

TI_GERICHTE 36.2022.39 vom 20. März 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-03-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2022.39

FR: TI_GERICHTE 36.2022.39 du 20 mars 2023

IT: TI_GERICHTE 36.2022.39 del 20 marzo 2023

Erwägungen

E. 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. A norma dell'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, fra cui (cpv. 2) gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico, da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (lett. a), le analisi, i medicamenti, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d). Ai sensi dell'art. 33 lett. b OAMal, sentita la commissione competente il Dipartimento federale dell'interno designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 25a capoversi 1 e 2 della legge, non dispensate dai medici o dai chiropratici. In virtù di tale disposto, il DFI ha emanato l'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) e le prestazioni in discussione sono descritte al capitolo 2 "Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico". Per ciò che concerne la fisioterapia, l'art. 5 OPre dispone che: " 1 L'assicurazione assume i costi delle seguenti prestazioni dei fisioterapisti autorizzati ai sensi dell'articolo 47 OAMal o delle organizzazioni di fisioterapia autorizzate ai sensi dell'articolo 52 OAMal, se effettuate previa prescrizione medica e nell'ambito del trattamento di malattie del sistema muscoloscheletrico o neurologico o di malattie dei sistemi degli organi interni e dei sistemi vascolari, sempreché possano essere trattate con la fisioterapia: a. misure di esame e valutazione fisioterapici; b. misure terapeutiche, di consulenza e di istruzione: 1. chinesiterapia attiva e passiva, 2. terapia manuale, 3. fisioterapia per alleviare la tensione, 4. fisioterapia respiratoria (comprese le inalazioni di aerosol), 5. terapia medica di allenamento, 6. fisioterapia linfologica, 7. chinesiterapia in acqua, 8. ippoterapia in caso di sclerosi multipla, paresi cerebrale e trisomia 21, 9. fisioterapia cardio-circolatoria, 10. fisioterapia uroginecologica e urologica; c. misure fisiche: 1. terapia del caldo e terapia del freddo, 2. elettroterapia, 3. terapia della luce (ultravioletta, infrarossa, luce rossa), 4. ultrasuoni, 5. idroterapia, 6. massaggio muscolare e massaggio del tessuto connettivo. 2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica. 3 Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica. 4 Se la fisioterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione." 2.3. Va ancora rilevato che i presupposti

dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli artt. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Giusta l'art. 32 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 LAMal 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. 32 cpv. 2 LAMal). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275, RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA K 39/01 del 14 ottobre 2002). Inoltre, per l'assicurazione obbligatoria, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli artt. 25-33 (art. 34 cpv. 1 LAMal). Una misura è efficace quando è dimostrata secondo metodi scientifici e permette oggettivamente di ottenere il risultato diagnostico o terapeutico ricercato (STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.1, pubblicata in DTF 139 V 135; DTF 128 V 159 consid. 5c/aa pag. 165; cfr. anche sentenza K 151/99 del 7 luglio 2000 consid. 2b, pubblicata in RAMI 2000 n. KV 132 pag. 279). L'adeguatezza della misura si esamina sulla base di criteri medici. L'esame consiste nel valutare, fondandosi su un'analisi prospettiva della situazione, la somma degli effetti positivi della misura ritenuta, comparandola con gli effetti positivi delle misure alternative o in rapporto alla soluzione consistente a rinunciare a qualsiasi misura; è appropriata la misura che presenta, tenuto conto dei rischi esistenti, il miglior bilancio diagnostico o terapeutico (DTF 127 V 138 consid. 5; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). La risposta alla domanda si intreccia generalmente con quella dell'indicazione medica; quando l'indicazione medica è chiaramente stabilita, occorre ammettere che la condizione del carattere appropriato della misura è realizzato (DTF 125 V 95 consid. 4a; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità interviene quando nel caso di specie esistono delle alternative diagnostiche o terapeutiche appropriate. In tal caso occorre procedere ad una ponderazione degli interessi tra i costi ed i benefici di ogni misura. Se una delle misure permette di raggiungere lo scopo essendo sensibilmente meno cara rispetto all'altra, l'assicurato non ha il diritto al rimborso dei costi della misura più onerosa (DTF 124 V 196 consid. 4; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità non concerne unicamente il tipo e l'estensione delle misure diagnostiche o terapeutiche, ma riguarda anche la forma del trattamento, segnatamente la questione di sapere se una misura deve essere effettuata in ambito ambulatoriale o ospedaliero (DTF 126 V 334 consid. 2b; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135). Sono considerate non economiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi, se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). 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 [Eugster , Krankenversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit , N. 291, pag. 494]), acquista

importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster , op. cit., NN. 293-296, pag. 494-495). 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 (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 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, 1996, pag. 52). In tale ambito, la LAMal attribuisce un ruolo importante al medico fiduciario (art. 57 LAMal), che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo persegue lo scopo di evitare agli assicuratori la presa a carico di misure inutili. Egli può inoltre offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (STFA K 87/00 del 21 marzo 2001 consid. 2d). Va da ultimo rilevato che secondo l'art. 56 cpv. 1 LAMal, il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. L'art. 56 cpv. 2 LAMal prevede che la remunerazione può essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite. Gli assicuratori malattia, chiamati a vigilare sul rispetto dell'economia di trattamento, possono e anzi devono rifiutare l'assunzione di provvedimenti terapeutici inutili o che avrebbero potuto essere rimpiazzati da altri, meno onerosi. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b; cfr. pure la STFA K 35/04 del 29 giugno 2004, consid. 3). 2.4. Nel caso in esame, la Cassa malati ha sempre riconosciuto, anche in passato, la necessità, per il ricorrente, di beneficiare di cicli di fisioterapia – oltre che di ergoterapia - duratura a seguito dell'evento cerebrale del 2013. Tuttavia, già nel 2016, dopo avergli riconosciuto, il 23 giugno 2016 (doc. S8), 11 cicli di 9 sedute ciascuno, sentito a fine anno (doc. 6) il parere del medico di fiducia dr. med. _____, l'assicuratore aveva ritenuto che, trascorsi tre anni, non era più possibile ottenere un netto miglioramento, ma soltanto una stabilizzazione delle condizioni di salute. Pertanto, sarebbe stata sufficiente una sola seduta di fisioterapia di un'ora alla settimana per prevenire contratture. Nel 2017 la Cassa malati ha concesso la garanzia di assunzione dei costi per un trattamento fisioterapico alla settimana (doc. 8). Per l'anno 2018, essa ha garantito i costi sia per un ricovero di riabilitazione neurologica della durata di tre settimane presso la Clinica _____ di _____ sia, dopo avere sentito il 9 maggio 2018 (doc. 8) il dr. med. _____, FMH in reumatologia, il quale ha ritenuto chiaramente indispensabile una terapia di mantenimento avente quale scopo la conservazione delle funzioni residue, l'indipendenza, gli atti della vita quotidiana e la sicurezza negli spostamenti a piedi, il 15 giugno 2018 (doc. B) ha garantito 36 sedute all'anno di

fisioterapia dal 1° luglio 2018 al 30 giugno 2019, non senza precisare che le sessioni svolte fino al 30 giugno 2018 venivano tutte prese a carico. A inizio anno 2019 (doc. 12c) l'assicurato ha beneficiato di 4 settimane di riabilitazione stazionaria presso la medesima struttura. Poi, il 1° giugno 2019 (doc. 10) lo stesso dr. med. _____ ha accolto la richiesta della patrocinatrice legale dell'interessato di assumere i costi per 45 minuti di fisioterapia complessa secondo la posizione tariffale 7311 e non più per 30 minuti in virtù della posizione 7301 (doc. 9). Il medico fiduciario ha confermato che era indiscussa la necessità di una terapia di mantenimento di uno stato neurologico residuo secondo la tariffa 7311, approvando 4 cicli di fisioterapia e 2 di ergoterapia. Poco dopo, il 18 giugno 2019 (doc. 12) il dr. med. _____, medicina generale FMH medicina sportiva SSMS, ha aggiornato brevemente la Cassa malati sulle condizioni di salute dell'assicurato affermando che il quadro clinico era stabile, ma che il suo paziente necessitava di una presa a carico costante e intensa di fisioterapia ed ergoterapia. Le contestazioni dell'assicurato (doc. 13) hanno portato la Cassa malati a reinterpellare il medico di fiducia, che il

