

TI_GERICHTE 36.2019.109 vom 13. Juli 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-07-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.109

FR: TI_GERICHTE 36.2019.109 du 13 juillet 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2019.109 del 13 luglio 2020

Erwägungen

E. 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).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima.

Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

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 ambulatorialmente, 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).

Per l'art. 34 cpv. 2 LAMal, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, il Consiglio federale può prevedere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie assuma: (lett. a) i costi delle prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 29 fornite all'estero per motivi d'ordine medico o nell'ambito della cooperazione transfrontaliera ad assicurati residenti in Svizzera; (lett. b) i costi del parto effettuato all'estero non per motivi d'ordine medico. Secondo l'art. 34 cpv. 3 LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2018, può limitare l'assunzione

dei costi di cui al capoverso 2.

Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, l'autorità esecutiva ha emanato gli art. 36 e seguenti OAMal.

Secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal, il dipartimento, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera.

Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

Il cpv. 4 di tale disposto determina l'estensione dell'assunzione delle prestazioni dispensate all'estero.

Cfr. a questo proposito la sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, consid. 3.1 e la sentenza K 44/00 dell'8 ottobre 2002.

2.5. Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücken") 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).

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 (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 271 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. sentenza del 5 ottobre 2010, Commissione contro Francia, C-512/08, Racc. 2010, pag. I-8833, n. 29 segg., sentenza 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).

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

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

A questo proposito va rammentato che fino al 31 marzo 2012 le parti contraenti applicavano tra di loro il Regolamento (CE) n. 1408/71 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Una decisione del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) ha aggiornato il contenuto dell'■ Allegato II all'■ ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98).

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

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

In concreto la degenza all'estero è avvenuta nel corso dei mesi di novembre e dicembre 2017. Al caso di specie trova di principio applicazione il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche.

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

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

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

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

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

A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, ha rammentato che per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni () e il cui stato di salute

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

Nella più volte citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha evidenziato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv.

E. 4.1

Wenn Frau RI 1 am Inselspital operiert gewesen wäre, welche Art von chirurgischen Eingriff hätten Sie empfohlen? Mit welcher Technik und mit welcher medizinischen Ausrüstung hätten Sie die Operation durchgeführt?

E. 4.2

Beurteilen Sie diese Operation als riskant/gefährlich?

E. 4.3

Hätte man mit der Operation den Tumor vollständig entfernen können? Wenn ja, mit welchen operativen und postoperativen Risiken?

E. 4.4

Welche postoperativen Massnahmen wären Ihrer Meinung nach notwendig gewesen? Radiotherapie? Chemiotherapie?

E. 4.5

Wie lange hätte die stationäre Behandlung im Spital und die anschliessende Rehabilitation gedauert? Bitte geben Sie die Gesamtkosten für die Operation und die stationäre Behandlung in der Schweiz an. 5. Aufgrund der Dokumentation, von der Sie jetzt im Besitz sind, hätten Sie im November 2017 diesen chirurgischen Eingriff an Frau RI 1 empfohlen? Wenn nicht, welche weiteren Möglichkeiten hätten Sie der Patientin vorgeschlagen und weshalb? Zu welchen operativen und postoperativen Risiken hätte dies geführt? 6. Aufgrund der Dokumentation, von der Sie jetzt im Besitz sind, wie beurteilen Sie die Überlegungen von Prof. Dr. med. _____ und die entsprechende Entscheidung für den chirurgischen Eingriff 6.1. Sind Sie einverstanden mit der Hypothese von Prof. dr. med. _____, die auf ein potentielltes Auftreten von akutem Hydrocephalus (insbesondere in

