

TI_GERICHTE 36.2023.38 vom 18. März 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-03-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.38

FR: TI_GERICHTE 36.2023.38 du 18 mars 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2023.38 del 18 marzo 2024

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi per un intervento di blefaroplastica delle palpebre superiori. La domanda è stata respinta poiché la blefarocalasi sintomatica nel preciso caso di specie non ha valore di malattia

Erwägungen

E. 27

luglio 2023 con l'indicazione della possibilità di inoltrare opposizione all'assicuratore malattie, di cui è stato fornito l'indirizzo completo, entro

E. 30

giorni dalla notifica (doc. 4). Nella decisione su opposizione del 23 novembre 2023, qui impugnata, in calce, figura la possibilità di impugnarla al Tribunale delle assicurazioni del Cantone di domicilio dell'assicurato entro 30 giorni dall'intimazione. In data 18 dicembre 2023 l'assicurato è tempestivamente insorto a questo Tribunale. Ora, a prescindere dalla ricevibilità della domanda, questo Tribunale deve constatare che l'assicuratore ha agito correttamente. Infatti, dopo aver dapprima negato l'assunzione dei costi tramite semplice lettera (doc. 7 e 8), in seguito ad un nuovo esame della fattispecie, CO 1 ha indicato la possibilità di domandare l'emissione di una decisione formale (plico doc. 6), che ha poi in breve tempo emanato dopo aver ricevuto una richiesta in tal senso dell'insorgente (doc. 4 e 5). Inoltre, sia nella decisione formale che nella decisione su opposizione, la convenuta ha indicato i mezzi di impugnazione. Le contestazioni del ricorrente vanno respinte. nel merito 2.5. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Ai sensi dell'art. 24 cpv. 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.

E. 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). 2.6. 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. 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 hievov; 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 hievov) 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 mobilità (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).” 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). In una sentenza 9C_222/2023 del 18 dicembre 2023 il Tribunale federale ha dovuto giudicare il caso di un assicurato, nato nel 2000, che, in seguito a cicatrici ipertrofiche, resistenti alle terapie, sulla guancia destra, sulla parasternale sinistra e sulla spalla sinistra, per il tramite di una dr.ssa specialista in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, ha chiesto il rimborso dei costi per un'asportazione con successiva irradiazione delle parti del corpo interessate. L'assicuratore aveva deciso di rimborsare i costi dell'intervento alla guancia ma non alle altre parti del corpo. Il Tribunale federale ha respinto il ricorso dell'assicurato. L'Alta Corte ha rammentato che un difetto esclusivamente estetico non rientra di norma tra i rischi assicurati dalla LAMal. Gli interventi per correggere le differenze in relazione all'aspetto ideale o ritenuto normale non sono di principio finalizzati a curare, ridurre o prevenire le patologie o a mantenere lo stato di salute. Disturbi comunemente ritenuti quali difetti estetici che si sviluppano naturalmente, come un naso vistoso, orecchie sporgenti, un fisico sovradimensionato, nei di natura benigna, rughe sul viso, palpebre cadenti, borse sotto gli occhi, perdita di capelli o seni che non corrispondono al presunto ideale di bellezza, non hanno carattere di malattia, a condizione che non siano collegati a disturbi funzionali o che i disturbi funzionali siano concretamente prevedibili (STF K 132/04 del 2 febbraio 2006 consid. 2.2, STF K 1 /05 del 16 agosto 2005 consid. 1.2 e 3; cfr. Gebhard Eugster, SBVR, 3a edizione 2016, pag. 497 Nr. 303). Tuttavia, il valore di malattia non può essere negato a priori nel caso di un difetto estetico che si scosta molto dalla norma (STF K 4/04 del 17 agosto 2005 consid. 5.1, pubblicata in: SVR 2006 KV Nr. 13 pag. 41, STF K 50/99 dell'8 agosto 2000, pubblicata in: RAMI 2000 KV Nr. 113 pag. 126). La LAMal deve rimborsare i costi degli interventi se il disturbo estetico è associato a un danno fisico o psichico con valore di malattia (STF K 1/05 del 16 agosto 2005 consid. 1.2; STF 9C_465/2010 del 20 settembre 2010 consid. 6.2, pubblicata in: SVR 2011 KV No. 11 p. 44; Eugster, op. cit., pag. 497 n. 304). Questi difetti estetici, soprattutto in parti del corpo visibili ed esteticamente particolarmente sensibili come il viso, possono essere considerati malattie se si scostano notevolmente dal concetto ideale o normale e sono quindi percepiti come deturpanti (STF 9C_572/2015 del 22 giugno 2016 consid. 2, pubblicata in: SVR 2016 KV Nr. 15 pag. 77; STF 9C_246/2020 del 4 marzo 2021 consid. 5.1, pubblicata in: SVR 2021 KV Nr. 16 pag. 86). Quando un difetto estetico possa essere definito deturpante viene stabilito tramite criteri oggettivi. Occorre tenere in