E. 26

giugno 2019 (doc. 14) ha confermato la sua presa di posizione. Il 27 giugno 2019 (doc. S10) la Cassa malati ha perciò concesso la garanzia per 36 sedute di fisioterapia fino al 30 giugno 2020. Il 21 giugno 2021 (doc. F) il medico curante ha informato la Cassa malati di avere rivisto l'assicurato il 18 marzo 2021 e di avere riscontrato una stabilità dei parametri e delle disabilità, eccezion fatta per il tremore essenziale, che era migliorato in modo notevole con l'impianto di uno stimolatore nel 2018, ma che "il paziente, che vive da solo ancora in modo autosufficiente, necessita di una presa a carico fisioterapica ed ergoterapica costante e intensa con lo stesso ritmo e la stessa frequenza degli scorsi anni.". Questo certificato, preceduto da uno datato erroneamente 5 giugno 2020, ma redatto il 1° aprile 2021, ha dato luogo alla garanzia di assunzione dei costi del 16 aprile 2021 (doc. G), con cui l'assicuratore malattia si sarebbe assunto dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2022 4 serie di 9 sedute di fisioterapia. Con il referto del 7 settembre 2021 (doc. I) il dr. med. _____ ha ripreso il contenuto del suo precedente certificato, aggiungendo in calce la seguente frase: "Chiedo dunque cortesemente alla assicurazione CO 1 l'assunzione dei costi per le prestazioni di fisio ed ergoterapia al di là delle canoniche 18 sedute.". A seguito di ciò, il 20 ottobre 2021 (doc. L) la Cassa malati ha garantito l'assunzione dei costi per 3 serie di 9 sedute all'anno di ergoterapia dal 1° novembre 2021 al 31 ottobre 2023, prendendo a carico pure le sedute effettuate fino al 30 settembre 2021. Nel suo scritto del 27 ottobre 2021 (doc. L) la patrocinatrice dell'assicurato ha chiesto il medesimo trattamento per le fatture inerenti le sedute di fisioterapia, postulando una revisione del numero di cicli concessi visto che l'interessato necessitava di almeno due sedute di fisioterapia alla settimana per mantenere il suo stato fisico e la sua autosufficienza per vivere da solo. La Cassa malati ha precisato il 16 novembre 2021 (doc. M) che il medico fiduciario aveva già raccomandato di aumentare la presa a carico dell'ergoterapia di 9 sedute, ma che non ha cambiato nulla per la fisioterapia. L'assicurato ha ritenuto superfluo produrre un nuovo certificato del medico curante come richiesto dalla Cassa malati, ritenendo che quello del 7 settembre 2021 fosse già sufficientemente chiaro e preciso riguardo alle sue necessità quantitative di sessioni di fisioterapia (doc. N), ma il 29 novembre 2021 (doc. S14) il dr. _____ ne ha allestito comunque un altro, di simile tenore ai precedenti, completandolo come segue: "Ovviamente il paziente necessita di un intervento fisioterapico (ed ergoterapico) intenso che va al di là delle canoniche 4x9 sedute anche perché, come può immaginare, la situazione è soggetta a cambiamenti e a volte bisogna intensificare gli interventi mentre altri periodi si

