilio e neppure in un ospedale fuori Cantone presente nella lista adottata dal Cantone di domicilio ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal. In DTF 125 V 448 la nostra Massima Istanza ha evidenziato che in questo modo la LAMal, pur nel rispetto del diritto alla libera scelta del fornitore di prestazioni, incita in modo indiretto gli assicurati a conformarsi alla pianificazione ospedaliera cantonale imponendo loro la differenza dei costi di cura di un'ospedalizzazione se si recano, per ragioni personali, in uno stabilimento non presente sulla lista della pianificazione del Cantone di domicilio. In DTF 127 V 138 il TFA (dal 1° gennaio 2007 TF) ha affermato che per prestazioni necessarie ai sensi dell'art. 41 cpv. 2 secondo periodo LAMal vanno intesi i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari e sufficienti al trattamento della malattia secondo l'indicazione medica e per i quali sono adempiuti i requisiti per l'assunzione dei costi nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; si tratta in particolare delle prestazioni che adempiono i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal. Al consid. 4a)c)aa) il TFA ha rammentato che secondo il vecchio diritto " ein medizinischer Grund war gegeben, wenn es keine Vertragsanstalt am Wohnort der versicherten Person oder in dessen Umgebung gab, welche in der Lage war, die indizierte Behandlung vorzunehmen, oder wenn es mit Blick auf die Dringlichkeit sich als gefährlich erwies, den Patienten in eine solche Anstalt zu transportieren. " Con sentenza pubblicata in DTF 130 V 87 l'Alta Corte ha stabilito che l'assenza presso il luogo di domicilio dell'assicurato di un istituto che sia in grado di offrire il trattamento indicato o la pericolosità di un eventuale trasporto del paziente in un altro istituto possono costituire un motivo di ordine medico. Se il metodo di trattamento più appropriato non viene offerto o applicato all'interno dello spazio territoriale con la copertura dei costi massimale da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie descritto dall'art. 41 cpv. 2 lett. LAMal, ciò può a determinate condizioni rappresentare un motivo d'ordine medico atto a giustificare la scelta di un altro fornitore di prestazioni. Secondo il Tribunale federale il trattamento offerto al di fuori del Cantone deve

presentare un importante plusvalore diagnostico o terapeutico rispetto alle alternative offerte all'interno del Cantone. Vantaggi solo minimi, difficilmente valutabili o persino contestati del trattamento praticato fuori Cantone non costituiscono un motivo d'ordine medico ai sensi dell'art. 41 cpv. 2 LAMal. Laddove entrano in considerazione più luoghi di trattamento fuori Cantone, la copertura integrale dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria si limita, in virtù del principio di economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal), al trattamento meno costoso (DTF 127 V 138 consid. 5). In presenza di motivi di ordine medico ai sensi dell'articolo 41 capoversi 2 secondo periodo lett. b) e 3 LAMal, qualora entrano in linea di conto, dal punto di vista dell'appropriatezza, più luoghi di cura al di fuori del Cantone, va per principio scelto quello figurante nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio della persona assicurata (RAMI 5/2003 KV 254, p. 234 ss, consid. 5.1.1). 2.7. In applicazione dell'art. 39 LAMal il Cantone Ticino ha emanato il Decreto Esecutivo del 20 giugno 2001 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, sostituito dal 2 ottobre 2007 dal decreto legislativo del 29 novembre 2005. Per ottenere l'autorizzazione a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie l'ospedale o un suo reparto deve figurare nell'elenco cantonale degli ospedali. Il Cantone riconosce di principio quale ospedale di destinazione per i suoi pazienti il nosocomio inserito nel proprio elenco ospedaliero e rilascia una garanzia finanziaria dei costi di degenza a carico del Cantone. La protezione tariffale integrale (art. 41 cpv. 2 e 3, 44 LAMal) è data solo