

## **TI\_GERICHTE 36.2019.88 vom 9. Dezember 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-12-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.88](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.88)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.88 du 9 décembre 2019

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.88 del 9 dicembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

deve assumersi anche i costi dei trattamenti effettuati presso il medesimo nosocomio, ma nel corso del 2017, è oggetto di un'altra decisione su opposizione e di un'altra procedura (inc. 36.2019.87). Nel merito 2.2. 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). 2.3. 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. A questo proposito si veda 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. 2.4. Secondo l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 no. KV 132 pag. 283 seg. consid. 3). L'Alta Corte ha già avuto modo di rilevare come, in presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia, in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal, acquisti importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni. Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 no. KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). Non potendosi tuttavia giustificare, in vista di un'eventuale assunzione delle prestazioni effettuate all'estero, un trattamento meno restrittivo rispetto a quello riservato in ambito intercantonale per le prestazioni fornite, per necessità d'ordine medico, in un altro Cantone che non sia quello di domicilio, la valutazione dell'amministrazione dovrà tenere conto, mutatis mutandis, dei principi sviluppati in tale contesto e, quindi, limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno (in concreto: all'estero) dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Di conseguenza un'eccezione al principio della territorialità secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal in relazione con l'art. 34 cpv. 2 LAMal presuppone la prova che in Svizzera non esista nessuna possibilità di cura oppure che nel caso concreto per la persona interessata un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (DTF 145 V 170, consid. 2.3; sentenza del 14 ottobre 2002 K 39/01, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 145 V 170; DTF 127 V 147 consid. 5), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 145 V 170, consid. 2.3; sentenza citata del 14 ottobre 2002 K 39/01 consid. 1.3). 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 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, in un caso relativo all'adattamento del sesso e alla falloplastica, con prevalenza della disforia di genere, 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 doversi 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, comporti 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. In concreto, 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 attualizzato 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 pag. 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 aprile 2018. Al caso di specie trova di principio applicazione 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, 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. 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). 2.7. In concreto, dal ricorso emerge che a RI 1, all'età di circa due anni, è stata diagnosticata una distrofia muscolare del tipo Duchenne, che ha comportato la necessità di sottoporlo costantemente a controlli specifici e periodici presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Il decorso clinico della malattia è stato più rapido rispetto ad altre persone affette dalla stessa patologia e nel 1999 è stato chiesto all'AI, che ha accettato, di assumere i costi di una valutazione all'estero per poter determinare in maniera più certa la diagnosi e per mettere in atto una terapia adeguata. In seguito alla valutazione effettuata all'estero, è emerso che RI 1 è affetto da un caso raro e particolarmente grave di Duchenne e per questo motivo è stato visitato dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Lo specialista, il 27 maggio 2005, ha rilevato la presenza di problemi cardiaci, respiratori ed alla schiena. Dal ricorso risulta che il 25 luglio 2005 l'UAI, con parere positivo dell'UFAS, ha riconosciuto sia i costi di un In-exsufflator, sia le spese di istruzione all'uso per i suoi genitori. L'istruzione ha avuto luogo a \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale \_\_\_\_\_. L'UAI, dopo aver interpellato l'UFAS, ha inoltre preso a carico la correzione chirurgica della scoliosi, effettuata a \_\_\_\_\_ con la supervisione del dr. med. \_\_\_\_\_. Il 6 giugno 2011 RI 1 è stato ospedalizzato d'urgenza presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e trasferito il giorno successivo con la Rega agli Ospedali universitari di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in seguito a difficoltà ad alimentarsi a causa di una candida. In quell'occasione gli specialisti degli \_\_\_\_\_ avrebbero voluto effettuare una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), ossia una tecnica che consente la nutrizione enterale, in narcosi, ciò che avrebbe comportato una tracheotomia. In seguito all'opposizione della madre e dello stesso RI 1, con il sostegno del Dr. med. \_\_\_\_\_, non si è proceduto in tal senso. Il 30 marzo 2012 il pediatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_ ha chiesto all'UAI la copertura dei costi per un soggiorno di 4 giorni presso la Clinica del dr. med. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, necessario per valutare gli aspetti relativi alla malattia (situazione della colonna vertebrale, cardiaca, polmonare e muscolare) e per una proposta