possono diradare. In conclusione, come gli altri anni, il paziente necessita di un intervento fisioterapico più intenso quantificabile in due trattamenti alla settimana. Inoltre necessita di un trattamento di ergoterapia alla settimana." Nel suo parere del 9 dicembre 2021 (doc. 20) il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, ha ribadito che non era possibile una guarigione e che i provvedimenti concessi servivano per lenire il dolore e mantenere le funzioni residue, quindi si trattava di una terapia di mantenimento, perché un aumento della frequenza della terapia, oltre a non essere economica, non avrebbe portato ad effetti duraturi e visibili. Non essendovi indicazioni per una intensa terapia di riabilitazione, ha consigliato di aumentare i cicli di fisioterapia e di ergoterapia, portandoli a 5 rispettivamente a 4 all'anno, corrispondenti in media a più di una seduta di terapia alla settimana. In tal senso il tenore della garanzia del 17 dicembre 2021 (doc. O) rilasciata dalla Cassa malati valida per gli anni 2021, 2022 e 2023, così come la decisione del 22 marzo 2022 (doc. V). Il 4 aprile 2022 (doc. R) il dr. med. _____ ha riferito lo stato dell'assicurato dopo che le sedute di fisioterapia erano state ridotte da due a una alla settimana, affermando che dal punto di vista oggettivo era difficile ravvisare un peggioramento, mentre dal punto di vista soggettivo l'interessato segnalava un aumento della difficoltà negli spostamenti dal letto alla carrozzina, dalla carrozzina al gabinetto e viceversa, essendo diminuita la forza nella gamba destra. Per il curante, era possibile che diminuendo gli stimoli mirati al mantenimento della forza il paziente aveva avvertito un aumento delle difficoltà nella sua quotidianità. Pertanto, egli ha raccomandato di mantenere una frequenza di due sessioni di fisioterapia alla settimana per preservare lo stato di salute e l'indipendenza dell'assicurato. La decisione su opposizione dell'8 luglio 2022 (doc. B) ha ribadito l'assunzione dei costi per 45 sedute di fisioterapia all'anno e per 36 sedute di ergoterapia all'anno dal 2021 al 2023. 2.5. Pendente causa, l'11 novembre 2022 (doc. XXII) il giudice delegato ha nominato quale perito il dr. med. _____, FMH reumatologia e in medicina interna, medicina manuale SAMM e medicina dello sport SSMS, sottoponendogli dettagliati quesiti. Dopo avere esaminato di persona il ricorrente il 17 gennaio 2023 tra le ore 10 e le ore 12, nel suo rapporto peritale del 6 febbraio 2023 (doc. XXVI) il perito ha riassunto gli atti medici messi a sua disposizione dal Tribunale consistenti negli atti prodotti dal ricorrente e dalla Cassa malati, ha esposto l'anamnesi generale, attuale, l'esito dell'esame clinico e ha posto le diagnosi di emisindrome facio-brachio-crurale sinistra spastica con paralisi totale dell'arto superiore e parziale dell'arto inferiore in stato dopo incidente vascolare cerebrale nel 2013, operazione per meningioma parietale sinistra nel 2016 e posa di impianto di neurostimolazione per tremore essenziale nel 2019. Nella valutazione e procedere il perito ha rilevato che si tratta di un paziente che ha subito un evento cerebro-vascolare che ha richiesto una lunga degenza ospedaliera nel 2013-2014 con una residua emisindrome spastica sinistra, completa all'arto superiore e parziale ma avanzata all'arto inferiore. Dopo l'evento acuto l'assicurato ha beneficiato di una lunga degenza (9 mesi) in clinica con un recupero funzionale parziale della forza dell'arto inferiore sinistro, ciò che ha permesso il ritorno a domicilio pur dovendo passare gran parte della giornata in carrozzella, seduto o sdraiato. Egli ha beneficiato di cure continue con fisioterapia, inizialmente due volte alla settimana, ma negli ultimi due anni, con la riduzione delle sedute, il paziente gli ha riferito di avere notato un peggioramento della paresi dell'arto inferiore sinistro con una tendenza maggiore a cadute, instabilità ed insicurezza nei brevi spostamenti. Per l'ergoterapia, l'interessato continuava le cure, anche se, ha osservato il perito, trattandosi di una paralisi completa le possibilità terapeutiche erano relative e limitate a una mobilizzazione dell'arto superiore sinistro - che il paziente stesso può fare parzialmente in maniera autonoma con la mano destra - e alla

