

# TI\_GERICHTE 36.2020.60 vom 18. Januar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-01-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2020.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.60)

FR: TI\_GERICHTE 36.2020.60 du 18 janvier 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2020.60 del 18 gennaio 2021

## Erwägungen

### E. 1

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. Per l'art. 24 cpv. 2 LAMal le prestazioni assunte sono collegate alla data o al periodo di trattamento. L'art. 25 cpv. 1 LAMal prevede che 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 l'art. 25 cpv. 2 LAMal queste prestazioni comprendono (lett. a) gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate (cifra 1) dal medico, (cifra 2) dal chiropratico, (cifra 3) da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico; (lett. b) le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabili dal Consiglio federale, dal chiropratico; (lett. c) un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico; (lett. d) i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico; (lett. e) la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune; (lett. f bis) la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29); (lett. g) un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio; (lett. h) la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b. 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 sono riesaminate periodicamente (art. 33 cpv. 2 LAMal). Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal), definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1 (art. 33 cpv. 2 LAMal), determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal), nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni. Provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni (art. 33 cpv. 4 LAMal), può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3 (art. 33 cpv. 5 LAMal). Questa disposizione si fonda sulla presunzione che medici e chiropratici applichino trattamenti e misure conformi all'art. 32 cpv. 1 LAMal. È pertanto compito del Consiglio federale stilare una lista negativa di prestazioni che non rispettano questi criteri o che li rispettano solo parzialmente o a determinate condizioni (RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a; DTF 125 V 28 consid. 5b). Le citate competenze sono state delegate al Dipartimento federale dell'interno (DFI) che, in data 29 settembre 1995, ha promulgato l'Ordinanza sulle prestazioni

dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre). 2.2. La questione dell'assunzione dei costi di interventi di correzione chirurgica da parte della LAMal è stata oggetto di un'abbondante giurisprudenza federale (cfr. sentenza K 132/04 del 2 febbraio 2006, consid. 2.2). In questo contesto il Tribunale federale ha in particolare delimitato i casi che concernono la chirurgia estetica, dove lo scopo principale dell'intervento è quello di rendere una parte del corpo più bella o maggiormente conforme ai canoni di bellezza ideali da quelli che, anche se l'aspetto estetico non è totalmente assente, devono essere considerati come aventi valore di malattia ai sensi della legge e, di conseguenza, sono coperti dall'assicurazione malattie. Per esempio, la giurisprudenza prevede che l'intervento di riduzione mammaria sia una prestazione a carico della LAMal se l'ipertrofia mammaria è all'origine di disturbi con valore di malattia e lo scopo dell'intervento è di eliminare la patologia. Di principio, l'intervento può essere posto a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria se è prevista una riduzione di peso di circa 500 grammi per ogni seno e se l'assicurata non presenta un'adiposità (BMI superiore a 25; cfr. sentenza K 132/04 del 2 febbraio 2006, consid. 2.2; DTF 130 V 301 consid. 2 e 3 con riferimenti, sentenza del 17 agosto 2005, K 4/04 pubblicata in RAMI 2005 n° KV 345 pag. 366). In DTF 121 V 211 l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che il fatto che il tessuto asportato nell'ambito di una plastica mammaria sia da ambedue le parti di peso inferiore ai 500 grammi non toglie, di per sé, il carattere di prestazione obbligatoria a tale intervento. Decisiva è la questione di sapere se tra i disturbi fisici o psichici lamentati e l'ipertrofia mammaria esista un nesso di causalità. Il criterio dell'asportazione di un peso minimo di circa 500 grammi da ambedue le parti non ha quindi che carattere indicativo. Se tuttavia questo limite non è manifestamente raggiunto, solo l'esistenza di circostanze ben particolari permetterà di concludere che le turbe fisiche o psichiche abbiano, con un grado di verosimiglianza preponderante, valore di malattia e siano state provocate dall'ipertrofia mammaria. Con sentenza del 30 aprile 2004, pubblicata in DTF 130 V 299, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che per valutare l'obbligo di assunzione, da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di un'operazione di riduzione mammaria, occorre domandarsi se dei provvedimenti conservativi – segnatamente, in presenza di dolori alla schiena, una fisioterapia -, rappresentano oppure avrebbero potuto rappresentare un'efficace possibilità di trattamento alternativo. In caso affermativo, dev'essere esaminato ulteriormente quale, tra le due, sia la prestazione maggiormente appropriata (consid. 6.1). Nel caso concreto, l'efficacia di una fisioterapia per la cura di dolori alla nuca e alle spalle è stata riconosciuta in considerazione della ricorrenza, della durata e dell'intensità della misura (consid. 6.2.1). Con sentenza 36.2005.22 del 13 giugno 2006, il TCA ha riconosciuto, ad una ragazza, affetta da ipertricosi congenita, il rimborso del costo di una depilazione laser, in quanto affetta da una patologia psichica (Fobia Sociale F40.1 ICD-10) dovuta alla malattia congenita. La psichiatra aveva stabilito che il corpo (eccetto il viso) “ tuttora ricoperto di peli duri e neri, è ancora fonte d'ansia e l'esposizione resta per la ricorrente “ molto traumatica ”, che “ sarebbe necessario completare la depilazione ” poiché l'intervento eseguito ripetutamente dalla madre non è sufficiente ”, che “ con il trattamento dell'ipertricosi tramite depilazione con il laser non necessiterebbe più della ripetizione sottraendo ” la ricorrente “ alla spina irritativa, per la sua psiche, determinata dalla ricrescita che la confronta continuamente con la sua diversità. In questo senso la depilazione avrebbe, sulla sintomatologia fobica, lo scopo di eliminare il disturbo psichico specifico .” Il TCA aveva stabilito: “ (...) Anche nel caso di specie la malattia psichica di cui soffre la

