

TI_GERICHTE 36.2017.30 vom 18. Juli 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-07-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.30

FR: TI_GERICHTE 36.2017.30 du 18 juillet 2017

IT: TI_GERICHTE 36.2017.30 del 18 luglio 2017

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Nel caso di specie non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito. Infatti, se è vero che l'assicuratore non gli ha trasmesso la presa di posizione del 26 ottobre 2016 del medico fiduciario, dr. med. _____ (doc. 30), d'altra parte va rilevato che nella decisione impugnata la Cassa ha in sostanza riportato quanto affermato dal medico (pag. 4. "[...] Infine, il nostro medico di fiducia ci ha anch'esso confermato che trattamenti simili avrebbero potuto essere eseguiti in un centro universitario sul territorio svizzero da uno specialista in neurochirurgia o chirurgia maxillo-facciale [...]") e l'insorgente ha potuto contestarlo innanzi al TCA, che gode del pieno potere cognitivo, tramite un ricorso e producendo ulteriori prove. L'assicuratore ha poi prodotto la presa di posizione del dr. med. _____ del 26 ottobre 2016 (doc. 30) con la risposta di causa (doc. VII, pag. 10) e ha ripreso le conclusioni, tradotte in italiano, al punto 11 della risposta di causa (doc. VII), dove ha affermato che "il 26.10.2016, il dott. _____, specialista in medicina interna FMH a _____ e medico di fiducia della CO 1 firma una presa di posizione scritta concludendo che la ricostruzione del nervo facciale sinistro avrebbe potuto essere realizzata in Svizzera in un centro universitario da uno specialista in neurochirurgia e/o da uno specialista in chirurgia maxillo-facciale". Inoltre, una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, riceve la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183). Nel caso di specie, il TCA dispone di un pieno potere di esame in tal senso (cfr. anche sentenza 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPG). In concreto con il ricorso l'insorgente ha nuovamente potuto prendere posizione in merito a quanto affermato dal medico fiduciario e sull'intera documentazione. Inoltre, se avesse voluto visionare l'incarto prodotto dall'assicuratore con la risposta di causa, cui è stato allegato l'elenco degli atti prodotti (cfr. doc. VII), l'interessato avrebbe potuto farne richiesta in ogni momento a questo Tribunale (cfr. sentenza 32.2015.175 del 28 aprile 2016; cfr. doc. XI, dove l'interessato fa tra l'altro riferimento ad uno scritto del 16 maggio 2017

dell'assicuratore [doc. N], che concerne tuttavia il rifiuto per un intervento prospettato per il

E. 2.6

Va ancora rammentato che in DTF 134 V 330, il TF ha evidenziato come i " motivi d'ordine medico " di cui all'art. 34 cpv. 2 LAMal vanno interpretati in maniera rigorosa (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrono su grande scala a una forma di "turismo medico" a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni (art. 49 LAMal). Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell'assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all'estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all'estero per la cura di una patologia in particolare significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenze del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet , C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms , C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento).

2.7. In concreto l'insorgente ha subito, nel maggio 2008, un'estirpazione microchirurgica radicale di Schwannoma emorragico del trigemino sinistro con estensione del canale acustico interno. In seguito a questo intervento persiste una paresi facciale periferica sinistra con sordità e disturbi sensitivi nel territorio trigeminale sinistro e difficoltà della chiusura dell'occhio sinistro con problemi alla cornea sinistra (doc. M). In seguito, nel 2009, l'interessato ha subito un'operazione in Italia, a _____ (anastomosi ipoglosso facciale termino-laterale con innesto del nervo facciale inferiore e anastomosi masseterino facciale termino-terminale con leggero beneficio; doc. M). Nel giugno 2015 il Prof. dr. med. _____, presso la clinica privata _____ a _____ (_____), ha eseguito un intervento di trapianto di nervo Crossface dal ramo orale sano al ramo parzialmente rigenerato sinistro e trapianto Crossface del ramo oftalmico sano al ramo oftalmico sinistro parzialmente rigenerato. Inoltre ha effettuato un intervento all'arco zigomatico sinistro e alla placca nasolabiale sinistra che ha portato ad un miglioramento della motilità e della chiusura orale (cfr. doc. M, certificato del 21 marzo 2017 del dr. med. _____). L'assicurato non fa valere di essersi trovato all'estero e di aver subitaneamente necessitato di una cura medica. Del resto dagli atti emerge che l'operazione è stata programmata e non vi è alcun indizio né circa un'urgenza, né circa la necessità del ricovero dal punto di vista medico per la continuazione del soggiorno all'estero e per quindi impedire che l'assicurato fosse costretto a rientrare anzitempo in Svizzera. Nella misura in cui un trattamento all'estero è programmato e l'assicuratore non ha rilasciato alcuna