lotta contro l'ipertono. Il paziente non era invece in grado di esercitare in maniera autonoma la mobilità/ forza dell'arto inferiore sinistro. L'esperto ha poi così risposto ai quesiti sottopostigli dal TCA: " 1. Viste le patologie di cui soffre il ricorrente (così come rilevabili dalle certificazioni e dalla documentazione medica agli atti, o che il perito vorrà ulteriormente acquisire presso i curanti, rispettivamente malattie che il Dr. _____ vorrà personalmente accertare), dica il perito se l'esecuzione di cure fisioterapiche in favore di RI 1, 1955, è necessaria, rispettivamente efficace ed adeguata, per il mantenimento rispettivamente il miglioramento dello stato di salute del paziente. L'esecuzione di cure fisioterapiche in favore di RI 1, 1955, è necessaria, rispettivamente efficace ed adeguata per il mantenimento dello stato di salute del paziente. Visto la natura e l'entità delle sue patologie un miglioramento non è possibile. 2. Indichi il perito se, per il doveroso rispetto dell'economicità cui debbono sottostare le cure, siano, in concreto, possibili altre soluzioni terapeutiche (quali), alternative alla fisioterapia o concorrenti con essa, analogamente efficaci, adeguate ma meno onerose. No, non ci sono altre soluzioni terapeutiche possibili. 3. In caso di risposta affermativa al primo quesito e negativa al secondo, indichi il perito (motivando le sue ragioni) quale sia l'intensità delle sedute fisioterapiche cui dovrebbe sottoporsi annualmente l'assicurato per raggiungere lo scopo del mantenimento rispettivamente del miglioramento dello stato della sua salute. Visto la presenza di una paresi ma non di una paralisi completa dell'arto inferiore sx, e la constatazione, dopo valutazione clinico-anamnestica in data odierna, che il paziente non può esercitare in maniera autonoma un'attività fisica di rinforzo muscolare dell'arto inferiore sx, è necessaria una fisioterapia di almeno 45-50 minuti due volte alla settimana (posizione 7311). Questo con l'intento di mantenere al possibile lo stato attuale che permette al paziente un certo grado di indipendenza e quindi di rimanere a domicilio. Un miglioramento della sua situazione non è invece possibile. 4. Indichi il perito se il numero di sedute fisioterapiche è influenzato dallo svolgimento delle parallele prestazioni di ergoterapia così come ammesse dall'assicuratore e non contestate dall'assicurato con il suo ricorso. No, dal momento che l'ergoterapia si occupa unicamente dell'arto superiore sx mentre la fisioterapia prevalentemente dell'arto inferiore sx (con esercizi di rinforzo anche del destro e del tronco). Per il mantenimento dello stato attuale del paziente e della sua indipendenza è importante mantenere la forza residua all'arto inferiore sx ed allenare quella del destro e del tronco. Contemporaneamente avendo il paziente una paralisi completa dell'arto superiore sx e agendo l'ergoterapia unicamente per mobilitare l'arto superiore e lenire l'ipertono muscolare, che però non disturba il paziente, le sedute di ergoterapia potrebbero eventualmente essere ridotte, per esempio a 2 cicli all'anno. 5. Specifici il perito, nella misura in cui sia possibile e ritenuto lo stato delle patologie attualmente sofferto dal ricorrente, quale sia – prospetticamente – la necessità di cure di fisioterapia dell'assicurato prevedibile per il futuro, se sia, cioè, prevedibile una diminuzione (o un aumento) del numero delle sedute. Visto le patologie sofferte dal paziente si prospetta che la necessità di cure di fisioterapia prevedibile per il futuro sia di 2 sedute settimanali al fine del mantenimento della situazione attuale. Non è prevedibile la diminuzione ma neanche un aumento del numero delle sedute. 6. Eventuali osservazioni. Come già descritto, l'importante per il paziente e la sua autonomia è mantenere al possibile la residua mobilità e forza dell'arto inferiore sx (con esercizi anche per il destro e il tronco), che va quindi curata e allenata in maniera specifica e costante tramite sedute di fisioterapia. Avendo una paralisi completa dell'arto superiore sx invece, non soffrendo il paziente di particolari problematiche a questo livello, si potrebbero ridurre le cure specifiche, a sapere le sedute di

ergoterapia, come già sopra menzionato.". 2.6. Il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Decisivo quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti

sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai rapporti del medico curante , secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/ 2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dall'amministrazione o dal giudice e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)"

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.7. Nel caso di specie, dai pareri medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sui rimedi sanitari attuabili sono discordanti le une dalle altre, mentre sullo stato di salute dell'assicurato essi sono in sostanza concordi. Da questi certificati medici emerge infatti una differenza di pareri in merito alla quantità delle prestazioni riabilitative necessarie al ricorrente stanti le sue condizioni di salute.

L'insorgente sostiene che vi siano dei motivi di ordine medico affinché la Cassa malati si assuma i costi di due sedute di fisioterapia alla settimana, appuntamenti che, a suo dire, sono assolutamente necessari per continuare a mantenere lo stato di salute che gli permette di potere vivere da solo e in modo indipendente. La Cassa malati è dell'avviso opposto, rifiutando di assumersi i costi derivanti da ulteriori cicli di fisioterapia oltre ai cinque riconosciuti con la garanzia del 17 dicembre 2021, sostenendo che aumentare la cadenza delle sedute non porta a un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato e quindi un numero maggiore di sedute di fisioterapia non è una misura adeguata, appropriata ed economica ai sensi dell'art. 32 LAMal. Occorre dunque esaminare, alla luce dei referti medici agli atti, quale numero di sedute di fisioterapia rispetta i predetti criteri e permette all'insorgente di mantenere il suo stato neurologico residuo esistente nel 2021, 2022 e 2023, anni per cui la Cassa malati gli ha riconosciuto 5 cicli di fisioterapia e 3 di ergoterapia.