se la degenza avviene in uno dei 28 istituti elencati (lista chiusa) con relativo mandato di prestazione e se il trattamento necessario non è offerto nel Cantone Ticino, o in caso di urgenza o in caso di tempi di attesa troppo lunghi per un ricovero nel Cantone. Come rileva l'Ufficio del Medico cantonale in sede di risposta, nella pianificazione ospedaliera applicabile alla fattispecie l'accesso all'\_\_\_\_\_ è limitato al trattamento di pazienti già degenti in precedenza in quel nosocomio e per i quali, per esigenze di cura, si giustifica il ricovero nello stesso ospedale, così come per pazienti i quali necessitano di un trapianto (cfr. Bollettino Ufficiale del 2 novembre 2001, 50/2001, pag. 349 e seguenti, in particolare pag. 355). Con la nuova pianificazione l'accesso all'ospedale \_\_\_\_\_ ha subito una limitazione maggiore, essendo possibile solo per i casi di esigenze di continuità delle cure (ricoveri dal 1998), di urgenza, o di trapianto polmonare o di pancreas. In concreto, non essendo in presenza di una delle situazioni previste dal DE del 20 giugno 2001 per garantire il rimborso dei costi di degenza presso il nosocomio \_\_\_\_\_ (la paziente non necessitava di un trapianto di organi, la paziente non era già degente in precedenza presso questo Ospedale), va esaminato se vi è stato un caso di urgenza oppure se si è in presenza di un motivo di ordine medico che possa giustificare la necessità di beneficiare della prestazione in un nosocomio per prestazioni non previste dal Decreto esecutivo. 2.8. Nel caso di specie dalla documentazione agli atti emerge innanzitutto che il ricovero presso il nosocomio di \_\_\_\_\_ non è da ascrivere ad uno stato di urgenza. Come visto, c'è urgenza quando l'assicurato che soggiorna temporaneamente in un altro Cantone ha bisogno di un trattamento medico immediato e non è possibile o non è adeguato imporre all'assicurato di ritornare nel suo Cantone di domicilio per essere ricoverato in Ospedale (consider. 2.6). Non c'è urgenza quando l'assicurato si reca volontariamente in un Ospedale di un altro Cantone allo scopo di effettuare un determinato trattamento. Determinante è che la persona interessata abbia bisogno immediatamente ed in maniera impreveduta di una cura in un altro Cantone (cfr. sentenza 9C\_11/2007 del 4 marzo 2008, consid. 3.2, cfr. anche RAMI 6/2002 pag. 475). Nel rapporto di uscita dell'11 aprile 2007 dell'\_\_\_\_\_ il

primario, dr. med. \_\_\_\_\_, rileva che “ vista la divergenza di proposte tra il \_\_\_\_\_ ”, che propendeva per un “ atteggiamento conservativo con guarigione per secundam, continuando con le medicazioni giornaliere ”, e “ i colleghi della chirurgia”, i quali invece ritenevano che sarebbe stato meglio effettuare “un intervento di plastica con lembo muscolare per favorire la guarigione ”, “si rileva indicato ” di chiedere “ un secondo parere sul procedere ” (sottolineatura del redattore). Il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, allora attivo presso l’ \_\_\_\_\_, interpellato dal TCA ha affermato che l’interessata “ wurde uns von Dr. \_\_\_\_\_ des \_\_\_\_\_ zur Zweitmeinung überwiesen ” (sottolineature del redattore). Il trasferimento presso l’ospedale \_\_\_\_\_ è avvenuto allo scopo di ottenere un secondo consulto specialistico atto a stabilire quale tipo di cura sarebbe stato più appropriato (cfr. anche doc. 1/A, formulario per la richiesta di garanzia di pagamento per ospedalizzazioni extracantonali: “ trattamento: valutazione specialistica per ricostruzione chirurgica ” e “ accertamenti: consulto specialistico, ev. ad intervento chirurgico ”). A comprova dell’assenza di urgenza vi è la circostanza che il formulario con la richiesta del trasporto tramite ambulanza verso l’ \_\_\_\_\_, previsto l’ 11 aprile 2007, è datato 6 aprile 2007. Nel modulo figura poi che si tratta di una paziente “ stabile ” e che il motivo del trasporto è la “ continuazione cure ” (doc. 1/H). L’interessata si è recata presso il nosocomio \_\_\_\_\_ con modalità di trasferimento ordinario ed è stata operata il 16 aprile 2007, ossia 10 giorni dopo la richiesta di trasferimento. La circostanza che l’interessata non potesse tornare a casa (“ Eine Mobilisation bzw. Rehabilitation und Entlassung nach Hause war unserer Ansicht nach nicht möglich ” e “ die Entlassung nach Hause problematisch war “ (doc. XXXIX) ; ciò che peraltro non è contestato), non è un motivo per ritenere l’urgenza del ricovero. Non si tratta pertanto di una situazione d’urgenza, bensì di una scelta volontaria della paziente, dei suoi parenti e dei medici curanti di voler ottenere un secondo parere circa le modalità delle cure da effettuare. 