garanzia di copertura dei costi, le spese restano pertanto, di principio, a carico della persona assicurata (cfr. art. 36 OAMal e art. 19 e seguenti del regolamento (CE) n. 883/04; cfr. sentenza 36.2014.75 del 21 maggio 2015). Resta tuttavia riservata la fattispecie in cui l'interessato non avrebbe potuto effettuare le medesime cure o cure equivalenti in Svizzera (cfr. art. 34 cpv. 2 LAMal, 36 cpv. 1 OAMal e consid. 2.4), ritenuto che in caso di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 occorre anche valutare se l'intervento, in concreto in Svizzera, è possibile in un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute della persona assicurata e della probabile evoluzione della sua malattia (cfr. art. 20 regolamento (CE) n. 883/04).

2.8. Il ricorrente sostiene che il medesimo intervento subito in _____ non sarebbe stato possibile nel nostro Paese e che il Prof. dr. med. _____, massimo esperto in Svizzera nell'ambito che qui ci occupa, ed al quale si era rivolto, non si sarebbe ritenuto in grado di effettuarlo. Inoltre, per l'insorgente, il medico _____ presso il quale si è recato, Prof. dr. med. _____, e che lo ha operato nel corso del mese di giugno 2015, detiene una maggior esperienza e propone l'operazione effettuata con minori rischi e maggiori benefici. Ai fini di chiarire la fattispecie, questo Tribunale, pendente causa, ha interpellato il Prof. dr. med. _____, direttore della " _____ " dell'Ospedale Universitario di _____, che ha visitato il ricorrente in più occasioni e che conosce bene il caso di specie. Lo specialista ha affermato: " (...) Ich habe Herrn RI 1 erstmals am 7. Mai 2009 auf Zuweisung von Prof. Dr. _____, _____, in meiner Sprechstunde gesehen und untersucht. Der Patient stellte sich mit einer linksseitigen Gesichtslähmung nach erfolgreichen Resektionen des Trigemini-Schwannoms auf der linken Seite im Ospedale _____ durch Prof. Dr. _____ ein Jahr zuvor, am 23. Mai 2008, vor. Wie Sie dem beiliegenden Konsultationsschreiben entnehmen können, habe ich eine dynamische Rekonstruktion mittels Nerven- und Muskeltransplantation in Kombination mit allfälligen statischen Massnahmen (Nasolabiale Dermi-Suspension, Suspension des Unterliedes mit einem Sehnen-Transplantat) vorgeschlagen. Einer Hypoglossus-Facialis-Anastomose standen wir aus konzeptionellen Gründen eher zurückhaltend gegenüber. Am 23. Juli 2009 unterzog sich Herr RI 1 in _____ der obengenannten Hypoglossus-Facialis-Nerven-anastomose zur Reanimation der Mundregion sowie eines Masseter-Nerventransfers auf einen Augenast des N. facialis. Zwei Jahre später, am 28. November 2011, stellte er sich erneut in meiner Sprechstunde vor, mit der Bitte um Beurteilung des Behandlungsergebnisses und der Möglichkeit einer funktionellen Verbesserung durch ein Cross-Face-Nerventransplantat. Ich habe damals festgehalten, dass trotz einem nicht unerheblichen, operativen Aufwand bei einem hochmotivierten Patienten eine signifikante Verbesserung, insbesondere in Bezug auf die Steuerung der mimischen Funktion der linken Gesichtshälfte, erreicht werden könnte. Eine Fallserie dazu wurde von Prof. _____ und mir im PRS (Plastic- and Reconstructive Surgery) ab 2006 publiziert. Am 28. Januar 2013 war Herr RI 1 letztmals bei mir in der Sprechstunde, um ausführlich über seine Situation, die erfolgten Eingriffe, konservative Therapiemassnahmen sowie neuerlichen statischen und dynamischen rekonstruktiven Massnahmen zur Verbesserung der Funktion zu sprechen. Letztmals 2015 kontaktierte er mich hinsichtlich der kornealen Neurotisation durch den supratrochlearen Nerven zur Verbesserung der Reinnervation der Kornea im Rahmen der Bekämpfung der Trockenheit des betroffenen, linken Auges. In der Anlage finden Sie den Schriftverkehr sowie die dazugehörige Literatur. Am 17. Juni 2015 unterzog er sich in _____ bei O. Univ.-Prof. Dr. _____ einer zweifachen Cross-Face-Nerventransplantation zum teilgenerierten Mund- bzw. Augenast der linken Seite sowie zweier statischen