considerazione la visione globale della società. Altrettanto importante è fino a che punto il difetto estetico si ripercuote negativamente sulla vita lavorativa. In relazione alla parità di trattamento tra gli assicurati si deve partire da un'interpretazione restrittiva del termine deturpante. I fattori soggettivi, soprattutto le opinioni personali, devono essere ignorati. Essi sono presi in considerazione quando occorre valutare se il difetto estetico causa disturbi fisici o psichici con valore di malattia, che possono essere eliminati correggendo il difetto (STF 9C_319/2015 del 9 maggio 2016 consid. 3.2, pubblicata in: SVR 2016 KV Nr. 16 pag. 80). Anche piccoli difetti estetici possono portare ad un trattamento se causano disturbi o perdita di funzionalità con grande valore di malattia. Ciò vale, ad esempio, per cicatrici che causano dolori importanti o limitano significativamente la mobilità (STF 9C_572/2015 del 22 giugno 2016 consid. 4.2, pubblicata in: SVR 2016 KV Nr. 15 pag. 77, STF K 135/04 del 17 gennaio, 2006 consid. 1, pubblicata in: RAMI 2006 KV Nr. 358 pag. 55 e STF K 50/05 del 22 giugno 2005 consid. 2.2). 2.7. In concreto, dalle tavole processuali emerge che il 7 maggio 2014 la dr.ssa med. _____, FMH oftalmologia e oftalmochirurgia, ha inoltrato a CO 1 uno scritto con l'indicazione che l'insorgente soffre di una dermatocalasi bilaterale che limita il suo campo visivo superiore ed ha chiesto se fosse possibile la presa a carico dei costi per un intervento di blefaroplastica (doc. 9). Il 20 maggio 2014 il medico fiduciario ha negato il valore di malattia al disturbo di cui è affetto l'insorgente ed ha proposto di respingere la richiesta (allegato doc. 9). Il 3 ottobre 2022 il Prof. dr. med. _____, primario presso il servizio multisito di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica _____, posta la diagnosi di blefarocalasi sintomatica delle palpebre superiori, ha affermato: "(...) Paziente che ha notato un progressivo cedimento delle palpebre superiori che gli danno fastidio, anche perché ha una costante impressione di avere un campo visivo ridotto. Paziente riferisce che questa sensazione è recentemente aumentata, visto che ha perso notevolmente peso. Paziente sano, non assume farmaci. Non fuma. Esame obiettivo Eccesso cutaneo delle palpebre superiori con clinicamente riduzione del campo visivo. Obiettivazione: vedi referto del campo visivo allegato. Valutazione e procedere In virtù della sintomatologia, propongo di procedere con una blefaroplastica delle palpebre superiori in modo da migliorare la sintomatologia del paziente. Questo intervento può evidentemente essere eseguito secondo la tariffa Tarmed in ambulatoriale con anestesia locale eseguita dal chirurgo. Conseguentemente Le chiedo gentilmente di valutare la presa a carico." (doc. 8) Al referto è stato allegato l'esame del campo visivo del 30 agosto 2022 ed alcune fotografie. Il 31 ottobre 2022 la dr.ssa med. _____, medica fiduciaria dell'assicuratore, ha proposto di negare l'assunzione dei costi dell'intervento, non essendo dato il valore di malattia al disturbo accusato dall'insorgente (" Es besteht hier keine erhebliche körperliche Beeinträchtigung und damit auch keine Leistungspflicht der OKP bezüglich der vorgeschlagenen Operation "). Il 21 ottobre 2022 il Prof. dr. med. _____, ha scritto alla fiduciaria dell'assicuratore, affermando: "(...) Ribadisco che si tratta di una blefarocalasi sintomatica. Il paziente spiega chiaramente che ha un campo visivo ridotto, soprattutto nei quadranti cranio-laterali. Questa sintomatologia viene confermata tramite un esame del campo visivo che, secondo me, mostra comunque una determinata riduzione del campo visivo, questo in modo obiettivo. Conseguentemente, le chiedo di rivalutare la situazione e rispettivamente spiegare soprattutto al paziente come mai rifiutate questa presa a carico." (doc. 7) Il 31 ottobre 2022 la dr.ssa med. _____ ha ribadito che non vi è alcun elemento per mettere a carico della LAMal i costi dell'intervento (allegato doc. 7). In data 17 maggio 2023 anche il medico fiduciario dr. med. _____, " Facharzt für Ophthalmologie, speziell Ophthalmochirurgie " ha esaminato la