Anbetracht des klinischen Zustandes von Frau RI 1, die mit einer Verschlechterung von erwiesenen neurologischen Problemen konfrontiert war: Kopfschmerzen, Astenie, Schwindelgefühl, Thalamus-Synkope, Fallneigung nach hinten, Augendruck und –schmerzen, Konzentrationsschwäche) deutet? Bitte begründen Sie Ihre Meinung und erläutern Sie die neurologischen Risiken, die mit einem akuten Hydrocephalus verbunden sind. 6.2. Wie schätzen Sie das Ergebnis des von Prof. Dr. Med. _____ durchgeführten Eingriffs ein? Kann die Operation als eine medizinisch und wirtschaftlich geeignete Massnahme gewertet werden? 6.3. Kennen Sie Prof. dr. med. _____ aus beruflicher Sicht? Haben Sie mit ihm zusammengearbeitet, vor allem als er die neurochirurgische Klinik im Universitätsspital _____ leitete? 6.4 Wie beurteilen Sie die Erfahrung mit Hirntumoren von Prof. Dr. med. _____, auch anhand der Unterlagen in ihrem Besitz?“ (doc. XVI) Il 22 aprile 2020 il Prof. Dr. med. _____, ha risposto: " Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 06.03.2020 und die Anfrage. Die CO 1 hat entschieden, die Operation im Fall der Patientin nicht zu bezahlen und bitten um Beantwortung der aufgelisteten Fragen, unter Entbindung der Schweigepflicht. 1. Hätte der gleiche, von Prof. Dr. med. _____ im _____ in _____ (Deutschland) durchgeführte Eingriff (siehe hierfür Unterlage 23) auch am _____ oder in jedem sonstigen Krankenhaus der Schweiz (welche?) im Jahr 2017 durchgeführt werden können? Im Falle eine bejahende Antwort: Wie hoch wären die Kosten gewesen? Der gleiche, von Prof. Dr. med. _____ am _____ in _____ durchgeführt Eingriff hätte z.B. auch am _____, am Universitätsspital _____ und am _____ in _____ durchgeführt werden können. Auch das Universitätsspital _____ wäre dafür qualifiziert gewesen. Die Kosten hätten sich nach der DRG-Simulation (DRG B20A) auf 34052.40 CHF belaufen. 2. Andernfalls, das heisst, wenn es nicht möglich gewesen wäre, die gleiche Operation durchzuführen, welche Art von Operation wäre am _____ oder in der Schweiz im Jahre 2017 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 verantwortungslose und zugegebener weise auch am _____ oder in der Schweiz durchführbare und angemessene Behandlung konkret nicht gewährleistet? Wäre die Operation, die man am _____ oder in der Schweiz hätte absolvieren können, im Vergleich zu der von Prof. Dr. med. _____ durchgeführten Operation, invasiver, gefährlicher und mit längeren Heilungszeiten verbunden gewesen? Wie hoch wären die Kosten gewesen? Entfällt da 1. bejaht wurde. 3. War die Operationsmethode von Prof. Dr. med. _____ im _____ (Deutschland) die einzige durchführbare Art, um die Pathologie, 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? Diese Operationsmethode von Prof. Dr. _____ ist ein Standardzugang zu Tumoren in diesem Gebiet und wäre von uns in der gleichen Art und Weise durchgeführt worden, wenn wir die Indikation zur Operation in der gleichen Weise gestellt hätten. Eine Alternative für die Behandlung besteht in einer sogenannten Liquor Umleitung mit einer Ventrikulostomie, bei der lediglich der Hirnwasserfluss umgeleitet wird. Dies ist eine Alternative, die wir ebenfalls mit der Patientin besprochen hätten. 4. Eventuelle Bemerkungen Die Patientin ist unabhängig von unserer Beurteilung am 29.04.2015 auch in der neurologischen Klinik von Prof. _____ am _____ untersucht worden. An Symptomen wird dabei berichtet über