Korrekturmassnahmen im Sinne einer nasolabialen Dermisuspension links und einer perioralen Koppelung der linken Seite mit einem Sehnentransplantat. Ich kenne Herrn O. Univ.-Prof. Dr. _____ seit meinem Stellenantritt am _____ im Departement Chirurgie, genauer seit dem 1. Juli 1990, als Assistenzarzt und habe klinisch und wissenschaftlich mit ihm über 15 Jahre zusammengearbeitet. Herr Prof. _____ gilt als hochkompetenter, internationaler Experte in der Behandlung von Gesichtslähmungen. Zu Ihren Fragen: Fragen Tribunale cantonale delle assicurazioni: 1. Hätte der gleiche, von Dr. med. _____ in der Privatklinik _____ in _____ durchgeführte Eingriff auch im _____ oder in jedem sonstigen Krankenhaus in der Schweiz durchgeführt werden können? Im Falle einer bejahenden Antwort: a) Wie hoch wären die Kosten gewesen? b) Wurden Herr RI 1 diese Möglichkeiten vorgeschlagen? Im Falle einer verneinenden Antwort, warum nicht? Die gleiche von O. Univ.-Prof. Dr. _____ in der Privatklinik _____ in _____ durchgeführte Operation hätte am _____ durchgeführt werden können. Ich kenne kein anderes Krankenhaus in der Schweiz, welches diesen Eingriff durchgeführt hätte. Diese komplexen Eingriffe werden nur in wenigen, spezialisierten Zentren angeboten. In der Schweiz bieten die Universitätskliniken Ersatzoperationen bei Gesichtslähmungen an. Prof. _____ verfügt auf dem Gebiet der Behandlung von Gesichtslähmungen die breiteste Expertise in Europa. a) Die Kosten für einen solchen Eingriff hätten für einen allgemeinversicherten, ausserkantonalen Patienten für eine angenommener-weise 5-tägige Hospitalisationsdauer rund CHF 21'3000.- (Durchführung im Jahr 2015 DRG B17B, CW 1.459) betragen. b) Wir haben 2009 bereits (vor dem schlussendlich in _____ durchgeführten Eingriff) die Option von Cross-Face-Nerventransplantaten mit dem Patienten erörtert und 2011 erneut extensiv diskutiert. 2. Anderenfalls, das heisst, wenn es nicht möglich gewesen wäre, die gleiche Operation durchzuführen, welche Art von Operation wäre dann im _____ in _____ oder in der Schweiz durchgeführt worden? Lief diese Art der Behandlung, verglichen mit dem von Prof. Dr. med. _____ durchgeführten Eingriff, Gefahr, wesentlich wichtigere und bedeutend höhere Risiken hervorzurufen und war deshalb, abgesehen von dem Ergebnis, das man durch diese Kur erreichen wollte, eine in ärztlicher Hinsicht verantwortungsvolle und zugegebenerweise auch im _____ oder in der Schweiz durchführbare und angemessene Behandlung konkret nicht gewährleistet? Wäre die Operation, die man im _____ in _____ oder in der Schweiz hätte absolvieren können, im Vergleich zu der von Dr. med. _____ durchgeführten Operation, invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten verbunden gewesen? Das von uns vorgeschlagene Behandlungskonzept unterscheidet sich konzeptionell nicht von der Operation, welche in _____ durchgeführt wurde. Allfällige Nuancen hätten kaum einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis gebracht. Bezüglich Invasivität, Gefährlichkeit oder Heilungsverlauf wären kaum signifikante Unterschiede zu erwarten gewesen. 3. War die Operationsmethode von Prof. Dr. med. _____ die einzig durchführbare Art, um die Pathologien, von denen RI 1 zu diesem Zeitpunkt betroffen war, zu heilen? Präsentiert diese Methode in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert? Die von Prof. Dr. med. _____ durchgeführte Operationsmethode war eine sehr fortschrittliche und sehr differenzierte Verfahrenslösung, um Menschen mit peripherer Gesichtslähmung eine funktionelle, aber auch kosmetische Verbesserung zu bieten. Der initial etwas grössere, operative Aufwand in kompetenten Händen zahlt sich für den Patienten aus. 4. War die Operation von Prof. Dr. med. _____ vom 18.06.2015 eine zweckmässige Behandlung