complessiva di come continuare la terapia. L'UAI ha riconosciuto le cure impostate in Svizzera su indicazione del dr. med. \_\_\_\_\_ ed il costo degli apparecchi necessari, ma non le visite effettuate in Italia, ritenuta la necessità di interpellare dapprima l'UFAS. Dopo un iter che ha portato questo Tribunale a stralciare, in data 13 ottobre 2014, il ricorso contro il rifiuto dell'UAI di riconoscere le spese di cura all'estero, in seguito alla transazione tra le parti secondo cui gli atti andavano ritornati all'AI per raccogliere ulteriori precisazioni presso gli \_\_\_\_\_ e il dr. med. \_\_\_\_\_, prima di sottoporre la pratica all'UFAS (inc. 32.2014.109), con comunicazione del 24 marzo 2015 l'UAI, raccolto il parere del 29 gennaio 2015 dell'UFAS, ha riconosciuto l'assunzione dei costi relativi alla cura medica ed ai controlli medici effettuati presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. A questo proposito l'UFAS, il 29 gennaio 2015, ha affermato: " L'assicurato in questione è affetto dalla malattia di Duchenne, la cui progressione è stata particolarmente rapida (deambulazione impossibile sin dai 7 anni e insufficienza respiratoria che ha reso necessaria una ventilazione sin dai 12 anni). L'assicurato è curato in particolare dal dottor \_\_\_\_\_ (Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), che propone un approccio multidisciplinare specifico a questo tipo di pazienti. Nell'aprile 2013 avevamo risposto che sembrava possibile offrire in Svizzera un trattamento per questo genere di patologia, ma che era necessaria una conferma da parte dei centri competenti. Secondo le informazioni risultanti dalle nostre richieste di conferma, gli ospedali di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sono centri di riferimento in materia. Va notato tuttavia che la risposta dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ rimane vaga riguardo al presente caso. I centri di riferimento in Svizzera offrono però un tipo di trattamento diverso da quello dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Ad esempio, nel giugno 2009 l'assicurato, affetto da una candidosi che gli impediva di alimentarsi, è stato ricoverato d'urgenza agli \_\_\_\_\_, dove si è rivelato necessario applicare una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG). Per permettere questo intervento, gli \_\_\_\_\_ hanno proposto un trattamento comprendente una tracheostomia, che l'assicurato e la madre hanno rifiutato. L'opzione di applicare una PEG senza anestesia totale né tracheostomia, come eseguito dal dottor \_\_\_\_\_, è stata preferita dall'assicurato. Dopo aver effettuato alcune ricerche sulle varie tecniche chirurgiche utilizzate per l'applicazione di una PEG a pazienti affetti da distrofia muscolare, abbiamo constatato che ne esistono diverse, che dipendono, tra l'altro, dalle condizioni mediche del paziente. Al momento di decidere quale tecnica utilizzare bisogna inoltre prendere in considerazione, oltre agli elementi importanti per l'anestesia, anche aspetti etici nonché le preferenze del paziente. Gli \_\_\_\_\_ e l'Ospedale \_\_\_\_\_ propongono tecniche diverse. L'esempio summenzionato illustra le differenze esistenti del trattamento proposto dai diversi centri. Trattandosi di pazienti molto particolari, per i quali la valutazione della situazione si basa su numerosi criteri e richiede praticamente un'analisi nel caso specifico, l'amministrazione non può basarsi su nessuna linea direttiva per prendere una decisione. Giusta l'articolo 23 bis capoverso 3 OAI, se un provvedimento d'integrazione è eseguito all'estero per altri motivi ritenuti validi, l'assicurazione ne risarcisce le spese al massimo fino a limite richiesto da tale provvedimento, se fosse stato eseguito in Svizzera. Nella fattispecie, le condizioni mediche dell'assicurato nonché la complessità e la specificità del trattamento costituiscono questi <<altri motivi ritenuti validi>>. Raccomandiamo quindi l'assunzione dei provvedimenti sanitari eseguiti all'estero." (doc. A5) L'assicuratore non contesta lo svolgimento dei fatti sopra presentati, così come descritti dall'insorgente nel ricorso. Quest'ultimo, anche dopo il compimento del ventesimo anno di età, ha continuato ad usufruire del sostegno del dr. med. \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ . In seguito al rifiuto dell'assicuratore di rimborsare i costi pari a Euro 1'489.47, rispettivamente Euro 1'379.34 per i trattamenti effettuati presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dall'8 aprile 2014 all'11 aprile 2014 e dal 22 aprile 2014 al 24 aprile 2014, in data 5 maggio 2015 la madre dell'insorgente ha scritto all'assicuratore, chiedendo di rivedere la decisione. Essa ha affermato: " in considerazione della recente decisione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Canton Ticino, che qui vi allego, e a sostegno della richiesta già a suo tempo effettuata dal Dott. \_\_\_\_\_ (lettera del 25.03.2014), medico curante di mio figlio \_\_\_\_\_, vi prego, con la presente, di voler riconsiderare la vostra posizione a margine dell'assunzione dei costi, dopo il compimento dei 20 anni, relativi ai controlli medici che RI 1 effettua annualmente presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (vostra del 9.4.2014), prevedendo il rimborso delle cure già beneficiate (vedi allegati) e garantendo per le future. Infatti, pur riconoscendo che in Svizzera vi siano istituzioni preposte al trattamento di pazienti affetti da Duchenne, ritengo, conformemente a quanto riconosciuto dall'UFAS (vedi presa di posizione allegata), che vi siano motivi validi per richiedere il risarcimento delle spese al massimo fino al limite richiesto dal provvedimento, se fosse stato eseguito in Svizzera. Essi risiedono nelle particolari condizioni mediche di RI 1, nonché nella complessità e specificità del trattamento richiesto da una progressione della malattia particolarmente rapida che esige, se non si vuole incorrere in complicazioni costose e non necessarie (come avvenuto durante il ricovero a \_\_\_\_\_ del giugno 2009), un approccio multidisciplinare e un'alta valenza esperienziale, non reperibili in Svizzera ma presenti presso la clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Fra le istituzioni presenti in Svizzera e l'approccio perseguito presso la \_\_\_\_\_ dal Prof. \_\_\_\_\_ vi sono infatti approcci diversi: in particolare a \_\_\_\_\_ si tende a prevenire, anticipando il decorso della malattia, il ricorso a tecniche invasive estremamente costose, quali la tracheostomia e la PEG, a vantaggio di procedure, quali l'uso intensivo dell'In-Exufledor e la ventilazione non invasiva (NIV), che se da una parte richiedono un incremento significativo d'assistenza dall'altra assicurano costi inferiori e una miglior qualità di vita. Per i motivi espressi ritengo quindi che, nel caso specifico, il riconoscimento dei costi per gli annuali controlli presso la \_\_\_\_\_ siano di fatto un vantaggio sia per il paziente che per l'assicurazione (...)" (doc. A6) In data 16 giugno 2015 anche la RA 2, in rappresentanza dell'assicurato, ha chiesto l'assunzione dei costi all'estero affermando: " (...) Il rimborso di questi costi in ambito di assicurazione invalidità è stato oggetto di varie indagini presso i centri competenti in Svizzera per trattare la malattia di Duchenne. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS ha concluso che questi centri offrono un tipo di trattamento e tecniche diversi da quello dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Il lavoro di prevenzione delle problematiche "non necessarie", tra le quali il dr. \_\_\_\_\_ cita la tracheotomia – che l'assicurato rifiuta -, e l'accurata presa in carico delle problematiche secondarie, hanno permesso all'assicurato una migliore qualità di vita. (...) Per continuare a garantire quindi all'assicurato una migliore qualità di vita è indispensabile che la situazione possa venir monitorata, almeno una volta all'anno, presso l'Ospedale \_\_\_\_\_. Lo specialista rimane poi in contatto continuo con i curanti elvetici, fornendo loro preziose indicazioni terapeutiche. Ma valutando la situazione anche dal punto di vista economico, si osserva che le prestazioni dei centri universitari di riferimento in materia, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, e le degenze necessarie non sarebbero certo meno onerose rispetto a quelle effettuate in Italia. Dal punto di vista pratico, poi, ritenendo anche la complessità del caso, va prestata particolare attenzione pure al fatto che il paziente e i caregivers possono esprimersi nella lingua madre." (doc. A8) In risposta agli