ricorrente, causata da una malattia rara, come l'ipertricosi congenita, può essere curata solo se l'interessata può beneficiare di un intervento atto ad eliminare l'irsutismo di cui è affetta. La ragazza, anch'essa in piena adolescenza, prova infatti vergogna e manifesta un grande disagio quando deve mostrarsi in pubblico in costume da bagno o in abiti a maniche corte (si rinchioda in camera durante le vacanze marittime per non indossare il costume da bagno, si rifiuta di indossare abiti a maniche corte, i comportamenti di chiusura e isolamento della ricorrente si moltiplicano). Una pilosità così evidente (cfr. fotografie agli atti), che tocca profondamente l'identità personale e sessuale di un'adolescente già affetta da altri gravi disturbi non reversibili, provoca un danno psichico durevole se non viene trattato correttamente. La circostanza che questa malattia è molto rara costituisce un carico psicologico negativo supplementare per l'assicurata. In queste condizioni l'assicuratore deve assumersi i costi degli interventi atti a curare l'irsutismo di cui soffre la ricorrente." In una sentenza K 85/99 pubblicata in RAMI 2000, n° KV 138, pag. 357 e seguenti l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha affermato che la remunerazione di provvedimenti operatori, segnatamente le plastiche di riduzione in caso di ipertrofia mammaria, di displasia o d'asimmetria del seno si fonda, oltre che sui criteri dell'efficacia, appropriatezza ed economicità, sulla prassi (giurisprudenziale e amministrativa) valevole vigente la LAMI (cfr. anche sentenza K 80/00 del 28 dicembre 2001, consid. 5). L'Alta Corte ha stabilito che in caso di asimmetria mammaria congenita l'intervento di ricostruzione del seno è a carico dell'assicurazione malattia se il difetto causa disturbi fisici o psichici aventi valore di malattia (consid. 3a; cfr. anche DTF 138 V 131 consid. 5.3). Al consid. 5b). Con sentenza K 80/00 del 28 dicembre 2001 al consid. 5 l'allora TFA, a proposito della citata sentenza, al consid. 5 ha affermato: " (...) In una sentenza pubblicata in RAMI 2000 no. KV 138 pag. 357 seg. questa Corte ha avuto modo di stabilire che nei limiti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, l'assunzione di provvedimenti operatori, segnatamente le plastiche di riduzione in caso di ipertrofia mammaria, di displasia o d'asimmetria del seno si fonda - oltre che sui criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal) - sulla prassi (giurisprudenziale e amministrativa) valevole vigente la LAMI (cfr. DTF 121 V 213 segg. consid. 4 e 5; RAMI 1994 no. K 931 pag. 57 consid. 2b, 1992 no. K 903 pag. 231 consid. 2c e 3). Secondo questa giurisprudenza una riduzione del seno tendente a correggere un'ipertrofia mammaria va posta a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria se l'ipertrofia causa disturbi fisici o psichici aventi valore di malattia e lo scopo dell'intervento è l'eliminazione di questi disturbi. Decisiva non è la presenza di un determinato quadro di disturbi, ma la rilevanza degli stessi ed il fatto che mettano in secondo piano altri motivi, come ad esempio quelli di carattere estetico. È in particolare sufficiente che il nesso di causalità tra i disturbi e l'ipertrofia mammaria sia provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 consid. 3a; DTF 121 V 208 consid. 6b e riferimenti). La sola possibilità non è quindi sufficiente. D'altro lato un nesso in senso scientifico stretto non è necessario. Nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 questa Corte ha pure precisato che il carattere di prestazione obbligatoria di una plastica riduttiva, di una displasia mammaria o di un'asimmetria dei seni si esamina secondo gli stessi principi (sentenza del 29 settembre 2001 in re L. consid. 2b K 171/00; RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 consid. 3a, 1994 no. K 931 pag. 59 consid. 3d e riferimenti). In RAMI 2000 no. KV 138 è stata inoltre esaminata e dichiarata infondata l'assunzione dei costi dell'operazione per correggere un'asimmetria mammaria congenita. In particolare non è stato riconosciuto il carattere di malattia psichica ai disturbi di cui soffriva l'assicurata in seguito a questo