oder wäre es besser, in diesem Fall, eine konservative Behandlung (welche)? Durch konservative Behandlungsmassnahmen wäre im Fall von Herr RI 1 keine Verbesserung des vorliegenden Behandlungsergebnisses zu erwarten gewesen. 5. Eventuelle Bemerkungen. Keine Fragen von RI 1: 1. Kann Prof. Dr. med. _____ bestätigen, dass er RI 1 bereits mehrmals beruflich getroffen und/oder untersucht hat? Ich habe Herrn RI 1 bei mir in meiner Sprechstunde gesehen, untersucht und hinsichtlich möglicher Behandlungsoptionen beraten (siehe beiliegende Dokumentation). 2. Kann Prof. Dr. med. _____ bestätigen, dass er RI 1 empfohlen hat, mit Prof. Dr. _____ Kontakt aufzunehmen, in dieser Art von Operationen spezialisiert ist und zwischen den von RI 1 besuchten Ärzten (bzw. nach Wissen von Prof. Dr. med. _____) diesbezüglich die grösste Erfahrung hat? Ich habe Herrn RI 1 mehrfach und ausführlichst in zeitraubenden Gesprächen über Behandlungsoptionen zur Verbesserung der Reinnervation der gelähmten linken Gesichtshälfte beraten und Herr Prof. _____ als höchst kompetenten Spezialisten für eine Zweitmeinung empfohlen. 3. Teilt Prof. Dr. med. _____ die damals von Dr. _____ geäusserte Meinung, wonach die von Dr. _____ vorgeschlagene Operation die beste medizinische Lösung der objektiv festgestellten ärztlichen Probleme von RI 1 darstellte? Ich teile die von Prof. Dr. _____ geäusserte Meinung, wonach die von Herrn Prof. Dr. _____ durchgeführte (nicht die mit mir diskutierte) Operation die beste medizinische Lösung für die objektiv festgestellten ärztlichen Probleme von Herrn RI 1 darstellten. 4. Trifft es zu, dass Prof. Dr. med. _____ beschlossen hat, die von Dr. _____ empfohlene/vorgeschlagene Operation nicht persönlich durchzuführen, obwohl er die Operation in medizinischer Hinsicht als angemessen und erfolversprechend betrachtete und er auch der Meinung war, dass die Durchführung DIESER ART von Operation seitens Prof. Dr. _____ mehr Erfolgsaussichten haben würde? Hat Prof. Dr. _____ RI 1 im Jahr 2015 eine alternative Operation (mit vergleichbaren Resultaten) vorgeschlagen oder empfohlen? Diese Aussage ist falsch. Herr RI 1 stand vorgängig am 20. März 2015 mit mir im E-Mail Kontakt hinsichtlich der Neurotisation der supratrochlearen Nerven über ein Nerventransplantat zur Verbesserung der Trockenheit des Auges und nicht zur Verbesserung der mimischen Funktion im Mundbereich und auch nicht zur Verbesserung des Lidschlusses, welche die beiden zentralen Punkte, der von Prof. Dr. _____ am 17. Juni 2015 durchgeführten Operation, darstellten. 5. Existierte nach Wissen von Prof. Dr. med. _____ im Jahr 2015 (mit Ausnahme von Prof. Dr. med. _____ selbst) in der Schweiz ein Experte und/oder ein Spital, der die Durchführung der gleichen Operation mit gleichen oder besseren Resultaten anbieten konnte, im Vergleich mit der Operation, welche RI 1 in Österreich unterzogen hat? Wenn ja: Sind diese Alternativen nach Wissen von Prof. Dr. med. _____ RI 1 unterbreitet worden? Die Schweizer Universitätskliniken für Plastische Chirurgie bieten statische und dynamische Rekonstruktionseingriffe nach Gesichtslähmung an. Unsere Klinik weist aufgrund eines definierten Schwerpunktes in der funktionellen Behandlung von Gesichtslähmungen Leistungsausweis aus, welche in dieser Form auch Herrn RI 1 unterbreitet wurde. Wie oben erwähnt, weist Prof. _____ eine sehr hohe Expertise in der Reanimation des gelähmten Gesichtes aus. Fragen von CO 1: 1. Bestand in der Schweiz im 2015 eine Möglichkeit die verbleibende Gesichtslähmung mit dem gleichen therapeutischen Ziel zu behandeln oder überhaupt kein? Falls ja, in welchen medizinischen Institutionen? An der _____ am _____ besteht die Möglichkeit, statische und dynamische Rekonstruktionsverfahren nach Gesichtslähmung in einem interdisziplinären und