scritti della madre e della RA 2, con scritto del 10 agosto 2015, l'assicuratore ha affermato: " (...) Pertanto, 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 (articolo 36, capoverso 2 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie – OAMal). A tale proposito, constatiamo che il caso del Signor RI 1 rileva di una necessità medica. Di conseguenza, secondo le raccomandazioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), allegate alla sua lettera del 16 giugno 2015, siamo lieti di comunicare che d'ora in poi rimborseremo tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure le spese di una degenza annua presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, su presentazione di una fattura originale completa e dettagliata. Tuttavia, se dovesse esserci la necessità di maggiori trattamenti, le saremo grati di farci pervenire il relativo preventivo al fine di poter valutare un eventuale presa a carico da parte nostra. Pertanto, il nostro assicurato riceverà prossimamente per posta un nuovo conteggio di prestazioni concernente i trattamenti medici ricevuti dall'8 all'11 aprile 2014 e dal 22 al 24 aprile 2014." (doc. A9) L'assicuratore ha poi rimborsato anche i trattamenti effettuati dall'8 aprile 2015 all'11 aprile 2015 presso il medesimo nosocomio per un importo di fr. 1'572.22 (doc. A12) e dal 29 marzo 2016 al 31 marzo 2016 per fr. 1'546.50 (doc. A14). La convenuta si è invece rifiutata di assumersi i costi del trattamento avvenuto dal 1° marzo 2017 al 3 marzo 2017 per un importo di fr. 1'421.05 (doc. A15) nonché quelli dell'anno successivo per il periodo dal 23 al 24 aprile (doc. A16) e del 2019, dal 20 al 21 maggio (doc. A17). In seguito al diniego dell'assicuratore, con certificato del 2 ottobre 2018 il curante, dr. med.