difetto.” Il TF, con sentenza K 4/04 del 17 agosto 2005, pubblicata in RAMI 2005, pag. 366, a proposito di un'adolescente affetta da un disturbo psichico causato da un difetto estetico consistente in una ipoplasia bilaterale molto pronunciata (seni tuberosi), ha stabilito che, in quel caso, il trattamento chirurgico volto ad eliminare il difetto costituisce una prestazione a carico delle casse malati. In una sentenza 9C\_365/2010 del 28 febbraio 2011, al consid. 2, il TF ha ricordato che un difetto estetico non configura di per sé un rischio (di malattia) assicurato dalla LAMal (cfr. anche DTF 111 V 231, consid. 1a). Nondimeno, se un simile difetto provoca disturbi di valore patologico, il trattamento medico - e con esso la rimozione del difetto estetico quale causa della malattia - messo in atto per la cura di queste conseguenze patologiche costituisce una prestazione obbligatoria (RAMI 1992 n° KV 903 pag. 231 consid. 2c, 1991 n° KV 876 pag. 247 consid. 2b, sentenza K 87/02 del 24 dicembre 2002 consid. 1.2). Similmente l'assicuratore malattie è chiamato ad assumersi, a determinate condizioni, i costi di un intervento chirurgico eseguito per il trattamento di un difetto estetico secondario, dovuto a una malattia o a un infortunio (DTF 121 V 119 consid. 1 pag. 121; cfr. anche sentenza 9C\_126/2008 del 30 ottobre 2008 consid. 4.1). In una sentenza 9C\_319/2015 del 9 maggio 2016, pubblicata in SVR 2016, KV n. 16, pag. 80, il Tribunale federale ha giudicato il caso di una donna che ha subito due operazioni di riduzione dello stomaco, rimborsate dall'assicuratore malattie, con successiva riduzione del peso che aveva provocato una dermatocalasi con eccessi di pelle cascante nella regione del petto e della coscia, come pure un cosiddetto grembiule di grasso a livello della pancia. L'Alta Corte ha stabilito che il relativo rassodamento chirurgico non costituisce una prestazione obbligatoriamente a carico della LAMal poiché, in base a criteri oggettivi, non si tratta di una vera deturpazione dell'aspetto esteriore: " (...) 3.2. Gerade im Zusammenhang mit Mammaptose, Bauchfettschürzen und Hauterschaffung an den Oberschenkeln nach Gewichtsabnahme hat das Bundesgericht klargestellt, dass sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien beurteilt, ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist. Dazu gehört die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern sich der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen negativ auf das Erwerbsleben auswirkt. Mit Blick auf das Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 8 Abs. 1 BV) ist von einem engen Begriffsverständnis von «entstellend» auszugehen. Subjektive Faktoren, insbesondere die persönliche Anschauung, haben ausser Acht zu bleiben. Ihnen wird bei der Frage Rechnung getragen, ob der ästhetische Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht, welche mit der Behebung des zugrundeliegenden Mangels beseitigt werden können (zu Letzterem vgl. E. 2 hievori; Urteile 9C\_560/2014 vom 3. November 2014 E. 4.3 und 9C\_126/2008 vom 30. Oktober 2008 E. 4.3.2 und 4.3.3; Urteil K 15/04 vom 26. August 2004 E. 3.2.2; Andreas Traub, Krankheitswert und Behandlungsbedürftigkeit: Rechtsprechungsübersicht, in: Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, Gächter/Schwendener [Hrsg.], 2009, S. 47 ff., 65). 3.3. Im Lichte dieser Grundsätze hat das Bundesgericht verschiedentlich erkannt, dass Mammaptosen, Fettschürzen und Hauterschaffungen an den Oberschenkeln in aller Regel nicht als entstellend bezeichnet werden können (RKUV 2006 Nr. KV 358 S. 55, K 135/04 E. 2.3 in fine; 1985 Nr. K 638 S. 197, K 94/84 E. 2b; Urteile 9C\_560/2014 vom 3. November 2014 E. 4.2 und 4.3 sowie 9C\_126/2008 vom 30. Oktober 2008 E. 4.3.3; Urteile K 50/05 vom 22. Juni 2005 E. 3.2 in fine und K 15/04 vom 26. August 2004 E. 3.2.2). Auch im vorliegend zu beurteilenden Fall kann die Dermatocalasis an den drei erwähnten Körperstellen aufgrund der medizinischen Akten und der von der Abteilung für Hand- und Plastische Chirurgie am