2.9. Va pertanto esaminato se c’è un motivo di ordine medico che possa giustificare la necessità di beneficiare della prestazione in un nosocomio per prestazioni non previste dal Decreto esecutivo. Dal rapporto d’uscita del 23 aprile 2007 dell’ospedale \_\_\_\_\_ emerge tra l’altro: “ (...) Die Patientin wurde im Oktober 2006 zweimalig am Herzen operiert, initial ein Aortenklappenersatz biologisch mit ACBP kombiniert. Anschliessend 3 Tage später eine operative Revision auf Grund eines paravalvulären Lecks. Mitte November kam es zu einem zunehmenden Sternuminfekt. Dabei wurde ein ausführliches Débridement des infizierten Gewebes durchgeführt, ausserdem regelmässige Wundspülungen und Abdeckung mit Silbergazen. In dieser Zeit war die Patientin vital instabil (Lungenödem, Hämatothorax, Nierenversagen) und befand sich in einem komatösen Zustand auf der Intensivstation. Die Patientin tritt nun ein mit der Fragestellung einer möglichen Sternumosteosynthese.“ (doc. 1/B2, cfr. anche doc. A5) Dal rapporto d’uscita dell’ \_\_\_\_\_ del 16 maggio 2007, risulta: “ (...) Ad1: Trattasi di una paziente trasferita dal reparto di chirurgia dell’ \_\_\_\_\_ in seguito ad un intervento di osteosintesi con ricostruzione dello sterno, in stato dopo sternotomia per osteomielite dopo intervento di sostituzione valvolare aortica. Nei prelievi intraoperatori si segnala la crescita di streptococchi alpha viridans a livello osseo, motivo per cui, secondo consulto infeziologico, si procede con una terapia antibiotica orale combinata (Dalacina e Rimactan) fino al 01.07.2007. Ad 2: Per quanto concerne il quadro cardiaco la paziente appare attualmente stabile senza segni di scompenso congestizio sotto la terapia medicamentosa in corso. In ragione di una tendenza all’ipocaliemia sotto terapia diuretica è stato potenziato il trattamento con Spirolonactone introducendo al contempo una sostituzione di potassio per bocca. Consigliamo un controllo elettrolitico regolare.” (doc. A

8) Il 6 settembre 2007 il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, “ Chefarzt Herzchirurgie ” ha affermato: “(...) Es geht dabei um die Beantwortung der Fragen, warum Frau PI 1 im \_\_\_\_\_ weiterbehandelt wurde und nicht in \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_. Dazu können wir wie folgt Stellung nehmen: Wir haben eine der grössten Erfahrungen mit Osteosynthese bei Sternumdehiszenz (das \_\_\_\_\_ gehört europaweit zur ersten Klinik, die diese Technik überhaupt durchgeführt und nachkontrolliert hat und entsprechende Erfolge vorweisen kann). Demzufolge sind es klare medizinische Gründe, die dazu führten, dass PD Dr. \_\_\_\_\_ die Patientin zur weiteren Therapie zu uns überwiesen hat.“ (doc. A10) Interpellato da questo Tribunale lo specialista ha inoltre evidenziato come “ Aufgrund des Verlaufes von Frau PI 1 mit dem offenen Sternum war klar ersichtlich, dass die Patientin knapp kompensiert war, unter einem grossen Leidensdruck stand und dass die Entlassung nach Hause problematisch war. Zudem musste man davon ausgehen, dass das konservative Management der Wundheilung einen längeren Verlauf in Anspruch genommen hätte immer mit dem Resultat eines instabilen Brustkastens, was die Leistungsfähigkeit dieser älteren Patientin limitiert hätte. Mit der Sternumfixation mittels Titaniumplatten konnte der Heilungsprozess abgekürzt werden und die Patientin konnte dadurch die volle Leistungsfähigkeit wieder erlangen .” (doc. XXXIX).