\_\_\_\_\_, specialista FMH in pediatria, ha affermato: " (...) Con la presente certifico che è assolutamente necessario che RI 1 possa venir seguito annualmente dal Dr. \_\_\_\_\_ all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. In effetti la malattia di Duchenne è una malattia complessa che coinvolge diverse problematiche e non solo quella muscolare. RI 1 ha avuto uno sviluppo della malattia drammatico in quanto i sintomi sono iniziati prima della media e già a 12 anni non poteva più muoversi. Tutt'ora il decorso della malattia è veloce e drammatica. Il problema è stato anche che la funzione polmonare è pure peggiorata in maniera drammatica, così come le difficoltà di alimentazione e la funzione cardiaca. RI 1 è da sempre visto 1 volta all'anno dal centro a \_\_\_\_\_, centro che lo conosce bene e che ha di gran lunga una migliore esperienza di ogni centro svizzero e il Dr. \_\_\_\_\_ è conosciuto in tutta Europa attraverso i suoi numerosi studi e articoli. Durante il controllo annuale viene fatto un check globale, così da uscirne con nuovi parametri per la respirazione, per l'ortopedia, per la cardiologia e per il metabolismo. Dovessimo fare questo in Svizzera vorrebbe dire consultare più specialisti e il prezzo a carico della cassa malati, e quindi degli assicurati, sarebbe di gran lunga superiore." (doc. 7) Da parte sua, il 9 gennaio 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in medicina generale FMH, medico fiduciario, ha rilevato: " (...) Trattamento proposto dal medico curante: Applicazione di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) senza anestesia totale né tracheostomia in Italia. Conclusione: PEG in Svizzera (\_\_\_\_\_) possibile, ma con tracheostomia. La famiglia ha scelto di fare la PEG all'estero (\_\_\_\_\_) senza tracheostomia previo accordo dell'UFSP. I trattamenti effettuati tra il 2014 e il 2016 sono stati rimborsati in quanto si pensava che fossero alternative alla tracheostomia, accettata dall'UFSP (recte: UFAS), ma in realtà si trattava di "check-up" / controlli che l'assicurato effettua annualmente in questa clinica privata di \_\_\_\_\_. Tutti i centri di neuroriabilitazione in Svizzera offrono questi

trattamenti in Svizzera. Pertanto, i criteri di cui all'articolo 36 dell'OAMal non sono soddisfatti, in quanto l'AOCMS assume soltanto i costi dei trattamenti di emergenza." (allegato doc. 12) L'assicuratore ha pertanto rifiutato di assumersi i costi della visita annua del 2018. 2.8. In concreto, per i motivi che seguono, questo Tribunale ritiene che vi sono numerose lacune nel trattamento della fattispecie, che non permettono, allo stato attuale, di poter decidere con la necessaria tranquillità né circa il diritto applicabile al caso di specie, né circa l'adempimento delle condizioni per poter riconoscere o meno il rimborso del trattamento effettuato all'estero nel 2018. 2.8.1. Per quanto concerne in primo luogo la questione di sapere se le condizioni per il rimborso derivante dalla degenza del mese di aprile 2018 vanno esaminate secondo quanto prevede il diritto interno (art. 36 OAMal), come sembrano sostenere le parti, oppure le norme internazionali (art. 20 n. 2 del regolamento (CE) 883/2004), va evidenziato quanto segue. Come visto al consid. 2.6, il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal sono di principio applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, in concreto l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) 883/2004, 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 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). In concreto l'insorgente, nel 2018, è stato degente presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove è stato visitato anche dal dr. med. \_\_\_\_\_. Con scritto dell'8 maggio 2018 l'allora rappresentante dell'insorgente ha chiesto il rimborso di un importo complessivo di euro 1'728.49, precisando che erano composti di euro 1'249.49 per la degenza presso l'ospedale italiano e di euro 464 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 3). Alla richiesta di rimborso erano stati allegati una fattura di euro 770.49 emessa dal nosocomio con l'indicazione " tipo di assistenza: Privati " e la modalità di pagamento " bancomat " e un " estratto conto totale " di complessivi euro 1'264.49, composti dai citati euro 770.49, nonché da euro 80 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e euro 412 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, con l'indicazione, per quest'ultimo, di " Ricevuta N° 7 del 24/04/2018 ". Inoltre è stata prodotta una fattura del dr. med. \_\_\_\_\_, scritta a mano, del 24 aprile 2018, registrata come ricevuta N. 7, di euro 464, per il periodo 23/4-25/4 (cfr. allegati al doc. 3). Apparentemente la prestazione è avvenuta in ambito privato. Tuttavia l'assicuratore non ha effettuato alcun accertamento in tal senso e l'insorgente non ha fornito indicazioni precise in merito, restando vago al proposito (cfr. doc. I, pag. 10, punto 4). Quest'ultimo non ha neppure spiegato per quale motivo ha prodotto l'" estratto conto totale " del 24 aprile 2018 dove figura un importo di euro 412 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ con l'indicazione " Ricevuta N° 7 " ed una fattura scritta a mano, con la medesima indicazione " ricevuta n. 7 ", stessa data (24.04.2018), per prestazioni dello stesso medico, ma con un importo diverso (euro 464) e che sarebbe da aggiungere all'importo figurante nell'" estratto