Spital B.\_\_\_\_\_ aufgenommenen Fotos bei objektiver Betrachtungsweise nicht als geradezu entstellende Verunstaltung des äusseren Erscheinungsbildes bezeichnet werden. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht geltend, dass sich die Hauterschaffung im Sinne der dargelegten Rechtsprechung (E. 3.2 hievore) aus ästhetischen Gründen negativ auf ihr Erwerbsleben auswirkt. An dieser Betrachtungsweise ändert nichts, dass sich die (im Zeitpunkt des ablehnenden Verwaltungsentscheids) 56-jährige Versicherte mit Bezug auf die Hautsituation als "massiv vorgealtert" empfindet (so auch Bericht des Spitals B.\_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2014). Eine Leistungspflicht des Krankenversicherers für die ins Auge gefassten Hautkorrekturoperationen entfällt demnach auch unter rein ästhetischem Blickwinkel." In una sentenza 9C\_552/2018 del 21 dicembre 2018 il TF, al consid. 3.2, ha rammentato: " (...) On ajoutera que les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. La jurisprudence reconnaît cependant que l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge un traitement chirurgical lorsque, servant à l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident, il permet de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit assumer les frais de cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Il en est ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (ATF 138 V 131 consid. 5.1 p. 134; 111 V 229 consid. 1c p. 232; arrêts 9C\_255/2016 du 17 février 2017 consid. 3.2, 9C\_319/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.1 et 3.2 et les références)." Infine, con sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020, pubblicata in SVR 2020, KV n. 27, pag. 132, il Tribunale federale ha stabilito che una perdita di peso superiore alla metà del proprio peso corporeo (da 140 a 65 chilogrammi per un'altezza di 175 centimetri) a seguito di un bypass gastrico, costituisce di per sé un'anomalia che adempie il concetto di malattia (consid. 4.2.1). Nel caso in cui i rilevanti eccessi di pelle localizzati alle cosce comportino dolori e impedimenti, come pure una sollevabilità della pelle di circa 15 centimetri per gamba, essi rappresentano – quale conseguenza della cura della malattia (adipositas per magna) – uno stato patologico, la cui correzione chirurgica deve essere assunta dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie a titolo di prestazione obbligatoria (consid. 4.2-4.2.2). L'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2. Zu prüfen bleibt damit, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der vorgenommenen Oberschenkeloperation leistungspflichtig ist. 4.2.1. In tatsächlicher Hinsicht steht fest (E. 1), dass die Beschwerdeführerin bei einer Körpergrösse von 175 cm von anfänglich 140 kg auf nurmehr 65 kg abgenommen hat (vgl. vorinstanzliche Erwägung 3.2). Folglich trat ein aussergewöhnlich grosser Gewichtsverlust von deutlich mehr als der Hälfte des eigenen Körpergewichts ein. Dies stellt für sich allein bereits eine Anomalie dar, welche den Krankheitsbegriff erfüllt (vgl. E. 2.2). 4.2.2. Zudem lässt die vorinstanzliche Begründung jeden Bezug zur konkreten Situation der Beschwerdeführerin vermissen. Die durch die Gewichtsreduktion eingetretenen Folgen sind, wie sich aus der im Spital B.\_\_\_\_\_ angefertigten Fotodokumentation ergibt, durchaus drastisch und können nicht als bloss kosmetischer Defekt bezeichnet werden. Vielmehr ist anhand der medizinischen Akten zweifelsfrei belegt, dass dadurch behandlungsbedürftige Einschränkungen und