interprofessionellen Behandlungskonzept/Team durchzuführen: Die übrigen vier universitären Kliniken für Plastische Chirurgie in der Schweiz bieten ebenfalls die Behandlung von Gesichtslähmungen an. 2. Falls die erste Frage mit Ja beantwortet wird, brachte die therapeutische Massnahme in der Schweiz im Vergleich zur ausländischen (in _____) Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich? Falls ja, welche? Für die Behandlung in unserer Klinik im _____ kann festgehalten werden, dass für den behandelten Patienten keine erheblich höheren, wesentlichen Risiken gegenüber einer Behandlung im Ausland eingegangen wären. 3. Wann fand bei Ihnen die letzte Konsultation statt (am 28.11.2011 oder später)? Bitte das genaue Datum angeben. Die Konsultationen fanden am 07.05.2009, 28.11.2011 sowie 28.01.2013 statt. Sehen Sie dazu die beiliegenden Berichte. 4. Gemäss Diagnose der letzten Konsultation, wären Sie bereits gewesen, Herrn RI 1 zu operieren? Falls nein, warum? Anlässlich der letzten Konsultation (per Email vom April 2015) ging es um die Reinnervation der Kornea im Rahmen des Sicca-Syndroms bedingt durch die linksseitige Fazialisparese. Diesen Eingriff haben wir in _____ noch nicht durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den Kollegen der Augenklinik im Hause wären wir in Zukunft bereit gewesen, diesen Eingriff auch in _____ erstmals durchzuführen. 5. Wieviel hätte die therapeutische Massnahme in der Schweiz in 2015 ungefähr gekostet? Die 2015 diskutierte Operation zur Verbesserung der Sensibilität der Hornhaut hätte in _____ CHF 21'300.- (Durchführung im Jahr 2015 DRG B17B, CW 1.459; CHF 22600 bei Durchführung im Jahr 2017 DRG B17B, CW 1.547) gekostet. Die Kosten für die in _____ durchgeführten Eingriffe hätten in _____ CHF 21300.- (Durchführung im Jahr 2015 DRG B17B, CW 1.459) betragen.” (doc. XVI) 2.9. In concreto, alla luce della documentazione medica agli atti e delle affermazioni del Prof. dr. med. _____, direttore della “_____” dell’Ospedale Universitario di _____, questo TCA deve confermare la decisione impugnata. La stessa operazione effettuata nel corso del mese di giugno 2015 in _____, dal Prof. dr. med. _____, avrebbe infatti potuto essere eseguita anche in Svizzera, presso l’Ospedale Universitario di _____ (doc. XVI: “[...] Die gleiche von O. Univ.-Prof. Dr. _____ in der Privatklinik _____ in _____ durchgeführte Operation hätte am _____ durchgeführt werden können”; “[...] An der _____ am _____ besteht die Möglichkeit, statische und dynamische Rekonstruktionsverfahren nach Gesichtslähmung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungskonzept/Team durchzuführen [...]”). Questo tipo di operazione è stata oggetto di discussione tra il ricorrente ed il Prof. dr. med. _____ nel 2009, prima dell’intervento a _____ e, in maniera approfondita, nel 2011 (doc. XVI: “[...] Wir haben 2009 bereits (vor dem schlussendlich in _____ durchgeführten Eingriff) die Option von Cross-Face-Nerventransplantaten mit dem Patienten erörtert und 2011 erneut extensiv diskutiert”; cfr. anche l’introduzione: “[...] Wie Sie dem beiliegenden Konsultationsschreiben entnehmen können, habe ich eine dynamische Rekonstruktion mittels Nerven- und Muskeltransplantation in Kombination mit allfälligen statischen Massnahmen (Nasolabiale Dermi-Suspension, Suspension des Unterliedes mit einem Sehnenstransplantat) vorgeschlagen”; cfr. anche scritto del Prof. dr. med. _____ alla dott.ssa _____ a _____, del 29 novembre 2011, doc. C: “[...] He asked me about crossfacial nerve grafting to give some additional inputs especially to control eyelid closure and of elevation of the upper lip. This procedure is theoretically possible with a distal end-to-side nerve grafting of the cross facial nerve grafts, but in my opinion the

extensive surgery involved and significant risk of mobility may outweigh the benefits. In this high motivated patient however, this procedure could give some additional movements and better steering and coordination of the mimik function of the left face ”), oltre che nel 2013 (cfr. estratto cartella clinica, doc. XVI/5). Ciò è confermato anche dal dr. med. _____, responsabile chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica EOC, viceprimario dipartimento di Chirurgia ORL, FMH chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, il quale il 5 agosto 2015 ha affermato che “ dopo la visita del Prof. _____ (v. copia della lettera del 20.01.2015) è stato deciso di procedere ad una ricostruzione tramite un trapianto di nervo a partire dal lato non leso a destro per raggiungere una reinnervazione a livello delle palpebre che della mimica a livello della bocca. Il prof. _____ propone anche un secondo intervento cioè il trapianto microvascolare di un muscolo gracile per migliorare la funzione in caso di una innervazione insufficiente. Con il Prof. _____ ha discusso più o meno lo stesso intervento ” (doc. G, sottolineatura del redattore). L’operazione proposta a _____ non si scosta concettualmente da quella effettuata a _____. Alcune piccole divergenze non hanno alcun influsso significativo sul risultato. In particolare, per quanto concerne l’invasività, la pericolosità o il decorso della guarigione non ci sarebbero state differenze particolari (doc. XVI: “ [...] Das von uns vorgeschlagene Behandlungskonzept unterscheidet sich konzeptionell nicht von der Operation, welche in _____ durchgeführt wurde. Allfällige Nuancen hätten kaum einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis gebracht. Bezüglich Invasivität, Gefährlichkeit oder Heilungsverlauf wären kaum signifikante Unterschiede zu erwarten gewesen ”).