conto totale ”. Questa incongruenza non è stata esaminata dall’assicuratore, né l’insorgente si è espresso in merito, rendendo impossibile stabilire l’importo esatto che l’assicuratore potrebbe essere tenuto a rimborsare. Entrambe le questioni (prestazioni fornite in ambito privato o di sistema sanitario nazionale italiano e incongruenze nella fatturazione), necessitano un approfondimento. Infatti, se confermato, come sembra, che le prestazioni sono state fatturate secondo tariffe private al di fuori del sistema sociale italiano di copertura sanitaria, la richiesta di rimborso va trattata unicamente alle condizioni e nei limiti posti dall’art. 36 OAMal, ossia secondo quanto indicato ai consid. 2.4-2.5 della presente sentenza (DTF 141 V 612 consid. 7.1 con rinvio alla sentenza 9C\_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. anche sentenza 9C\_616/2017 del 20 novembre 2017). Se per contro dovesse risultare che la struttura in questione ha fornito le proprie prestazioni nell’ambito del sistema sociale italiano, può pure essere applicato anche l’art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 (cfr. consid. 2.6 della presente sentenza). In tal caso 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. 2.8.2. Vi sono ulteriori motivi per considerare lacunosa la decisione impugnata. L’assicuratore ha motivato la reiezione della richiesta di rimborso delle prestazioni fruite in Italia, oltre alla circostanza che esse non sono dovute ad un’urgenza, ciò che del resto l’insorgente non contesta, con le seguenti considerazioni: “ Il nostro medico di fiducia tramite la sua presa di posizione ci ha confermato che trattamenti simili avrebbero potuto essere eseguiti in Svizzera, In effetti la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) è possibile in Svizzera con tracheostomia. Tuttavia la famiglia ha scelto di fare la PEG all’estero senza tracheostomia previo accordo dell’ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). D’altro canto i trattamenti effettuati tra gli anni 2014 e 2016 sono stati rimborsati in quanto si pensava che fossero alternative alla tracheostomia accettata dall’UFSP, ma in realtà si trattava di un check-up, controlli che il nostro assicurato effettuava annualmente nella clinica privata di \_\_\_\_\_. È utile precisare che tutti i centri di neuroriabilitazione svizzeri offrono questi trattamenti. Pertanto i criteri dell’articolo 36 dell’OAMal non sono soddisfatti.” (doc. A3) L’assicuratore, che non ha richiamato agli atti l’incarto AI, malgrado la richiesta dell’insorgente in sede di opposizione (doc. 11), anche con la risposta di causa insiste sulla circostanza che l’interessato avrebbe effettuato la PEG in Italia per decisione della famiglia che non intendeva eseguire una tracheotomia. Il ricorrente rileva tuttavia di non aver mai effettuato alcuna PEG in Italia, ma semmai unicamente in Svizzera, presso gli \_\_\_\_\_ e ciò nel 2011. Inoltre oggetto della richiesta di rimborso non è una PEG, ma la degenza del mese di aprile 2018 presso l’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per il controllo annuale cui l’insorgente si sottopone da diverso tempo. L’assicuratore non ha approfondito, come avrebbe dovuto, tale aspetto, ma si è limitato a raccogliere il parere del medico fiduciario, specialista peraltro in medicina generale e non nella grave patologia di cui è affetto l’insorgente (distrofia muscolare di Duchenne, cardiopatia dilatativa e NIV continuativa), il quale si è fondato sulla premessa errata che il trattamento proposto dal medico curante fosse l’applicazione “ di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) senza anestesia totale né tracheostomia in Italia ” (doc. 12) e che ha concluso che la “ PEG in Svizzera (\_\_\_\_\_) possibile, ma con tracheostomia. La famiglia ha scelto di fare la PEG all’estero (\_\_\_\_\_) senza tracheostomia previo accordo dell’UFSP ”. Circa il controllo annuo il medico fiduciario si è

invece limitato ad affermare genericamente che “ tutti i centri di neuroriabilitazione in Svizzera offrono questi trattamenti in Svizzera ” (doc. 12). Egli, oltre a non indicare specificatamente dove si trovano questi centri, quali specialisti vi lavorano e quali tipi di trattamenti effettuano, non ha esaminato concretamente il caso di specie. Tant'è che nella descrizione dei documenti a disposizione figurano rapporti dell'ospedale italiano dell'11 aprile 2015, 31 marzo 2016 e 3 marzo 2017, nonché fatture del 2015, 2016 e 2017, ma alcun documento del 2018, anno del contendere (cfr. doc. 12). Da parte sua invece l'UFAS, il 29 gennaio 2015, aveva dato il suo benestare al rimborso dei provvedimenti sanitari eseguiti all'estero nell'ambito della richiesta di prestazioni dell'AI. L'autorità federale aveva proposto di accogliere la richiesta dell'assicurato anche sulla base della circostanza che il caso del ricorrente è particolare, necessita di un esame accurato e che la valutazione della fattispecie deve fondarsi sulla situazione concreta (doc. A5: “ [...] le condizioni mediche dell'assicurato, nonché la complessità e la specificità del trattamento costituiscono questi <<altri motivi ritenuti validi>> . Raccomandiamo quindi l'assunzione dei provvedimenti sanitari eseguiti all'estero ”). L'UFAS ha rilevato che l'insorgente “ è affetto dalla malattia di Duchenne, la cui progressione è stata particolarmente rapida (deambulazione impossibile sin dai