Spannungskopfschmerzen mit Nausea, einen unsystematischen Schwindel ohne Anzeichen eines peripheren Defizites, des Weiteren besteht auch eine Schlafstörung. In der Beurteilung des Verlaufes haben die neurologischen Kollegen bereits damals klar festgestellt, dass von der ersten Diagnose im Jahr 2011 bis zum Zeitpunkt 2015, aber auch darüber hinaus bis 2017, keine Größenveränderung des relativ kleinen Tumors zu beobachten war. Es besteht insbesondere auch keine Symptomatik durch die Lokalisation des Tumors im Sinne einer Augenmuskelerkrankung, die am wahrscheinlichsten gewesen wäre. Zusammenfassend muss man sagen, dass es sich um einen eher Zufallsbefund handelt ohne klare klinische Korrelation. Hätte die Patientin sich bei uns vorgestellt, wären wir mit einer Indikation, d.h. ein Versprechen, dass ihre Beschwerden besser werden, aufgrund der stationären Grösse und der fehlenden klinischen Korrelation eher zurückhaltend gewesen. Wenn wir gesehen hätten, dass sich an dieser Stelle ein Liquoraufstau entwickelt oder der Tumor wächst, hätten wir ebenso die Indikation gestellt, und dann die gleiche Technik und das gleiche Vorgehen wie Herr Prof. _____ in _____ gewählt. Die Fragen von Frau RI 1 möchte ich nicht einzeln, sondern zusammenfassend beantworten. Wir wurden von der CO 1 angefragt ob diese Operation auch bei uns möglich sei und wir haben dies bejaht. Als Frau RI 1 2015 von Herr Prof. _____ untersucht wurde, haben wir darüber keine Kenntnis gehabt. Professor _____ sieht keine Operationsindikation, sondern war eher zurückhaltend, weil der Befund und die Symptome nicht gut korreliert hatten. Wir wären in jedem Falle kontaktiert worden, wenn diese Indikation für einen Eingriff von seiner Seite hergesehen worden wäre. Hätten wir die Unterlagen im Juli 2015 mit diesem Tumor gesehen, hätten wir keine Operation mit dem Ziel der kompletten Entfernung des Tumors empfohlen, weil kein Wachstum des Tumors in der jahrelangen Bildkontrolle vorliegt und die Symptomatik gemäss Neurologen nicht mit der Lokalisation des Tumors korreliert. Wir sehen diese Tumore ebenfalls und beobachten diese teilweise über viele Jahre, bzw. Dekaden, kein Wachstum. Ein Eingriff diesbezüglich ist kein Standard, eher wird gewartet, bis ein Wachstum oder eine korrelierende Symptomatik nachgewiesen werden kann, um das Risiko unnötiger Operationen zu vermeiden. Diese Art von Operation führen wir regelmässig am _____ durch, teilweise operieren wir auch Patienten ausserhalb der Schweiz gemeinsam mit Kollegen. Die Ergebnisse hängen immer von der unterschiedlichen Pathologie, Lokalisation, Grösse und vielen Faktoren ab. Zusammenfassend können wir sagen, dass die Risiken der Operation in dieser Lokalisation bezüglich der Augenmuskelerkrankungen signifikant sind und nur unter speziellem Monitoring und Navigation durchgeführt werden sollen. Das _____ ist bekannt durch die besondere Expertise im Neuromonitoring durch die Leitung und Person von Frau PD Dr. med. _____, die diese Art der Überwachung als Schwerpunkt in _____ etabliert hat und international renommiert ist. Den Eingriff hätte der Direktor persönlich mit der grössten Erfahrung oder sein Stellvertreter Prof. med. _____ durchgeführt, beide weisen ein signifikantes Erfahrungsspektrum auf. Trotzdem ist zu sagen, dass diese Art von Tumoren selten ist und nur an wenigen Orten auf der Welt eine grosse Erfahrung gesammelt wurde. Am _____ hätte die Patientin mit der gleichen Operation mit einem suprazerebellären Zugang und eine dann intraoperative weitgehende Tumoresektion bzw. vollständige Tumoresektion behandelt werden können. Die Operation beurteilen wir als riskant und gefährlich hinsichtlich einer Funktionsstörung der Augenmuskeln, nicht gefährlich aufgrund von anderen Funktionsstörungen. Postoperativ ist keine weitere Behandlung erforderlich bei der Diagnose, die die histologische Untersuchung als dystembryoblastischer neuroepithelialer Tumor WHO Grad I erbracht hat. Die stationäre