Schmerzen mit Krankheitswert verursacht wurden. Diese drängten andere - ästhetische - Motive eindeutig zurück (vgl. RKUV 2006 KV 358 S. 55, K 135/04 E. 1). So begründete der behandelnde Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Spital B. \_\_\_\_\_, die Operationsindikation insbesondere mit Schwellungen, Rötungen und chronischen Entzündungen im Bereich beider Oberschenkel; es bestünden schmerzhafte Beschwerden beim Gehen (vgl. Berichte vom 15. März und 23. November 2017). Bei der Beschwerdeführerin entstand durch die Gewichtsreduktion ausserdem eine derart ausgeprägte Hautlappenbildung an den Oberschenkeln, dass sich die überschüssige Haut dort nach unwidersprochen gebliebener Aussage des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ um nicht weniger als ca. 15 cm pro Bein abheben liess. Darin liegt - als Effekt der Krankheitsbehandlung (adipositas per magna) - seinerseits ein eindeutig pathologischer Zustand. Vor diesem Hintergrund ist die vorinstanzliche Qualifizierung, wonach es sich bei der Gewichtsabnahme um einen normalen physiologischen Prozess handle, der weder an sich noch bezüglich seiner Folgen Krankheitswert aufweisen könne, rechtlich unhaltbar. Ob die bei der Beschwerdeführerin gemäss Angaben der Universitären Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vorliegende schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2) geeignet ist, eine Leistungspflicht auszulösen, was das kantonale Gericht verneint hat, kann demnach dahingestellt bleiben.

#### **E. 5**

Nach dem Gesagten verletzt der angefochtene Entscheid Bundesrecht, soweit damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die operative Korrektur der Hautüberschüsse und Fettverteilungsstörung an den Oberschenkeln verneint wird. Damit ist die Beschwerde teilweise begründet.” 2.3. In concreto, il

#### **E. 6**

mesi è stabile a 48 kg x 151 cm (diminuiti da un massimo di 86 kg), pur contentissima di essere ora in situazione di peso normale, descrive un importante disagio riguardo a varie zone del corpo che presentano ora eccessi cutanei importanti. In particolare è disturbata dalla ptosi del seno, che le impedisce di relazionarsi con le persone in diversi contesti, e da un impedimento meccanico della cute dell'interno delle braccia che oscilla battendo contro il torace quando le muove.” Lo specialista ha aggiunto: “seno iperplastico e ptosico. Distanza clavicola-mammella 32 cm (norma 18-22 cm). Attualmente intertrigo moderata e sudorazione importante inframammaria. Ho spiegato alla paziente la possibilità di un intervento di mastopessia che dovrebbe svolgersi in narcosi e in breve degenza ospedaliera. La paziente sembra particolarmente sofferente per il reperto al seno e ha una problematica nei movimenti delle braccia legata al tessuto eccedente delle stesse. Per le braccia ho spiegato l'eventualità di una dermolipectomia.” Egli ha quindi chiesto all'assicuratore se è disposto ad assumersi le spese derivanti dall'intervento di mastopessia ed eventualmente di dermolipectomia delle braccia. Con scritto 17 ottobre 2019 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato la ricorrente, ha evidenziato che quest'ultima “presenta un disagio psicologico reattivo alle modificazioni corporee in stato dopo intervento di bypass gastrico dello scorso 2018. Dopo il notevole calo ponderale (perdita di circa 40 kg), da un seno voluminoso la paziente presenta ora una marcata ptosi delle mammelle, “come due calzini vuoti” e pelle in eccesso, alle braccia. La paziente al colloquio ha espresso un importante malessere emozionale, soprattutto vissuti di inadeguatezza e di vergogna. Non si riconosce più nel suo corpo, non riesce a guardarsi allo specchio, evita relazioni con l'altro sesso. Dopo il lavoro, riferisce di vivere ritirata in casa

.” La specialista ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo emozionale (ICD-10: F43.2) ed ha affermato che “ sussiste l’indicazione di un intervento di mastopessia e pessia delle braccia al fine di evitare il peggioramento dello stato psichico con conseguente necessità di cure in ambito psichiatrico ” (doc. A8). Agli atti sono state prodotte le, generiche, prese di posizione del medico fiduciario, dr. med.

\_\_\_\_\_ , il quale non ritiene adempite le condizioni poste dalla giurisprudenza per l’assunzione dei costi di intervento di mastopessia e pessia a livello delle braccia (doc. 11). Secondo il medico fiduciario i criteri dell’art. 3 LPGA e 32 LAMal non sarebbero realizzati e il “ Tribunale federale (DTF 130 V 299, 30.04.2004 e al.) ha affermato chiaramente che la correzione non può essere considerata appropriata in questi casi se sono già riuscite a adottare semplici provvedimenti ” (doc. 11). 2.4. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell’anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell’esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L’elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l’origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l’intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l’opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell’8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). Non va poi dimenticato che per l’art. 57 cpv. 1 LAMal gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d’intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d’autorizzazione ai sensi dell’articolo 36 e avere, inoltre durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in ospedale. Secondo l’art. 57 cpv. 4 LAMal il medico di fiducia consiglia l’assicuratore su questioni d’ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all’applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d’assunzione d’una prestazione da parte dell’assicuratore. L’art. 57 cpv. 5 LAMal prevede che il medico di fiducia decide autonomamente. Né l’assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni. Ai sensi dell’art. 57 cpv. 6 LAMal i fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l’adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l’assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell’esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l’assicurato può esigere che l’esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l’assicurato non si accorda in merito con l’assicuratore, la decisione spetta, in deroga all’articolo 58 capoverso 1 LPGA, al tribunale arbitrale ai sensi dell’articolo 89. Per l’art. 57 cpv. 7 LAMal i medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l’assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione, calcolare la compensazione dei rischi o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti

della personalità degli assicurati. 2.5. Va ancora rammentato che per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 2.6. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione dell'amministrazione che ha fondato il rifiuto della presa a carico dei costi dell'intervento di mastopessia e pessia delle braccia sulla base delle scarse prese di posizione del medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_, che si è in sostanza limitato a sostenere che non sarebbero adempiuti i criteri di cui all'art. 3 LPGa (definizione di malattia), dell'art. 32 LAMal (efficacia, appropriatezza ed economicità) e della DTF 130 V 299 dove il Tribunale federale ha stabilito la necessità di esaminare se vi sono provvedimenti conservativi che possono essere attuati. Il medico fiduciario, e con esso, l'assicuratore, non hanno tuttavia approfondito e motivato sufficientemente le loro valutazioni, non si sono confrontati adeguatamente con il preciso caso di specie, non hanno effettuato accertamenti specifici e non hanno esaminato se la più recente giurisprudenza federale (sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020), dove l'Alta Corte ha stabilito che una perdita di peso superiore alla metà del proprio peso corporeo a seguito di un bypass gastrico, costituisce di per sé un'anomalia che adempie il concetto di malattia, trova applicazione nel caso di specie. D'altra parte anche la ricorrente ha prodotto numerose certificazioni mediche, che, pur supportando in parte la sua tesi, non sono sufficientemente motivate per poter concludere, senza prima effettuare ulteriori accertamenti, per un obbligo prestativo a carico dell'assicuratore. Come auspicato dall'insorgente (doc. VII) e come

proposto dall'assicuratore (doc. V, pag. 6), per i motivi che seguono questo Tribunale ritiene pertanto che sia necessaria una nuova valutazione della fattispecie che possa chiarire una volta per tutte se la cassa malati è tenuta ad assumersi i costi dell'intervento di mastopessia e di pessia a livello delle braccia. Vi sono innanzitutto indicazioni contraddittorie circa la reale perdita di peso della ricorrente (la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [doc. 4] ed il dr. med. \_\_\_\_\_ [doc. 1] fanno stato di una riduzione del peso di 35 kg [da 86 kg a 51 kg], il dr. med. \_\_\_\_\_ parla di una riduzione di 38 kg [doc. 6: " da circa 6 mesi è stabile a 48 kg "], mentre la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ indica che l'interessata ha perso circa 40 kg [doc. 8]), che tuttavia è rilevante per stabilire il carattere di malattia nel caso di specie (sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020). Infatti se, come emerge dall'ultimo certificato medico in ordine di tempo, ossia quello della dr.ssa med.

\_\_\_\_\_ del 17 ottobre 2019, l'interessata ha effettivamente perso 40 kg, ossia poco meno della metà del suo peso iniziale di 86 kg, ci si avvicinerebbe alla soglia posta dal Tribunale federale per ritenere date le condizioni per la qualifica, nel caso di specie, di malattia (consid. 4.2.1). Tale dato va pertanto accertato con accuratezza. Infatti, se il limite della riduzione di peso posto nella sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020 non è manifestamente raggiunto, per analogia a quanto stabilito in DTF 121 V 211 nell'ambito dell'ipertrofia mammaria, solo l'esistenza di circostanze ben particolari permetterà di concludere che le turbe fisiche o psichiche abbiano, con un grado di verosimiglianza preponderante, valore di malattia e siano state provocate dalle ptosi delle mammelle e dalla pelle in eccesso alle braccia. A questo proposito, in secondo luogo, occorrerà accertare in maniera più approfondita i disagi fisici e psichici di cui si lamenta la ricorrente. Per quanto concerne i primi, gli effetti della riduzione del peso, come emerge dalla foto allegate, segnatamente per quanto concerne le braccia, appaiono importanti ed il dr. med.