#### **E. 7**

anni e insufficienza respiratoria che ha reso necessaria una ventilazione sin dai 12 anni)” e nell'esame delle condizioni affinché l'AI potesse prendere a carico i costi di provvedimenti sanitari all'estero, ha evidenziato come “ gli ospedali di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sono centri di riferimento in materia ” ma che “ la risposta dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ rimane vaga riguardo al presente caso ” (doc. A5). Inoltre, “ i centri di riferimento in Svizzera offrono ” un “ tipo di trattamento diverso da quello dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ”. L'UFAS, ma solo a titolo di esempio, ha poi fatto riferimento alla PEG, per la quale, “ dopo aver effettuato alcune ricerche sulle varie tecniche chirurgiche utilizzate , ha “ constatato che ne esistono diverse, che dipendono, tra l'altro, dalle condizioni mediche del paziente ”. L'autorità federale ha rilevato che l'esempio della PEG “ illustra le differenze esistenti nel trattamento proposto dai diversi centri ” e che “ trattandosi di pazienti molto particolari, per i quali la valutazione della situazione si basa su numerosi criteri e richiede praticamente un'analisi del caso specifico ” non ha potuto basarsi “ su nessuna linea direttiva per prendere una decisione ”. Alla luce della patologia di cui è affetto il ricorrente, aggravata dalla particolare velocità con la quale è progredita e della conseguente necessità di un esame approfondito del caso concreto, la scarsa, generica, astratta ed incompleta valutazione del medico di fiducia non è sufficiente per escludere con la necessaria tranquillità l'obbligo per l'assicuratore di assumere i costi dei controlli annuali all'estero. L'assicuratore non ha infatti accertato concretamente se per il caso specifico del ricorrente un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporta rischi importanti e considerevolmente più elevati e se perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non è concretamente garantito (DTF 145 V 170, consid. 2.3; DTF 134 V 330 consid. 2.2). 2.8.3. In queste condizioni, accertato che la convenuta ha effettuato accertamenti lacunosi e si è fondata su considerazioni astratte ed in parte non pertinenti, che non permettono di decidere nel merito della vertenza, la decisione impugnata va annullata e l'incanto rinviato all'assicuratore per gli accertamenti necessari. A questo proposito in una sentenza

9C\_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8.3., il Tribunale federale ha ricordato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGa ed ha rilevato: " (...) 8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGa, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C\_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F.\_\_\_\_\_ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])." Cfr. pure STCA 33.2019.9 del 28 agosto 2019 e STCA 42.2018.40 del 4 febbraio 2019. La convenuta dovrà richiamare l'intero incarto AI dell'assicurato, stabilire se la cura all'estero è avvenuta in regime privato o di sistema sanitario nazionale e decidere se applicare il diritto interno o quello internazionale. Nel caso di applicazione del diritto interno, andrà accertato concretamente, prendendo in considerazione lo specifico caso del ricorrente, se per l'insorgente un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporta rischi importanti e considerevolmente più elevati e perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, se un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non è concretamente garantito (DTF 145 V 170, consid. 2.3; sentenza del 14 ottobre 2002 K 39/01, consid. 1.3). A questo scopo, descrivendo nel dettaglio il caso specifico, dovrà raccogliere l'opinione dell'UFSP ed interpellare gli specialisti che, secondo il medico fiduciario (doc. 12), offrirebbero in Svizzera questo tipo di trattamenti. Da parte sua l'assicurato dovrà spiegare, allegando la necessaria documentazione del nosocomio italiano, a cosa è dovuta la differenza tra l'importo figurante nella ricevuta n. 7 del 24 aprile 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_, scritta a mano, e l'ammontare riportato nell'" estratto conto finale " alla voce " Ricevuta n. 7 del 24 aprile 2018 " del medesimo medico. Dopo aver raccolto tutte le prove necessarie, aver effettuato tutti gli accertamenti che si impongono ed aver dato al ricorrente la possibilità di esprimersi in merito, l'assicuratore emanerà una nuova decisione. In queste condizioni la richiesta dell'assicuratore di sospendere il procedimento nell'attesa che il TCA chieda un parere all'UFAS (recte: UFSP), va respinta. All'insorgente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGa). Il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria (DTF 137 V 210 consid. 7.1; sentenza 8C\_23/2019 del 6 agosto 2019, consid. 6). Ciò rende priva di oggetto la richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 310, consid. 6).

## **E. 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, in un caso relativo all'adattamento del sesso e alla falloplastica, con prevalenza della disforia di genere, 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 dover 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, comporti 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).

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 pag. 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 aprile 2018. Al caso di specie trova di principio applicazione 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, 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. 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).

A questo proposito l'■UFAS, il 29 gennaio 2015, ha affermato:

2.8. In concreto, per i motivi che seguono, questo Tribunale ritiene che vi sono numerose lacune nel trattamento della fattispecie, che non permettono, allo stato attuale, di poter decidere con la necessaria tranquillità né circa il diritto applicabile al caso di specie, né

circa l'adempimento delle condizioni per poter riconoscere o meno il rimborso del trattamento effettuato all'estero nel 2018.

2.8.1. Per quanto concerne in primo luogo la questione di sapere se le condizioni per il rimborso derivante dalla degenza del mese di aprile 2018 vanno esaminate secondo quanto prevede il diritto interno (art. 36 OAMal), come sembrano sostenere le parti, oppure le norme internazionali (art. 20 n. 2 del regolamento (CE) 883/2004), va evidenziato quanto segue.

Come visto al consid. 2.6, il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal sono di principio applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, in concreto l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) 883/2004, 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 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).