2.8. Eccetto per l'anno 2016, durante il quale l'assicurato ha beneficiato di un periodo di riabilitazione stazionaria e poi di 11 cicli di fisioterapia di 9 sedute ciascuno, oltre a 5 serie di 9 sedute per l'ergoterapia, in seguito la Cassa malati si è assunta ogni anno i costi per al massimo quattro cicli di fisioterapia e per almeno due di ergoterapia al di fuori delle cure stazionarie (v. consid. 2.4. che precede). Nel 2021, dopo una prima garanzia rilasciata, come in passato, per 36 sedute di fisioterapia all'anno e 18 di ergoterapia, le obiezioni sollevate dall'assicurato hanno portato la Cassa malati, sentito il suo medico di fiducia, a riconoscere un ciclo in più sia per la fisioterapia che l'ergoterapia, assumendosi così ogni anno i costi per 5 cicli di fisioterapia e 3 di ergoterapia fino al 2023. Già nel novembre 2016 (doc. T), la fisioterapista che aveva in cura il ricorrente effettuando due trattamenti alla settimana aveva rilevato che "A livello fisioterapico il paziente necessiterebbe di proseguire il lavoro intrapreso al fine di aumentare l'autonomia motoria (camminata indipendente col bastone anche negli spostamenti in casa) in sicurezza associandovi nel tempo abitudine e fiducia.". Come visto, però, con la garanzia del 23 giugno 2016 (doc. S8) da quel momento in poi la Cassa malati si è assunta i costi soltanto per 36 sedute all'anno, corrispondenti, in sostanza, a meno di un trattamento fisioterapico alla settimana, ma già nel 2019 il dr. _____ ha evidenziato la necessità di una presa a carico fisioterapica ed ergoterapica costante e intensa. Questa richiesta è stata ribadita dal curante anche in seguito, rilevando che queste terapie dovevano avere luogo allo stesso ritmo e alla stessa frequenza degli anni precedenti, sottintendendo, verosimilmente, due sedute di fisioterapia alla settimana come nel 2016. Questa precisazione è infatti poi espressamente avvenuta con il referto del 29 novembre 2021 (doc. S14), in cui il medico curante ha evidenziato la necessità, per il ricorrente, di una frequenza maggiore di prestazioni fisioterapiche che a quel momento si assestavano a 36 sedute (4 cicli da 9 sedute), concludendo che "come per gli altri anni, il paziente necessita di un intervento fisioterapico più intenso quantificabile in

due trattamenti alla settimana. Inoltre necessita di un trattamento di ergoterapia alla settimana", fino a quel momento riconosciuta nella misura di due serie da 9 prestazioni. Anche il fisioterapista si è unito a questa indicazione spiegando, il 31 marzo 2022 (doc. Q), che l'obiettivo delle terapie era di aiutare l'assicurato a mantenere il suo livello di autonomia attraverso il mantenimento della mobilità passiva dei distretti degli arti superiore e inferiore sinistri, il mantenimento/ incremento della forza dell'arto inferiore sinistro e dell'equilibrio, il mantenimento/incremento dell'attività della muscolatura del tronco e la prevenzione dell'insorgenza di problemi/dolori all'arto inferiore sinistro. Egli ha però osservato che "Avendo diminuito la frequenza dei trattamenti da diversi mesi, abbiamo purtroppo già dovuto limitare il trattamento rivolto ad alcuni di questi obiettivi. Il timore è che possa favorire un lento peggioramento in alcune di queste aree. Pazienti con quadri clinici come RI 1 necessitano di lavoro costante e frequente per evitare peggioramenti, ospedalizzazioni, perdita dell'autonomia. Credo sia opportuno e adeguato lavorare con una frequenza di 2 sedute settimanali.". In questo senso, il 4 aprile 2022 il dr. med. _____ ha chiosato che dopo che le sedute di fisioterapia erano state ridotte da due a una alla settimana, a causa della diminuita forza nella gamba destra l'assicurato aveva riscontrato un aumento della difficoltà negli spostamenti dal letto alla sedia a rotelle e dalla sedia a rotelle al gabinetto e viceversa. Il medico curante aveva perciò raccomandato alla Cassa malati di mantenere una frequenza di due sessioni di fisioterapia alla settimana per preservare lo stato di salute e l'indipendenza dell'assicurato. Va evidenziato che i medici fiduciari dell'assicuratore malattia che si sono pronunciati sulle diverse richieste di garanzia di assunzione dei costi di fisioterapia e di ergoterapia, senza vedere l'assicurato, hanno sempre riconosciuto l'importanza della terapia di mantenimento dello stato neurologico residuo dell'interessato, permettendogli, ogni anno, di beneficiare di quattro cicli di fisioterapia e di due serie di ergoterapia. Visto ormai il tempo trascorso dall'ictus il dr. med. _____, ammettendo indubbiamente la necessità della terapia di mantenimento, nel 2018 ha però osservato che non era indicata una terapia di lunga durata come quella richiesta dall'interessato, ovvero con 2 sedute di fisioterapia e una di ergoterapia alla settimana. Pertanto, ha raccomandato alla Cassa malati di riconoscere la copertura dei costi per 4 serie di 9 sedute di fisioterapia e per 2 cicli di ergoterapia. Nel 2019 (doc. 10) lo stesso reumatologo ha poi precisato che, ammesso il particolare stato di salute dell'assicurato, queste terapie di mantenimento dovevano essere fatturate secondo la posizione 7311, relativa, cioè, a un trattamento intenso di 45 minuti a seduta, per 4 cicli da 9 appuntamenti; poi, due cicli di ergoterapia andavano approvati come ulteriore terapia di mantenimento per un anno. Per l'anno 2021 il medico di fiducia della Cassa malati ha osservato che si poteva soltanto alleviare temporaneamente la sofferenza dell'assicurato, ma che aumentare la frequenza della terapia non aveva effetti duraturi a lungo termine. In quell'occasione, egli ha raccomandato di aumentare di un'ulteriore serie entrambe le terapie, portandole a un totale di 5 di fisioterapia e di 4 di ergoterapia. 2.9. Per il dr. med. _____, che ha visitato di persona il ricorrente vedendolo per un periodo prolungato, le condizioni di salute sono tali che è comunque presente una residua mobilità, che permette all'assicurato di rimanere in piedi appoggiandosi sull'arto inferiore destro, seppure vi sia un certo appoggio sull'arto inferiore sinistro, colpito da paresi avanzata, con il piede in ipersupinazione. Il perito ha osservato che l'interessato non riesce però da solo a fare particolari esercizi di rinforzo muscolare o esercizi di mobilizzazione dell'arto inferiore sinistro vista l'importante paresi e il piccolo residuo movimento presente, ma può, usando la mano destra, mobilizzare parzialmente l'arto superiore sinistro. Considerata l'importanza di potere fare affidamento sulla gamba