Behandlung im Inselspital hätte etwas 7 Tage gedauert, ob eine anschliessende Rehabilitation überhaupt notwendig gewesen wäre können wir so nicht einschätzen. Wie bereits erwähnt, hätten wir aufgrund der unveränderten Grösse und der auch von unseren neurologischen Kollegen bestätigten geringen Korrelation zu den klinischen Symptomen zu diesem Zeitpunkt keine Operation vorgeschlagen. Aufgrund der Dokumentation die wir von Prof. _____ in den Händen halten, sind wir nicht der gleichen Meinung, dass eine klare Indikation zur Operation bestand. Das kann gerne durch andere Kollegen ebenso beurteilt werden. Das Ergebnis das von Herrn Prof. _____ durchgeführten Operation ist sehr gut, die postoperativen MRI-Bilder sehen optimal aus bei unbeeinträchtigten Nachbarstrukturen. Ich kenne Prof. Dr. _____ persönlich und aus beruflicher Sicht und habe mit ihm auch in verschiedenen Kommissionen in Deutschland bereits zusammengearbeitet. Seine Erfahrung im Bereich von Tumoren in diesem Gebiet sind überdurchschnittlich gross, er hat als Zentrum in _____ was Hirnstammkarvernome und Hirnstammgliome angeht, sicher eine der grössten Erfahrungen weltweit und ist als Koryphäe anerkannt. Diese Einschätzung ändert die vorher gemachten Aussagen bezüglich der Indikation des Zugangs und der Möglichkeit der auch am _____ nicht." (Doc. XIX) In data 12 giugno 2020 il Prof. dr. med. _____ ha preso posizione, affermando: " Mrs. RI 1 underwent a complex neurosurgical procedure on 28.11.2017 at our institution for removal of an intrinsic tumor of the dorsal midbrain, the so-called mesencephalic tectum. She received medical treatment at our institute from 27.11. to 08.12.2017. The surgical procedure in this area of the brainstem is by far not a routine or «standard» operation. To be able to remove such kind of tumor completely and without permanent neurological deficit requires long-standing experience with brainstem surgery. Moreover, there was a clear indication for surgery because these tumors can transform over time into a malignant glioma when they remain intreated; but then, harboring a malignant tumor in this area of the brainstem constitutes a totally different, even life-threatening situation for the patient. If any expert claims that this operation is a «standard procedure», he or she should demonstrate the number of previous interventions and their surgical results in really comparable cases. Other lesions in the pineal region cannot directly be compared with the tumor of Mrs RI 1." (doc. FFF) Il 16 giugno 2020 il dr. med. _____, curante della ricorrente ha precisato: " (...). Per quanto mi compete, avendo letto tutta la documentazione in merito, la Sig.ra RI 1 soffriva di un raro tumore cerebrale localizzato nella profondità dell'encefalo. L'evoluzione naturale della lesione, crescita ed invasione locale, l'incombente idrocefalia, conseguenza inevitabile della compressione dell'acquedotto di Silvio, gli insistenti malori, da più specialisti imputati a transitori aumenti della pressione endocranica evocata da transitorie occlusioni dell'acquedotto Silvano, prodromo dell'ostruzione definitiva, hanno indotto a considerare opportuna ed inevitabile la sua rimozione nonostante le rilevanti difficoltà operatorie. Come riconosciuto da ogni specialista precedentemente consultato, tale intervento era estremamente complesso nonché degno di un'elevata e rara specializzazione. Gli specialisti nazionali che si sono chinati sul caso hanno riconosciuto la gravità della lesione, la necessità di operare, ma nessuno di questi ha mai manifestato con chiarezza la propria disponibilità a farlo esprimendo timori, dubbi e non dando certezze in merito all'esito dell'intervento. Si tratta di una lesione rara e sono pochi coloro che vantano una casistica adeguata in casi siffatti. Il Prof. Dr. med. _____ è esperto nella chirurgia del tetto mesencefalico e si è subito detto pronto ad intervenire dando certezze sulla riuscita. La gravità della malattia, il bisogno di dargli soluzione, l'assenza di certezze e disponibilità del nostro sistema sanitario l'hanno

finalmente condotta alle cure del Prof. Dr. med. _____.

E. 5

OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente. L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente.

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

Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria. Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti dell'art. 36 OAMal (cfr. anche DTF 141 V 612 consid. 7.1).

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

Ciò significa che l'interessata non può avvalersi delle prestazioni fornite dal sistema sanitario nazionale e della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM; cfr. anche sentenza 36.2019.12 del 21 marzo 2019, consid. 2.6).