In concreto l'insorgente, nel 2018, è stato degente presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove è stato visitato anche dal dr. med. \_\_\_\_\_.

Con scritto dell'8 maggio 2018 l'allora rappresentante dell'insorgente ha chiesto il rimborso di un importo complessivo di euro 1'728.49, precisando che erano composti di euro 1'249.49 per la degenza presso l'ospedale italiano e di euro 464 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 3).

Alla richiesta di rimborso erano stati allegati una fattura di euro 770.49 emessa dal nosocomio con l'indicazione tipo di assistenza: Privati e la modalità di pagamento bancomat e un estratto conto totale di complessivi euro 1'264.49, composti dai citati euro 770.49, nonché da euro 80 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e euro 412 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, con l'indicazione, per quest'ultimo, di Ricevuta N° 7 del 24/04/2018.

Inoltre è stata prodotta una fattura del dr. med. \_\_\_\_\_, scritta a mano, del 24 aprile 2018, registrata come ricevuta N. 7, di euro 464, per il periodo 23/4-25/4 (cfr. allegati al doc. 3).

Apparentemente la prestazione è avvenuta in ambito privato. Tuttavia l'assicuratore non ha effettuato alcun accertamento in tal senso e l'insorgente non ha fornito indicazioni precise in merito, restando vago al proposito (cfr. doc. I, pag. 10, punto 4). Quest'ultimo non ha neppure spiegato per quale motivo ha prodotto l'estratto conto totale del 24 aprile 2018 dove figura un importo di euro 412 per prestazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ con

l'indicazione Ricevuta N° 7 ed una fattura scritta a mano, con la medesima indicazione ricevuta n. 7, stessa data (24.04.2018), per prestazioni dello stesso medico, ma con un importo diverso (euro 464) e che sarebbe da aggiungere all'importo figurante nell'estratto conto totale.

Questa incongruenza non è stata esaminata dall'assicuratore, né l'insorgente si è espresso in merito, rendendo impossibile stabilire l'importo esatto che l'assicuratore potrebbe essere tenuto a rimborsare.

Entrambe le questioni (prestazioni fornite in ambito privato o di sistema sanitario nazionale italiano e incongruenze nella fatturazione), necessitano un approfondimento.

Infatti, se confermato, come sembra, che le prestazioni sono state fatturate secondo tariffe private al di fuori del sistema sociale italiano di copertura sanitaria, la richiesta di rimborso va trattata unicamente alle condizioni e nei limiti posti dall'art. 36 OAMal, ossia secondo quanto indicato ai consid. 2.4-2.5 della presente sentenza (DTF 141 V 612 consid. 7.1 con rinvio alla sentenza 9C\_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; cfr. anche sentenza 9C\_616/2017 del 20 novembre 2017).

Se per contro dovesse risultare che la struttura in questione ha fornito le proprie prestazioni nell'ambito del sistema sociale italiano, può pure essere applicato anche l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 (cfr. consid. 2.6 della presente sentenza). In tal caso 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.

L'assicuratore, che non ha richiamato agli atti l'incarto AI, malgrado la richiesta dell'insorgente in sede di opposizione (doc. 11), anche con la risposta di causa insiste sulla circostanza che l'interessato avrebbe effettuato la PEG in Italia per decisione della famiglia che non intendeva eseguire una tracheotomia.

Il ricorrente rileva tuttavia di non aver mai effettuato alcuna PEG in Italia, ma semmai unicamente in Svizzera, presso gli \_\_\_\_\_ e ciò nel 2011.

Inoltre oggetto della richiesta di rimborso non è una PEG, ma la degenza del mese di aprile 2018 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per il controllo annuale cui l'insorgente si sottopone da diverso tempo.

L'assicuratore non ha approfondito, come avrebbe dovuto, tale aspetto, ma si è limitato a raccogliere il parere del medico fiduciario, specialista peraltro in medicina generale e non nella grave patologia di cui è affetto l'insorgente (distrofia muscolare di Duchenne, cardiopatia dilatativa e NIV continuativa), il quale si è fondato sulla premessa errata che il trattamento proposto dal medico curante fosse l'applicazione di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) senza anestesia totale né tracheostomia in Italia (doc. 12) e che ha concluso che la PEG in Svizzera (\_\_\_\_\_) possibile, ma con tracheostomia. La famiglia ha scelto di fare la PEG all'estero (\_\_\_\_\_) senza tracheostomia previo accordo dell'UFSP.

Circa il controllo annuo il medico fiduciario si è invece limitato ad affermare genericamente che tutti i centri di neuroriabilitazione in Svizzera offrono questi trattamenti in Svizzera (doc. 12).

Egli, oltre a non indicare specificatamente dove si trovano questi centri, quali specialisti vi lavorano e quali tipi di trattamenti effettuano, non ha esaminato concretamente il caso di specie. Tant'è che nella descrizione dei documenti a disposizione figurano rapporti dell'Ospedale italiano dell'11 aprile 2015, 31 marzo 2016 e 3 marzo 2017, nonché fatture del 2015, 2016 e 2017, ma alcun documento del 2018, anno del contendere (cfr. doc. 12).