\_\_\_\_\_ ha brevemente descritto le conseguenze che toccano le varie zone del corpo che presentano eccessi cutanei importanti e segnatamente le ptosi dei seni e un impedimento meccanico della cute dell'interno delle braccia che oscilla battendo contro il torace quando vengono mosse. Lo specialista non ha tuttavia indicato la gravità oggettiva di tali disagi, e meglio se oltre agli impedimenti meccanici essi comportano pure dei dolori e delle limitazioni funzionali e delle conseguenze anche a livello lavorativo, né è dato sapere quanti cm misurano gli eccessi di pelle localizzati alle braccia (nella sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020 la pelle delle gambe poteva essere sollevata di circa 15 cm). Circa i disagi psichici, il solo referto del 17 ottobre 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha diagnosticato una sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo emozionale (ICD-10: F43.2) causato dalle modificazioni corporee in stato dopo l'intervento di bypass gastrico, non è ancora sufficiente per ritenere adempiuta la qualifica di malattia. Se i soli disturbi fisici non saranno ritenuti sufficienti dall'assicuratore per ritenere adempiute le condizioni di assunzione dei costi della mastopessia e pessia a livello delle braccia, occorrerà effettuare un approfondimento specialistico, e meglio l'allestimento di una perizia psichiatrica (cfr. anche sentenza 36.2005.22 del 13 giugno 2006), tramite la quale venga posta la diagnosi, sia stabilito se la ptosi delle mammelle e la pelle in eccesso alle braccia causa disturbi psichici aventi valore di malattia, vanga accertata qual è la rilevanza dei disturbi psichici, se gli stessi pongono in secondo piano altri motivi quali quelli di carattere estetico, se la patologia psichica è dovuta unicamente alla ptosi delle mammelle e alla pelle in eccesso alle braccia od altri fattori (in tal caso occorrerà stabilire in che misura essi contribuiscono alla presenza della patologia psichica), se vi è un nesso causale tra la patologia psichica e la ptosi delle mammelle e la pelle in eccesso ed infine se

l'intervento di mastopessia e pessia delle braccia farebbe guarire o comunque migliorerebbe le condizioni di salute, dal punto di vista psichico, dell'interessata. Oltre a ciò occorrerà stabilire se vi sono provvedimenti conservativi che presentano un'efficace possibilità di trattamento alternativo. In caso affermativo, dev'essere esaminato ulteriormente quale, tra le due (intervento di mastopessia e pessia alle braccia o trattamento conservativo), sia la prestazione maggiormente appropriata (cfr. DTF 130 V 299). 2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, ritenuta la necessità di ulteriori accertamenti medici, la decisione su opposizione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'assicuratore malattie affinché proceda conformemente a quanto stabilito nel considerando precedente. Non va infatti dimenticato che di principio spetta all'assicuratore procedere con i necessari accertamenti. In una sentenza 9C\_675/2009 del 28 maggio 2010 l'Alta Corte ha rammentato: " 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 LPGGA, 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])." In una sentenza 8C\_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C\_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C\_412/2019, consid. 5.4.). Esperiti i necessari accertamenti medici, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni dell'assicurata. In queste condizioni la richiesta della ricorrente di richiamare gli atti dell'incarto 36.2018.37 di questo Tribunale, sfociato nella sentenza del 20 agosto 2018, che peraltro portava su un altro argomento, diviene priva di oggetto. 2.8. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., fra le tante, la STF 8C\_222/2020 del 1° settembre 2020, consid. 9.2, con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), l'assicuratore verserà alla ricorrente congrue ripetibili.

p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

2.6. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione dell'amministrazione che ha fondato il rifiuto della presa a carico dei costi dell'intervento di mastopessia e pessia delle braccia sulla base delle scarse prese di posizione del medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_, che si è in sostanza limitato a sostenere che non sarebbero adempiuti i criteri di cui all'art. 3 LPGa (definizione di malattia), dell'art. 32 LAMal (efficacia, appropriatezza ed economicità) e della DTF 130 V 299 dove il Tribunale federale ha stabilito la necessità di esaminare se vi sono

provvedimenti conservativi che possono essere attuati.

Il medico fiduciario, e con esso, l'assicuratore, non hanno tuttavia approfondito e motivato sufficientemente le loro valutazioni, non si sono confrontati adeguatamente con il preciso caso di specie, non hanno effettuato accertamenti specifici e non hanno esaminato se la più recente giurisprudenza federale (sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020), dove l'Alta Corte ha stabilito che una perdita di peso superiore alla metà del proprio peso corporeo a seguito di un bypass gastrico, costituisce di per sé un'anomalia che adempie il concetto di malattia, trova applicazione nel caso di specie.

D'altra parte anche la ricorrente ha prodotto numerose certificazioni mediche, che, pur supportando in parte la sua tesi, non sono sufficientemente motivate per poter concludere, senza prima effettuare ulteriori accertamenti, per un obbligo prestativo a carico dell'assicuratore.

Come auspicato dall'insorgente (doc. VII) e come proposto dall'assicuratore (doc. V, pag. 6), per i motivi che seguono questo Tribunale ritiene pertanto che sia necessaria una nuova valutazione della fattispecie che possa chiarire una volta per tutte se la cassa malati è tenuta ad assumersi i costi dell'intervento di mastopessia e di pessia a livello delle braccia.