Ne segue che al caso di specie sono applicabili unicamente le norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal (cfr. anche la sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2 { [] Considerate le censure del ricorrente, solo è contestata la possibilità di effettuare le cure medico-sanitarie in Svizzera. Pacifica l'applicazione delle norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal (la clinica G. _____ di Vienna è una clinica privata

che ha fatturato le proprie prestazioni secondo tariffe private e al di fuori del sistema sanitario statale austriaco), come pure che non vi era urgenza delle cure -art. 36 cpv. 2 OAMal- in Austria (presupposto per eccepire al principio di territorialità delle cure in Svizzera consacrato all'art. 34 cpv. 2 LAMal)[] e sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.3, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. pure DTF 141 V 612 consid. 7.1; cfr. anche sentenza 36.2019.12 del 21 marzo 2019, consid. 2.6).

2.9. Come visto, solo l'urgenza ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal o gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücken"), giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2).

Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal, esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

Il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire, nell'ambito di cure ospedaliere o semi-ospedaliere fuori dal Cantone di domicilio, i cui principi sono applicabili mutatis mutandis alle cure fuori dalla Svizzera (cfr. DTF 127 V 146 consid. 5), che vi è urgenza se l'intervento medico risulta inderogabile e non è possibile o comunque non è appropriato imporre alla persona assicurata di rientrare nel proprio cantone di domicilio per sottoporsi alla cura necessaria (DTF 138 V 510, consid. 5.1, sentenza 9C_408/2009 del 3 settembre 2009, consid. 9.1 = SVR 2010 KV n. 1 pag. 1; sentenza 9C_144/2015 del 17 luglio 2015, consid. 4.2.1). Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.3; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2).

In concreto l'urgenza va esclusa d'acchito, giacché l'intervento è stato pianificato molto tempo prima.

Infatti, il Prof. dr. med. _____, in uno scritto del 5 ottobre 2017, ha chiesto alla medesima ricorrente di mettersi in contatto con la segretaria per fissare una data se avesse avuto intenzione di sottoporsi all'intervento (doc. BB: ■Should you decide to undergo surgery in _____, my secretary will be available for an appropriate appointment■) e agli atti è stata prodotta la lettera del

E. 9

ottobre 2017 dell'_____ alla ricorrente con l'indicazione che le cure sarebbero costate circa Euro 50'000 e che è stata riservata la data del 27 novembre 2017 per l'intervento (doc. 16).

La ricorrente si è pertanto espressamente recata in Germania per sottoporsi all'operazione prospettata dal Prof. dr. med. _____.

Rammentato che l'interessata non si trovava in Germania quando è entrata in ospedale e che da quando ha deciso di sottoporsi all'intervento all'estero ad inizio ottobre 2017 fino al suo ricovero, il 27 novembre 2017, è trascorso diverso tempo, la tesi dell'urgenza medica non può trovare accoglimento (cfr. anche sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011 dove il TF si è espresso a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché eseguito un mese dopo il ricovero; sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010; sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009; sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.1 [■Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto

urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003]; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003; sentenza K 83/01 del 31 agosto 2001).

2.10. Resta da esaminare se in Svizzera vi sono gravi lacune nell'offerta sanitaria da necessitare un intervento in Germania.

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 145 V 170 e DTF 134 V 330).

In concreto dagli atti emerge che RI 1 negli anni 2011-2014 ha proceduto a numerosi esami medici volti a stabilire diagnosi ed origine delle patologie, segnatamente vertigini e cefalee, che la affliggevano.

Nel 2015, a causa del peggioramento della sua situazione valetudinaria, il _____ di _____ ha chiesto una seconda valutazione al Prof. dr. med. _____ dell'_____ di _____ il quale, il 29 aprile 2015, ha ritenuto la necessità di ulteriori approfondimenti, anche in ambito psicologico/psicosomatico (doc. G).

Il 22 luglio 2015 il Prof. dr. med. _____, Direttore della Clinica oncologica dell'Ospedale universitario di _____, ha ipotizzato, quale origine del problema alla salute, le ostruzioni intermittenti dell'acquedotto di Silvio con una pressione intracranica, ossia una lesione gliale di basso grado, rilevando l'assenza di una trasformazione maligna della patologia (doc. H: ■Radiologisch liegen keine Hinweise für eine maligne Transformation vor, klinisch kommt es möglicherweise zu wiederholten intermittierenden Obstruktionen des Aquädukts mit Zunahme des intrakraniellen Drucks■). Il 31 luglio 2015 lo specialista ha precisato che un intervento non avrebbe comportato un miglioramento della sintomatologia, che una resezione totale del tumore non sarebbe stata possibile a causa della sua posizione ed ha evidenziato che il rischio di una trasformazione in un tumore maligno era tuttora presente, pur se non attuale (doc. H e L: ■Von einer Intervention erwarten wir keine Besserung dieser Symptomatologie. Eine komplette Resektion ist bei dieser Lokalisation nicht möglich, das Risiko einer allfälligen malignen Transformation bleibt bestehen (ist aber zur Zeit nicht aktuell)■). Egli ha consigliato di continuare a monitorare la situazione in attesa dello sviluppo della patologia (doc. L).