2.10. Alla luce degli accertamenti effettuati da questo Tribunale occorre concludere che sebbene il trattamento realizzato presso l’ \_\_\_\_\_ possa essere considerato efficace ed adeguato, tuttavia un trattamento analogo poteva essere effettuato anche a \_\_\_\_\_, presso il \_\_\_\_\_. A questo proposito, il dr. med. \_\_\_\_\_, primario di Cardiochirurgia presso il \_\_\_\_\_, ha rilevato che “ La Plattenosteosynthese” e la revisione di ferita e il conseguente Hämatomausräumung sono degli interventi che vengono routinariamente eseguiti anche presso il \_\_\_\_\_ e possono essere eseguiti in altri centri nei quali è presente una cardiochirurgia ” (doc. XVII, sottolineatura del redattore), ossia, ad esempio, presso gli altri nosocomi elencati nella lista del decreto esecutivo applicabile al caso di specie. Lo specialista ha inoltre evidenziato come il trattamento eseguito a \_\_\_\_\_ “ non comportava rischi importanti o considerevolmente più elevati di ciò che è stato eseguito a \_\_\_\_\_ ” ed ha aggiunto che tra la dimissione della paziente dal nosocomio \_\_\_\_\_ e il ricovero presso la struttura \_\_\_\_\_ sono trascorsi 30 giorni nel corso dei quali “ si sarebbe potuto realizzare quel consolidamento delle strutture ossee che eventualmente avrebbe potuto portare ad una revisione chirurgica della ferita ” e che anche gli specialisti del \_\_\_\_\_ si erano posti il quesito “ se non eseguire un intervento di osteosintesi in un prossimo futuro .” Dalle risposte del Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ nonché dagli altri atti medici, non emerge in sostanza quel valore aggiunto diagnostico e terapeutico che potrebbe giustificare l’assunzione dei relativi costi da parte del Cantone. Un trattamento alternativo presso il \_\_\_\_\_, responsabile ed esigibile da un punto di vista medico, era possibile senza che ciò comportasse rischi importanti e considerevolmente più elevati. La misura terapeutica prevista dal \_\_\_\_\_, per rapporto all’alternativa di cura presso l’ \_\_\_\_\_ per la paziente non era foriera di rischi importanti e considerevolmente più elevati (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 276; RAMI 2003 no. KV 253 pag. 231 consid. 2) e pertanto tenuto conto del risultato che si intendeva raggiungere attraverso la cura, un trattamento responsabile ed esigibile dal punto di vista medico era concretamente garantito anche in Ticino. Certo, con l’intervento effettuato a \_\_\_\_\_ si sono ridotti i tempi del processo di guarigione (“ Mit der Sternumfixation mittels Titaniumplatten konnte der Heilungsprozess abgekürzt werden ”, doc. XXXIX, sottolineatura del redattore) e l’interessata ha potuto riacquistare l’intera capacità funzionale

(“ die Patientin konnte dadurch die volle Leistungsfähigkeit wieder erlangen” , doc. XXXIX), ciò che con l’intervento prospettato in Ticino non era il caso (“ Zudem musste man davon ausgehen, dass das konservative Management der Wundheilung einen längeren Verlauf in Anspruch genommen hätte immer mit dem Resultat eines instabilen Brustkastens, was die Leistungsfähigkeit dieser älteren Patientin limitiert hätte“, doc. XXXIX). Tuttavia, da una parte va evidenziato come, a comprova della difficoltà