sinistra per permettergli di alzarsi e di compiere dei brevi, ma fondamentali spostamenti per andare per esempio al gabinetto o al banco della cucina per prepararsi da mangiare, per evitare di cadere e di generare una insicurezza nell'erigersi e nello stare in piedi, il perito ha indicato chiaramente che all'assicurato sono necessarie due sedute settimanali di fisioterapia per mantenere la situazione attuale e quindi permettergli di potere rimanere al proprio domicilio ed essere indipendente in queste semplici attività. Per le attività più complesse, come fare la doccia, il ricorrente necessita invece forzatamente di aiuti esterni. Seppure anche l'esperto abbia riconosciuto come non sia possibile un miglioramento delle sue condizioni di salute a causa dell'entità delle patologie, l'insorgente ha comunque necessità di effettuare delle cure fisioterapiche per mantenere il suo stato di salute in condizioni tali che gli permettano una, ancorché limitata, mobilità e indipendenza. Di conseguenza, non potendo esercitare da solo un'attività fisica di rinforzo muscolare della gamba sinistra, con esercizi di rinforzo anche dell'arto destro e del tronco, a suo dire la fisioterapia risulta essere un trattamento efficace, adeguato ed economico per adempiere allo scopo ancora realizzabile, ossia il mantenimento delle condizioni di salute dell'assicurato che gli permettono una certa, seppure minima, ma fondamentale, autonomia nei movimenti e negli spostamenti, benché limitati. Questa soluzione terapeutica, l'unica possibile nel caso in esame, non è posta in discussione dalla Cassa malati e ha per obiettivo il mantenimento dello stato neurologico residuo del ricorrente per potere conservare un certo grado di indipendenza e quindi affinché egli possa rimanere al proprio domicilio. Per l'esperto interpellato dal TCA, il ricorrente può raggiungere questo obiettivo soltanto mediante due sedute di fisioterapia intensa di 45 minuti l'una alla settimana non solo per gli anni 2021, 2022 e 2023, ma anche per il futuro. Egli ha osservato che negli anni scorsi l'assicurato ha notato un peggioramento della paresi dell'arto inferiore sinistro con tendenza a maggiori cadute e instabilità. Anche il fisioterapista, che ha dovuto limitare i trattamenti necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati per mantenere il livello di autonomia conquistato dall'assicurato, ha espresso il timore che una riduzione delle terapie possa favorire un lento peggioramento della mobilità passiva dei distretti dell'arto superiore e inferiore sinistro, della forza e dell'equilibrio della gamba sinistra, l'insorgenza di dolori all'arto destro e l'aumento del rischio di cadute. Per evitare peggioramenti, ospedalizzazioni e perdita dell'autonomia, era dunque necessario un trattamento costante e frequente. 2.10.

Richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici ed attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserito, stante il quadro clinico complessivo del ricorrente, questo Tribunale non può confermare l'operato della Cassa malati. Sulla scorta delle considerazioni espresse da tutti gli specialisti intervenuti, il TCA fa infatti proprie le considerazioni e le conclusioni tratte dal perito il 6 febbraio 2023, secondo cui è necessaria una fisioterapia intensa e costante che si traduce in due sedute alla settimana (posizione 7311). Innanzitutto va qui evidenziato che sono indubbi, per entrambe le parti in causa, sia la necessità per l'insorgente di beneficiare di cure fisioterapiche sia lo scopo che dette cure si prefiggono nel caso in discussione: il mantenimento di uno stato di salute del ricorrente tale da continuare a permettergli, malgrado la parziale paralisi dell'arto inferiore sinistro, dei piccoli spostamenti che lo rendono indipendente e autonomo nella sua quotidianità al proprio domicilio. 2.11. Ciò stante, d'avviso del dr. med. _____, tale obiettivo può essere conseguito unicamente con due terapie alla settimana per mantenere la forza residua all'arto inferiore sinistro ed esercitare quella del destro e del tronco. Le 45 sedute di fisioterapia annue concesse dalla Cassa malati resistente non sono sufficienti per questo scopo. Va infatti osservato che il numero di sedute raccomandate dal medico di

fiducia della Cassa malati non corrisponde a neppure una alla settimana e dunque, in quanto tale, alla luce delle considerazioni del perito, insufficiente a raggiungere lo scopo che lo stesso dr. med. _____ ha individuato: una terapia di mantenimento dello stato residuale esistente. Va ricordato che sia il perito sia il medico fiduciario sono concordi che una terapia di miglioramento non è giustificata, in quanto le patologie che affliggono il ricorrente rendono impossibile un miglioramento delle sue condizioni di salute. A questo proposito, il medico fiduciario della Cassa ha affermato che di fronte a una evidente grossa sofferenza dell'assicurato, le sue condizioni di salute permettevano soltanto di alleviarla momentaneamente con la fisioterapia, non senza rilevare che questa terapia non ha comunque un effetto duraturo e sostenibile a lungo termine, perciò non occorre aumentare la frequenza. La scrivente Corte non è concorde con quest'ultima affermazione alla luce delle considerazioni del dr. med. _____, il quale ha invece evidenziato come sia importante mantenere la mobilità e la forza residue dell'arto inferiore sinistro, esercitandole in maniera specifica e costante per poter far sì che il ricorrente mantenga la sua autonomia. E questo risultato è possibile, nel caso concreto, soltanto praticando due volte alla settimana specifiche terapie con/sulla gamba sinistra e destra come pure del tronco. Considerata l'esposta situazione medica va ritenuto, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6), che nel 2021, 2022 e 2023 le condizioni di salute dell'insorgente imponevano per l'esistente necessità medica, una riabilitazione costante e intensa con una frequenza di due sedute alla settimana. Questo tipo di trattamento risulta efficace, appropriato ed economico ai sensi dell'art. 32 LAMal per mantenere, e comunque certamente per non lasciare regredire lo stato di salute residuo del ricorrente. Ne discende che nemmeno occorre procedere alle audizioni testimoniali richieste dal ricorrente, compresa la sua (doc. VIII), che si rivelano superflue alla luce delle conclusioni tratte sulla scorta della perizia giudiziaria. Il ricorso deve pertanto essere accolto e la decisione impugnata annullata. Di conseguenza, CO 1 deve assumersi secondo la LAMal i costi derivanti da un trattamento fisioterapico intenso effettuato in ragione di 104 sedute all'anno (fatturato con la posizione 7311) per ciascun anno dal 2021 al 2023 compreso. Vincente in causa e patrocinato da un legale, il ricorrente ha diritto all'attribuzione di indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGa), mentre non è tenuto al carico di tasse e spese siccome il legislatore non ne ha previsto il prelievo (art. 61 lett. f bis LPGa). Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107) .

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