Il 28 ottobre 2016 lo specialista ha confermato che il glioma non era nel frattempo progredito (doc. P: ■Verlaufskontrollen hatten bisher erfreulicherweise keinen Progress des Glioms ergeben■ e ■In der Bildgebung findet sich weiterhin erfreulicherweise kein Anhalt für einen Progress■).

Il Prof. dr. med. _____, primario del _____ di _____, posta la diagnosi di probabile glioma di basso grado della lamina quadrigemina, il 15 luglio 2015, dopo aver discusso la possibilità di un intervento chirurgico per l'asportazione del tumore o di una derivazione ventricolo-peritoneale, ha chiesto al Prof. _____, FMH neurochirurgia, dell'Ospedale universitario di _____, un ulteriore parere (doc. M) ed il 1° ottobre 2015 ha affermato che la ■cosa più ragionevole■ è di eseguire controlli di decorso nel mese di gennaio 2016 (doc. N).

Dopo ulteriori controlli ed in seguito al deteriorarsi della situazione valetudinaria, il 6 luglio 2017 la dr.ssa med. _____, specialista in neurologia presso la Clinica _____, ha

affermato che ■chiaramente diversi specialisti hanno sconsigliato alla paziente di sottoporsi ad un intervento se non in caso di una progressione clinica o apparizione di complicanze (idrocefalo). Sarebbe comunque utile agganciare la paziente ad un servizio universitario svizzero per controlli periodici in modo che in caso di necessità la paziente abbia un neurochirurgo di riferimento. Mi sto quindi informando quale sia il centro migliore con maggiore competenze del caso. Invierò anche le immagini al prof. _____, _____, ex-primario dell'ospedale universitario di _____ per un parere■ (doc. R).

Il 31 luglio 2017 il Prof. dr. med. _____ dell'_____ di _____ ha proposto un intervento chirurgico (doc. AA: ■[] As these tumors tend to gradually (though slowly) increase in size and then cause local compression with the consequence of occlusive hydrocephalus, there is a clear indication for microsurgical removal. The larger the tumor volume becomes, the more difficult and risky will be the surgery. Removing such a tumor in a rather earlier stage is therefore the best management, with the best prognosis in terms of postoperative side effects []■).

Il 12 agosto 2017 il curante, dr. med. _____, del _____, ha affermato che ■i disturbi di cui soffre sono di non facile interpretazione, potenzialmente riconducibili al tumore cerebrale che l'■affliggono con insistenza crescente. La loro insistenza ha alimentato l'■ipotesi operatoria fino ad ora rimandata per l'■elevato rischio operatorio. Il Prof. _____ (_____) la aveva proposta già nel 2015 ma ha ammesso la poca esperienza in casi simili. È stata visitata dal prof. _____ (Primario neurochir. _____) che dopo aver studiato il caso e eseguito una RM PET ha rinunciato all'■intervento considerandolo eccessivamente rischioso. L'■unico che vanta una competenza ed una casistica adeguata, è intervenuto su oltre 70 casi con esiti apparentemente accettabili, è il prof. _____ di _____ (ex _____). Consulteremo il Prof. _____ (neurologo di _____ ex _____ che seguiva la malata prima del suo incarico negli _____ e decideremo come procedere■ (doc. 10).