L’intervento presso l’Ospedale universitario di _____ non avrebbe comportato un rischio maggior rispetto all’operazione all’estero (doc. XVI: “ [...] Für die Behandlung in unserer Klinik im _____ kann festgehalten werden, dass für den behandelten Patienten keine erheblich höheren, wesentlichen Risiken gegenüber einer Behandlung im Ausland eingegangen wären ”). Certo, l’operazione di reinnervazione della cornea, invece, che il Prof. dr. med. _____ si è comunque detto disposto ad effettuare, non era ancora stata eseguita a _____ nel 2015 (doc. XVI: “ [...] Anlässlich der letzten Konsultation (per Email vom April 2015) ging es um die Reinnervation der Kornea im Rahmen des Sicca-Syndroms bedingt durch die linkseitige Fazialsparse. Diesen Eingriff haben wir in _____ noch nicht durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den Kollegen der Augenklinik im Hause wären wir in Zukunft bereit gewesen, diesen Eingriff auch in _____ erstmals durchzuführen ”). Tuttavia, come emerge dagli atti, scopo dell’operazione del 18 giugno 2015 del Prof. dr. med. _____, non era la reinnervazione della cornea , bensì rinforzare la funzione motoria a livello della palpebra e del sorriso e il giusto controllo del movimento tramite la sincronizzazione con la parte destra sana (doc. D, pag. 2 : “[...] Diese Situation ergibt die ideale Indikation für eine zweifache Crossface-Nerventransplantation mit distalen End-zu-Seit-Nervennähten einerseits vom gesunden Augenast zum korrespondierenden linke Ast für den Lidschluss, andererseits vom Lächelast des rechten, gesunden N. Facialis zum korrespondierenden linken und hier besonders in Überlänge, da die Option einer zusätzlichen Gracilis-Muskeltransplantation, eventuell auch territorial differenziertes Transplantat, für die Zukunft erhalten bleiben sollte, wenn etwa eineinhalb Jahre nach der Crossface-Nerventransplantation die Funktion nicht ausreichend regeneriert hat . Die Absicht dieser Operation ist einerseits die motorische Funktion im Bereich des Lidschlusses und des Lächelns zu verstärken, aber vor allem die richtige Kontrolle dieser Bewegung durch die synchrone Initiierung der gesunden rechten Seite zu erzielen ” e doc. XVI: “

Diese Aussage ist falsch. Herr RI 1 stand vorgängig am 20. März 2015 mit mir im E-Mail Kontakt hinsichtlich der Neurotisation der supratrochlearen Nerven über ein Nerventransplantat zur Verbesserung der Trockenheit des Auges und nicht zur Verbesserung der mimischen Funktion im Mundbereich und auch nicht zur Verbesserung des Lidschlusses, welche die beiden zentralen Punkte, der von Prof. Dr. _____ am 17. Juni 2015 durchgeführten Operation, darstellten ” e “ Anlässlich der letzten Konsultation (per Email vom April 2015) ging es um die Reinnervation der Kornea im Rahmen des Sicca-Syndroms bedingt durch die linksseitige Fazialisparese. Diesen Eingriff haben wir in _____ noch nicht durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den Kollegen der Augenklinik im Hause wären wir in Zukunft bereit gewesen, diesen Eingriff auch in _____ erstmals durchzuführen ”; sottolineature del redattore; cfr. anche quanto affermato dal ricorrente al punto 7 del ricorso, doc. I). La reinnervazione della cornea non è pertanto oggetto del contendere né dell’operazione del 18 giugno 2015 (Operationsbericht: “ 1. Crossface-Nerven transplantation vom gesunden Mundast zum teilregenerierten linken Mundast mit distaler End-zu-Seit-Nervennaht; 2. Crossface-Nerven transplantation vom gesunden rechten Augenast zum teilregenerierten linken Augenast mit distaler End-zu-Seit-Nervennaht; 3. Zirkumorale Sehnenfesselung und Sehnen suspension am Jochbogen links; 4. Nasolabiale Dermis suspension links ”, ossia Crossface-trapianto di nervo del ramo sano della bocca; Crossface-trapianto di nervo del ramo sano dell’occhio; fissazione del tendine periorbitale e sospensione del tendine all’arco zigomatico sinistro; sospensione del derma nasolabiale destro; cfr. anche la risposta dell’assicuratore, doc. VII, pag. 7, punto 9: “ [...] l’operazione di neurotizzazione corneale non entra in merito giacché non fa parte delle prestazioni contestate ”). Anche il prof. _____, nel suo scritto del 15 agosto 2015, rileva che il ricorrente ed il Prof. dr. med. _____ “ inoltre hanno discusso la neurotizzazione corneale per mancanza di sensibilità a livello della cornea e quindi mancanza di riflesso di protezione. Dato che questo intervento sembra un intervento ancora abbastanza “sperimentale” che viene fatto da pochi specialisti al mondo, il Prof. _____ ha deciso di non procedere per il momento a questo intervento ” (doc. G, sottolineature del redattore). Eventuali fraintendimenti tra il Prof. dr. med. _____ ed il ricorrente, sollevati da quest’ultimo nelle osservazioni del 30 giugno 2017 (doc. XIX), circa il tipo di trattamento in discussione, vanno esclusi, poiché i due tipi di intervento sono stati oggetto di discussione e l’interessato stesso aveva approfondito le possibilità di cura in merito alla problematica alla cornea (cfr. e-mail del 20 marzo 2015 dal ricorrente al Prof. dr. med. _____, doc. XVI/4: “ [...] avevo fatto una ricerca personale riguardo alla denervazione della cornea [...] dalle mie ricerche è emerso che nei casi simili al mio alcuni specialisti consigliano l’innervazione corneale. Con lei ne avevamo già discusso. Io non so se io la necessiti effettivamente o meno [...] Mi chiedo se lei ed il suo team avevate visto il lavoro fatto dal Prof. _____ e cosa ne pensate [...] ” e la risposta dello specialista in data 2 aprile 2015 tramite lettera: doc. XVI/3: “ [...] betreffend der kornealen Neurotisation über ein Nerven transplantat durch den suprachlearen Nerven [...] Ich muss Ihnen gestehen, dass ich selber so einen Eingriff nicht durchgeführt habe [...] ”). La circostanza che l’insorgente fosse consapevole del rischio di non farsi rimborsare i costi dell’operazione a _____ è comprovata dal fatto che anche nel 2009 l’interessato si è recato all’estero a _____ (in Italia), per un intervento che l’assicuratore non ha pagato in quanto, secondo la convenuta, vi sarebbe stata la possibilità di effettuare la medesima operazione in Svizzera (doc. 10, scritto del 31 luglio 2009). L’assicurato conosceva pertanto le norme applicabili. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorrente avrebbe potuto eseguire in