documentazione, ritenendo che i presupposti per un rimborso della prestazione non sono dati. Lo specialista ha ritenuto che frontalmente vi è unicamente un leggero restringimento delle fessure palpebrali in entrambi i lati. Oltre ad un incipiente cedimento dell'area sopraccigliare, è presente una moderata dermatocalasi con piega cutanea continua e leggera sovrapposizione cutanea laterale. I bordi delle palpebre sono chiaramente sopra le pupille, che non sono nemmeno parzialmente nascoste nelle immagini laterali o semi-oblique. Il medico fiduciario rileva inoltre che non sono stati eseguiti esami cinetici delle pupille e delle palpebre e che l'esame statico Octopus eseguito non è adatto alla verifica dei limiti temporali esterni. Quest'ultimo non sarebbe inoltre plausibile poiché la copertura dell'iride da parte della palpebra è rappresentata in maniera irregolare. Lo specialista ribadisce che dalla documentazione le pupille risultano completamente libere e il bordo palpebrale si situa ben al di sopra della pupilla. In base al triangolo temporale sclerale la pupilla è chiaramente riconoscibile. Non vi sono pertanto significative restrizioni del campo visivo con rilevanza patologica e l'intervento non va a carico della LAMal (" Frontal ist lediglich eine leichte Lidspaltenverengung bds zu sehen. Neben einer beginnenden Senkung der Brauenpartie besteht eine mässiggradige Dermatochalase der OL bds mit durchgehender Hautfalte und leichter Hautüberlappung seitlich. Die Lidkanten verlaufen bds deutlich oberhalb der Pupillen, diese werden weder auf den seitlichen, noch auf den halbschrägen Aufnahmen nur ansatzweise verdeckt. Leider wurden keine kinetischen GF gemacht. Die statischen Octopus GF sind für eine Beurteilung der temporalen Aussengrenzen gänzlich ungeeignet. Ebenso ist die Darstellung mit unregelmässigen Ausfällen nach oben unplausibel. Aufgrund der Lidspaltenkonfiguration mit bds vollständig freier Pupille und einem Lidkantenverlauf weit oberhalb der Pupillen sowie einem deutlich erkennbaren Skleradreieck temporal sind keine wesentliche GF-Einschränkungen, welche Krankheitsrelevanz erlangen, zu erwarten "). Non è stata prodotta ulteriore documentazione medica. 2.8. 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 LPGGA, 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). 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). 2.9. Va ancora rammentato 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

E. 36

e avere, inoltre durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in ospedale.

2.12. Secondo l'art. 61 lett. fbisLPGA in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

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