di un’operazione che, secondo quanto affermato dall’interessata, era stata eseguita solo in altre 17 occasioni, gli specialisti del medesimo nosocomio hanno dovuto effettuare un ulteriore intervento dieci giorni dopo l’operazione, ossia il 26 aprile 2007, a causa di un’emorragia (cfr. doc. 1/B2: “ In der Nacht zum 26.04 blutete die Patientin plötzlich stark im Bereich der Naht. Es musste eine notfallmässige Revision durchgeführt werden .” e doc. A6: “ Nach gutem postoperativem Verlauf, erstaunlicherweise 10 Tage postoperativ Bildung eines ausgeprägten prästernalen Hämatoms .”) ed il ritorno all’ \_\_\_\_\_ è avvenuto con una paziente che non si era ancora totalmente ripresa (doc. 1/B2: “ Verlegung der Patientin in reduziertem Allgemeinzustand zurück in das \_\_\_\_\_ .”). D’altra parte, va ribadito che i medici del Cardiocentro Ticino, e meglio il primario Dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato che un intervento simile a quello effettuato a \_\_\_\_\_, anche se non il medesimo, viene eseguito di routine anche a \_\_\_\_\_ (doc. XVII). In concreto pertanto gli ospedali del Canton Ticino, e meglio il \_\_\_\_\_, sarebbero stati in grado di fornire delle cure per il trattamento della patologia di cui era affetta l’interessata simili a quelle eseguite a \_\_\_\_\_ con risultati non molto diversi. La circostanza, sollevata dal Medico cantonale, che il medesimo trattamento poteva essere eseguito anche in uno degli altri istituti elencati nella lista dei nosocomi pubblici o sussidiati del Canton Ticino, in particolare \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, non va approfondita anche perché nell’ambito della cardiologia invasiva, della cardiocirurgia coronarica e della cardiocirurgia non coronarica, i citati ospedali conoscevano le medesime limitazioni dell’ \_\_\_\_\_ (cfr. Bollettino Ufficiale del 2 novembre 2001, 50/2001, pag. 354 e 355, nota 1: “ l’accesso a questi ospedali o ad un determinato trattamento è limitato ai seguenti pazienti: trattamento di pazienti, in quanto già degenti in precedenza in quell’ospedale, per i quali, per esigenze di continuità delle cure, si giustifica il ricovero nello stesso ospedale; trattamento di pazienti che necessitano di un trapianto [di regola ospedali universitari] ”). In conclusione, alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale deve concludere che non vi è alcun motivo di ordine medico per giustificare l’assunzione dei costi dell’intervento avvenuto \_\_\_\_\_ a carico del Canton Ticino ai sensi dell’art. 41 LAMal. 2.11. Le parti hanno più volte accennato all’assunzione di ulteriori prove presso il \_\_\_\_\_ e/o presso altri nosocomi svizzeri, ed in particolare di sentire i medici che si sono occupati della fattispecie. Pendente causa il TCA ha interpellato sia il Dr. med. \_\_\_\_\_ primario del \_\_\_\_\_, che il dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Alla luce delle risposte fornite dai due specialisti questo Tribunale ritiene che la fattispecie sia stata acclarata e non meriti ulteriori approfondimenti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi,

Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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