Il dr. med. _____, primario di neurochirurgia presso l'■Ospedale universitario di _____, l'■11 settembre 2017, preso atto di un ulteriore esame (PET) del 3 agosto 2017, ha ritenuto sufficiente continuare a monitorare la situazione (doc. V: ■The Pet report should not be overestimated. ■Marginal vermehrte Aktivität■ means nothing, there is still no signs of malignant transformation of the tumor. I still do not believe that this tumor is causing an intermediate obstructive hydrocephalus and therefore would refrain from any aggressive treatment, as this will definitely cause a morbidity for you. The extent of the tumor should also be relative, such tumors may also stay stable for many years, even after the being proved to have increased a bit in the past. Therefore, I remain by my recommendation to follow up the situation. This concept will definitely give you some years of the guaranteed quality of life■).

Il 5 ottobre 2017 il Prof. dr. med. _____, in seguito alla consultazione del 29 settembre 2017, ha esposto alla ricorrente la possibilità di intervenire chirurgicamente (doc. BB: ■I have explained you in detail the morphology of this lesion as well as the possible treatment options. As I have operated on numerous patients with very similar lesions successfully, I consider this finding clear indication for microsurgical removal. The lesion can be exposed via a supracerebellar infratentorial approach, possibly combined with a second exposure through the superior part of the 4 ventricle. In my previous similar cases it

was possible to completely remove the tumor and obtain a precise histopathological diagnosis. Depending on the final histopathological result, additional treatments such as radiotherapy or chemotherapy can be necessary, however, only if the tumor turns out as being a high grade glioma, which is rather unlikely in your case■).

Il 7 novembre 2017 l'■insorgente ha scritto all'■assicuratore chiedendo informazioni circa la copertura dei costi (doc. 17).

Il 17 novembre 2017 l'■assicuratore ha risposto affermando di necessitare di una valutazione oncologica più recente poiché quella dell'■Ospedale universitario di _____ era di oltre due anni prima e ha invitato l'■insorgente a trasmettere una rivalutazione al più presto possibile, in modo da poter far esaminare il caso al medico fiduciario. Inoltre l'■ha avvisata che se fosse possibile rilasciare la garanzia per l'■estero, la Clinica germanica dovrebbe comunque accettare il formulario europeo S2 per il diritto alle cure programmate (doc. 20).

Il 20 novembre 2017 la dr.ssa med. _____ ha chiesto all'■assicuratore la garanzia dell'■assunzione dei costi all'■estero (doc. MM).

Il 28 novembre 2017 l'■assicurata si è sottoposta all'■intervento (doc. DD).

Il 28 gennaio 2019 l'■assicuratore ha interpellato il Prof. dr. med. _____, direttore e ■médecin-chef■, specialista in neurochirurgia, presso l'■_____ di _____, chiedendogli:

2.11. Pendente causa il TCA il 6 marzo 2020, dopo aver chiesto alle parti di proporre le loro domande, ha interpellato il Prof. Dr. med. _____, affermando:

In data 12 giugno 2020 il Prof. dr. med. _____ ha preso posizione, affermando:

Il 16 giugno 2020 il dr. med. _____, curante della ricorrente ha precisato:

Il 7 novembre 2017 ella ha scritto un'■e-mail di 5 pagine all'■assicuratore, senza tuttavia accennare a precedenti contatti telefonici, affermando che ■mi devo operare alla testa a causa di una lesione gliale di basso grado e avrei bisogno di sapere se vi sono problemi di copertura da parte della cassa malati■, rilevando che ■quale diretta interessata, nonché giurista, mi sono informata a tal riguardo e, come verrà dimostrato, ritengo che siano adempiute le condizioni per richiedere una copertura da parte vostra■ ed aggiungendo che ■purtroppo in Svizzera, come traspare dallo scritto del mio medico curante e dal referto del dr. _____ allegati, nessuno sembra intenzionato ad assumersi il rischio di operarmi a causa della localizzazione del tumore ()■ (doc. 17).

Il

E. 14

novembre 2017 l'■assicuratore ha risposto affermando che la richiesta è stata inviata la settimana precedente al ■gruppo International■ che si occupa delle prestazioni all'■estero e sarebbe stata valutata dal servizio medico fiduciario (doc. 18). Il 17 novembre 2017 CO 1 ha precisato che il caso è stato sottoposto al medico di fiducia, che tuttavia avrebbe necessitato di valutazioni più recenti, segnatamente ulteriori esami dell'■Ospedale universitario di _____. L'■assicuratore ha aggiunto che se fosse possibile rilasciare una garanzia per i costi per l'■intervento in Germania, la clinica ■deve essere in grado di accettare il formulario europeo S2 per diritto alle cure programmate. Ulteriori costi per

medici opzionali o privati e per alloggio in una stanza privata o semi-privata rimangono a suo carico (doc. 20).