Da parte sua invece l'UFAS, il 29 gennaio 2015, aveva dato il suo benestare al rimborso dei provvedimenti sanitari eseguiti all'estero nell'ambito della richiesta di prestazioni dell'AI.

L'autorità federale aveva proposto di accogliere la richiesta dell'assicurato anche sulla base della circostanza che il caso del ricorrente è particolare, necessita di un esame accurato e che la valutazione della fattispecie deve fondarsi sulla situazione concreta (doc. A5: [ ] le condizioni mediche dell'assicurato, nonché la complessità e la specificità del trattamento costituiscono questi <<altri motivi ritenuti validi>>. Raccomandiamo quindi l'assunzione dei provvedimenti sanitari eseguiti all'estero).

L'UFAS ha rilevato che l'insorgente è affetto dalla malattia di Duchenne, la cui progressione è stata particolarmente rapida (deambulazione impossibile sin dai 7 anni e insufficienza respiratoria che ha reso necessaria una ventilazione sin dai 12 anni) e nell'esame delle condizioni affinché l'AI potesse prendere a carico i costi di provvedimenti sanitari all'estero, ha evidenziato come gli ospedali di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ sono centri di riferimento in materia ma che la risposta dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ rimane vaga riguardo al presente caso (doc. A5). Inoltre, i centri di riferimento in Svizzera offrono un tipo di trattamento diverso da quello dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

L'UFAS, ma solo a titolo di esempio, ha poi fatto riferimento alla PEG, per la quale, dopo aver effettuato alcune ricerche sulle varie tecniche chirurgiche utilizzate, ha constatato che ne esistono diverse, che dipendono, tra l'altro, dalle condizioni mediche del paziente. L'autorità federale ha rilevato che l'esempio della PEG illustra le differenze esistenti nel trattamento proposto dai diversi centri e che trattandosi di pazienti molto particolari, per i quali la valutazione della situazione si basa su numerosi criteri e richiede praticamente un'analisi del caso specifico non ha potuto basarsi su nessuna linea direttiva per prendere una decisione.

Alla luce della patologia di cui è affetto il ricorrente, aggravata dalla particolare velocità con la quale è progredita e della conseguente necessità di un esame approfondito del caso concreto, la scarsa, generica, astratta ed incompleta valutazione del medico di fiducia non è sufficiente per escludere con la necessaria tranquillità l'obbligo per l'assicuratore di assumere i costi dei controlli annuali all'estero.

L'assicuratore non ha infatti accertato concretamente se per il caso specifico del ricorrente un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporta rischi importanti e considerevolmente più elevati e se perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non è concretamente garantito (DTF 145 V 170, consid. 2.3; DTF 134 V 330 consid. 2.2).

2.8.3. In queste condizioni, accertato che la convenuta ha effettuato accertamenti lacunosi e si è fondata su considerazioni astratte ed in parte non pertinenti, che non permettono di decidere nel merito della vertenza, la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'assicuratore per gli accertamenti necessari.

A questo proposito in una sentenza 9C\_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8.3., il Tribunale federale ha ricordato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA ed ha rilevato:

"()

8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C\_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F.\_\_\_\_\_ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])."

Cfr. pure STCA 33.2019.9 del 28 agosto 2019 e STCA 42.2018.40 del 4 febbraio 2019.

La convenuta dovrà richiamare l'intero incarto AI dell'assicurato, stabilire se la cura all'estero è avvenuta in regime privato o di sistema sanitario nazionale e decidere se applicare il diritto interno o quello internazionale.

Nel caso di applicazione del diritto interno, andrà accertato concretamente, prendendo in considerazione lo specifico caso del ricorrente, se per l'insorgente un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporta rischi importanti e considerevolmente più elevati e perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, se un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non è concretamente garantito (DTF 145 V 170, consid. 2.3; sentenza del 14 ottobre 2002 K 39/01, consid. 1.3).

A questo scopo, descrivendo nel dettaglio il caso specifico, dovrà raccogliere l'opinione dell'UFSP ed interpellare gli specialisti che, secondo il medico fiduciario (doc. 12), offrirebbero in Svizzera questo tipo di trattamenti.

Da parte sua l'assicurato dovrà spiegare, allegando la necessaria documentazione del nosocomio italiano, a cosa è dovuta la differenza tra l'importo figurante nella ricevuta n. 7 del 24 aprile 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_, scritta a mano, e l'ammontare riportato nell'estratto conto finale alla voce Ricevuta n. 7 del 24 aprile 2018 del medesimo medico.

Dopo aver raccolto tutte le prove necessarie, aver effettuato tutti gli accertamenti che si impongono ed aver dato al ricorrente la possibilità di esprimersi in merito, l'assicuratore emanerà una nuova decisione.

In queste condizioni la richiesta dell'assicuratore di sospendere il procedimento nell'attesa che il TCA chieda un parere all'UFAS (recte: UFSP), va respinta.

All'insorgente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGGA). Il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria (DTF 137 V 210 consid. 7.1; sentenza 8C\_23/2019 del 6 agosto 2019, consid. 6). Ciò rende priva di oggetto la richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 310, consid. 6).

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