Svizzera il medesimo intervento effettuato in _____ nel corso del mese di giugno 2015. Non vi sono pertanto elementi per ritenere che nel nostro Paese vi sia una grave lacuna nell'offerta delle cure tali da permettere di distanziarsi dal principio della territorialità nel caso di specie, ossia di cure che richiedono delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica sufficiente (DTF 134 V 330). La circostanza che il dr. med. _____ sia il medico in Europa con la maggior esperienza nell'ambito qui in discussione (doc. XVI: "[...] Prof. _____ verfügt auf dem Gebiet der Behandlung von Gesichtslähmungen die breiteste Expertise in Europa ") non è del resto un motivo sufficiente per mettere a carico dell'assicuratore i costi dell'intervento litigioso (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

L'insorgente non ha neppure sostenuto che nel nostro Paese non avrebbe potuto ottenere queste cure in un lasso di tempo ragionevole . Del resto l'intervento è stato proposto dal Prof. dr. med. _____ già nel 2009 e nel 2011 (doc. XVI: " [...] wir haben 2009 bereits (vor dem schlussendlich in _____ durchgeführten Eingriff) die Option von Cross-Face-Nerventransplantaten mit dem Patienten erörtert und 2011 erneut extensiv diskutiert "). Nulla avrebbe di conseguenza impedito al ricorrente di essere operato in Svizzera. Va infine ribadito che in DTF 134 V 330, il TF ha evidenziato come i " motivi d'ordine medico " di cui all'art. 34 cpv. 2 LAMal vanno interpretati in maniera rigorosa (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrano su grande scala a una forma di "turismo medico" a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni. Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell'assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all'estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all'estero per la cura di una patologia in particolare significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenze del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet , C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms , C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d'altronde questa una delle ragioni per le quali l'assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento). 2.10. Alla luce di tutto quanto esposto è a giusta ragione che la Cassa ha rifiutato di assumersi i costi del trattamento all'estero dal 17 al 20 giugno 2015. In queste condizioni il ricorso va respinto e la decisione impugnata va confermata. 2.11. L'insorgente chiede l'assunzione di ulteriori prove (tra cui l'edizione dell'incarto clinico da parte dell'assicuratore) e domanda segnatamente di essere visitato da parte di un medico indipendente incaricato dal Tribunale, lamentandosi del fatto che il

medico fiduciario dell'assicuratore non l'ha mai visitato. Questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, ritenuto che quelle prodotte dalle parti e quelle acquisite pendente causa dal Tribunale, ossia le risposte del Prof. dr. med. _____ (doc. XVI), sono sufficienti per decidere nel merito della vertenza, sono complete ed esaustive e non necessitano di complementi (cfr. anche sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). 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. 7