Dalle tavole processuali si evince inoltre che la ricorrente ha informato l'assicuratore di non aver tempo sufficiente per ottenere un ulteriore parere dall'Ospedale di _____ (doc. 32).

Il 20 novembre 2017 la dr.ssa med. _____ ha scritto all'assicuratore chiedendo di assumersi i costi dell'intervento in Germania (doc. 21), mentre in un referto del 24 ottobre 2019 afferma, tra le altre cose, che non è stato possibile, per tempo, chiedere consenso alla Assicurazione malattia della paziente a causa del rischio di idrocefalo e di un'ulteriore progressione del tumore (doc. R).

Secondo l'art. 43 cpv. 2 LPGA se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi.

Ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGA se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia.

Secondo la giurisprudenza l'amministrazione può ordinare l'allestimento di una perizia e rendere attento l'assicurato del suo obbligo di collaborare. È possibile, in caso di rifiuto di collaborare, dopo comminatoria ed assegnazione di un termine di riflessione, sanzionare la persona assicurata, ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGA, anche con la sospensione delle prestazioni fino al momento in cui la persona assicurata si dichiara disposta a sottoporsi senza riserve alla perizia ordinata mediante decisione cresciuta in giudicato (sentenza 9C_244/2016 del 16 gennaio 2017, consid. 3.1 con rinvio alla DTF 139 V 585).

Giusta l'art. 6 n. 1 CEDU, ogni persona ha diritto a un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta.

Nel campo di applicazione dell'art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell'assistenza sociale (cfr. STF 8C_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54 seg. consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. STF 8C_504/2010 del 2 febbraio 2011). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C_63/2019, 8C_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.1.; STF 8C_528/2017 del 19 dicembre 2017 consid. 1.3., pubblicata in SJ 2018 I 275; STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3.; STF 8C_665/2014 del 23 marzo 2015 consid. 4; STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti).

Una semplice richiesta di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale ■ nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di un'assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente ■ o di interrogatorio delle parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3.; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2).

L'Alta Corte ha, inoltre, stabilito che il rifiuto di differire un'udienza pubblica fondato su motivi obiettivi non è in contrasto con il diritto federale e, in particolare, con l'art. 6 n. 1 CEDU (sul tema cfr. tuttavia DTF 136 I 279; DTF 127 V 491; STF 8C_504/2010 succitata).

In proposito cfr. pure STCA 38.2018.31 del 12 ottobre 2018 consid. 2.7.; STCA 38.2018.39 del 10 ottobre 2018 consid. 2.8.

Nella presente evenienza - contrariamente a quanto esige la giurisprudenza federale -, la ricorrente non ha formulato un'esplicita richiesta di indire un pubblico dibattimento, né una richiesta di audizione al fine di esporre il proprio punto di vista sulle risultanze probatorie, ma ha semplicemente citato nel ricorso, nell'elenco delle prove■ (doc. I pag. 32), al punto 6: ■udienza■ (doc. I, pag. 33).

La medesima ha, quindi, in sostanza chiesto l'assunzione di una nuova prova.

In concreto, in ossequio dell'art. 29 cpv. 2 Cost, l'insorgente ha potuto far valere diffusamente le proprie argomentazioni per iscritto (cfr. STF 8C_550/2017 del 12 gennaio 2018), tramite il ricorso, la replica e le osservazioni alle risposte fornite dal Prof. dr. med. _____ interpellato dal Tribunale.

Conformemente, poi, alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

Nel caso di specie, ritenuto che i documenti presenti all'inserto e gli accertamenti effettuati nelle more processuali già consentono al TCA di emanare il proprio giudizio, questo Tribunale ritiene che l'assunzione delle prove postulate nelle more processuali, compresa l'udienza, non potrebbe mettere in luce nuovi elementi concreti ai fini della risoluzione della vertenza.

Ne discende che la richiesta di assunzione di ulteriori prove dell'insorgente deve essere respinta.

2.20. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione su opposizione impugnata merita conferma, mentre il ricorso deve essere respinto.

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