Vi sono innanzitutto indicazioni contraddittorie circa la reale perdita di peso della ricorrente (la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [doc. 4] ed il dr. med. \_\_\_\_\_ [doc. 1] fanno stato di una riduzione del peso di 35 kg [da 86 kg a 51 kg], il dr. med. \_\_\_\_\_ parla di una riduzione di 38 kg [doc. 6: ■da circa 6 mesi è stabile a 48 kg■], mentre la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ indica che l'interessata ha perso circa 40 kg [doc. 8]), che tuttavia è rilevante per stabilire il carattere di malattia nel caso di specie (sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020). Infatti se, come emerge dall'ultimo certificato medico in ordine di tempo, ossia quello della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 17 ottobre 2019, l'interessata ha effettivamente perso 40 kg, ossia poco meno della metà del suo peso iniziale di 86 kg, ci si avvicinerebbe alla soglia posta dal Tribunale federale per ritenere date le condizioni per la qualifica, nel caso di specie, di malattia (consid. 4.2.1).

Tale dato va pertanto accertato con accuratezza.

Infatti, se il limite della riduzione di peso postonella sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020 non è manifestamente raggiunto, per analogia a quanto stabilito in DTF 121 V 211 nell'ambito dell'ipertrofia mammaria, solo l'esistenza di circostanze ben particolari permetterà di concludere che le turbe fisiche o psichiche abbiano, con un grado di verosimiglianza preponderante, valore di malattia e siano state provocate dalle ptosi delle mammelle e dalla pelle in eccesso alle braccia.

A questo proposito, in secondo luogo, occorrerà accertare in maniera più approfondita i disagi fisici e psichici di cui si lamenta la ricorrente.

Per quanto concerne i primi, gli effetti della riduzione del peso, come emerge dalla foto allegate, segnatamente per quanto concerne le braccia, appaiono importanti ed il dr. med. \_\_\_\_\_ ha brevemente descritto le conseguenze che toccano le varie zone del corpo che presentano eccessi cutanei importanti e segnatamente le ptosi dei seni e un impedimento meccanico della cute dell'interno delle braccia che oscilla battendo contro il torace quando vengono mosse.

Lo specialista non ha tuttavia indicato la gravità oggettiva di tali disagi, e meglio se oltre agli impedimenti meccanici essi comportano pure dei dolori e delle limitazioni funzionali e

delle conseguenze anche a livello lavorativo, né è dato sapere quanti cm misurano gli eccessi di pelle localizzati alle braccia (nella sentenza 9C\_592/2019 del 25 maggio 2020 la pelle delle gambe poteva essere sollevata di circa 15 cm).

Circa i disagi psichici, il solo referto del 17 ottobre 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha diagnosticato una sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo emozionale (ICD-10: F43.2) causato dalle modificazioni corporee in stato dopo l'intervento di bypass gastrico, non è ancora sufficiente per ritenere adempiuta la qualifica di malattia.

Se i soli disturbi fisici non saranno ritenuti sufficienti dall'assicuratore per ritenere adempiute le condizioni di assunzione dei costi della mastopessia e pessia a livello delle braccia, occorrerà effettuare un approfondimento specialistico, e meglio l'allestimento di una perizia psichiatrica (cfr. anche sentenza 36.2005.22 del 13 giugno 2006), tramite la quale venga posta la diagnosi, sia stabilito se la ptosi delle mammelle e la pelle in eccesso alle braccia causa disturbi psichici aventi valore di malattia, vanga accertata qual è la rilevanza dei disturbi psichici, se gli stessi pongono in secondo piano altri motivi quali quelli di carattere estetico, se la patologia psichica è dovuta unicamente alla ptosi delle mammelle e alla pelle in eccesso alle braccia od altri fattori (in tal caso occorrerà stabilire in che misura essi contribuiscono alla presenza della patologia psichica), se vi è un nesso causale tra la patologia psichica e la ptosi delle mammelle e la pelle in eccesso ed infine se l'intervento di mastopessia e pessia delle braccia farebbe guarire o comunque migliorerebbe le condizioni di salute, dal punto di vista psichico, dell'interessata.

Oltre a ciò occorrerà stabilire se vi sono provvedimenti conservativi che presentano un'efficace possibilità di trattamento alternativo. In caso affermativo, dev'essere esaminato ulteriormente quale, tra le due (intervento di mastopessia e pessia alle braccia o trattamento conservativo), sia la prestazione maggiormente appropriata (cfr. DTF 130 V 299).

"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]).■

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