giugno 2017 e non è dunque oggetto del contendere). Il TCA ha del resto effettuato, come si vedrà in seguito, uno specifico accertamento atto a stabilire se l'intervento subito dal ricorrente nel corso del mese di giugno 2015 in _____ era eseguibile anche in Svizzera (doc. XVI), dando alle parti la possibilità di esprimersi in merito. Facoltà di cui entrambe si sono avvalse (cfr. doc. XVII, XVIII e XIX). Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se, come in concreto, una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.2. In concreto oggetto del contendere è la questione di sapere se l'assicuratore è tenuto ad assumersi i costi dell'ospedalizzazione avvenuta in _____ dal 17 al 20 giugno 2015, compreso l'intervento effettuato dal Prof. dr. _____, presso la clinica privata _____ di _____, per complessivi fr. 16'253.20 (Euro 15'707.38). 2.3. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGa, è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Per l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, 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, tra l'altro, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c), i provvedimenti di riabilitazione

medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). 2.4. Con sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, al consid. 3.1 il TF ha rammentato che la LAMal è retta dal principio di territorialità. Tuttavia, 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 LAMal eseguite all'estero per motivi di ordine medico (prima frase). Sulla base di questa delega di competenza, l'autorità esecutiva ha emanato l'art. 36 OAMal, intitolato "Prestazioni all'estero". Secondo il primo capoverso di questo disposto, il Dipartimento federale dell'Interno, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 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 (un elenco di queste prestazioni non è tuttavia stato allestito; cfr. DTF 131 V 271 consid. 3 pag. 274; DTF 128 V 75). Secondo il suo secondo capoverso, 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. Per il suo capoverso 4, le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. Sono salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 36 cpv. 5 OAMal). Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücke") giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2). Si tratta, di norma, di cure che richiedono delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica sufficiente (DTF 134 V 330). Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275).

2.5. In concreto, trattandosi di una fattispecie che presenta elementi di carattere transfrontaliero, il caso deve essere deciso non solo sulla base delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal, bensì anche alla luce delle norme dell'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone tra la Confederazione Svizzera da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra (ALC; RS 0.142.112.681) e dei regolamenti cui rinvia (cfr. anche sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, pubblicata in DTF 140 V 98). A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il Regolamento (CE) n. 1408/71 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha aggiornato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza

9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3). Questi regolamenti sono stati modificati dal Regolamento (UE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012 (GU L 149 dell'8.6.2012 pag. 4) in vigore per la Svizzera dal 1° gennaio 2015 (cfr. RU 2015 e 345; RS 0831.109.268.1; cfr. B. Kahil-Wolff, "Le Règlement UE 465/2012, la nouvelle Convention Suisse-US et d'autres développements en termes d'assujettissement aux assurances sociales in SZS/RSAS 2015 pag. 438 seg.; STF 8C_273/2015 del 12 agosto 2015 consid. 3.1). In concreto la degenza all'estero è avvenuta nel corso del mese di giugno 2015. Al caso di specie si applica di conseguenza il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche. Ai sensi dell'art. 19 (dimora al di fuori dello Stato competente) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004, fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione. Per l'art. 19 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, la commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona assicurata e l'istituzione che presta le cure. Secondo l'art. 20 (viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura – autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 fatte salve disposizioni contrarie del regolamento, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente. Per l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 la persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia. Il regolamento (CE) n. 1408/71 prevedeva norme analoghe nell'art. 22. A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ha rammentato che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni (...) e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011; sul tema cfr.

Silvia Bucher, Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], Droit aux soins, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen, in: Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF], in: René Schaffhauser/Christian Schürer [a cura di], Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personenfreizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit] in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.). Nella più volte citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha evidenziato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv. 5 OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente. L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente. L'esistenza dell'evento assicurato malattia non si determina in base alla regolamentazione dello Stato competente (sul concetto v. art. 1 lett. q regolamento n. 1408/71), bensì dello Stato che presta l'assistenza. Similmente e per motivi pratici, ritenuto che l'istituzione che presta assistenza sarebbe altrimenti confrontata con l'arduo compito di applicare il diritto estero in materia di prestazioni, la loro concessione - come del resto anche la partecipazione alle spese dell'assicurato (sentenza 9C_61/2007 del 25 febbraio 2008 consid. 3) - avviene nelle forme e secondo le disposizioni dell'istituzione che presta l'aiuto. In caso di assistenza fornita all'estero è dunque irrilevante che la prestazione costituisca una prestazione obbligatoria in Svizzera. Per contro, chi fa valere il diritto a prestazioni dev'essere assicurato contro le malattie conformemente al diritto dello Stato competente. Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria. Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti dell'art. 36 OAMal.