

TI_GERICHTE 36.2025.43 vom 1. Dezember 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-12-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.43

FR: TI_GERICHTE 36.2025.43 du 1 décembre 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.43 del 1 dicembre 2025

Erwägungen

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 (sentenza 9C_702/2023 del 15 febbraio 2024, consid. 4.3 con rinvio a DTF 125 V 28 consid. 5b). È pertanto compito del Consiglio federale stilare una lista negativa esaustiva di prestazioni che non rispettano questi criteri o che li rispettano solo parzialmente o a determinate condizioni (sentenza 9C_702/2023 del 15 febbraio 2024, consid. 4.3 [{"...} Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat somit im Bereich der ärztlichen und chiropraktorischen Heilanwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist (BGE 125 V 21) E. 5b) {...}"] con rinvio a DTF 125 V 28 consid. 5b; sottolineatura del redattore). 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). Nella sentenza 9C_702/2023 del 15 febbraio 2024, il Tribunale federale al consid. 4.3 ha affermato: " (...) Zur Wahrung dieser für das Leistungsrecht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fundamentalen Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sieht Art. 33 KVG ein System zur Bezeichnung der vergütungsfähigen Leistungen vor. Die in Art. 33 KVG verankerte gesetzliche Ordnung unterscheidet dabei danach, um welche Art von Leistungserbringern und/oder um welche Art von erbrachten Leistungen (Leistungsarten) es geht (Bge 129 V 167 E. 3.2). Nach Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (vgl. Art. 33 lit. a KVV [SR 832.102] und Art. 1 KLV [SR 832.112.31] in Verbindung mit Anhang 1 KLV). Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat somit im Bereich der ärztlichen und chiropraktorischen Heilanwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist (BGE 125 V 21 E. 5b). Diese gesetzliche Ordnung enthält insofern eine für den die Kostenvergütung anbegehrenden Versicherten vorteilhafte Ordnung, als im Falle einer seitens einer Ärztin oder eines Arztes (oder Chiropraktors) erbrachten Leistung die Kostenvergütungspflicht der Kasse zu bejahen ist, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht (seitens des Bundesrates bzw. des Eidgenössischen Departementes des Innern nach Anhörung der beratenden Kommissionen; Art. 33 Abs. 5 KVG) von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist. Die von Ärzten (und Chiropraktoren) als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen (BGE 125 V 21 E. 5b).

Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche (oder chiropraktische) Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (BGE 129 V 167 E. 3.2 und 4; vgl. auch BGE 136 V 84 E. 2.1). Die Pflichtleistungsvermutung kann somit im Einzelfall durch den Krankenversicherer im Rahmen einer Verfügung oder gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber im Sinne einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden (Urteile 9C_41/2022 vom 8. September 2022 E. 3.2, in: SVR, 2023 KV Nr. 2 S. 6; 9C_712/2020 vom 24. Januar 2022 E. 3.3, in: SVR, 2022 KV Nr. 13 S. 75; KERSTIN NOËLLE VOKINGER/MARTIN ZOBL, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 2 zu Art. 33 KVG).” Con sentenza 9C_245/2024 e 9C_254/2024 del 5 maggio 2025 pubblicata in SVR 2025 KV n. 19, il Tribunale federale ha giudicato il caso di un assicurato che chiedeva il rimborso dei costi di un trattamento del cancro alla prostata con ultrasuoni ad alta densità (HIFU). L’Alta Corte ha accolto il ricorso dell’assicuratore malattie ed ha annullato la sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni di San Gallo, affermando che tale trattamento era menzionato nell’allegato 1 dell’OPre come prestazione non presa a carico dalla LAMal per il periodo dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2023 e che solo dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2028 è stata inserita tra i trattamenti a carico dell’assicurazione obbligatoria, con l’indicazione in valutazione. Mettendo a carico dell’assicuratore convenuto i costi di tale intervento effettuato il 17 aprile 2021 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha oltrepassato il suo potere di controllo ed ha violato il diritto federale. Per L’Alta Corte non c’era alcuna ragione per scostarsi dalle conclusioni della Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPP; in francese: CFPP; in tedesco: ELGK). Il Tribunale federale ha respinto le censure di violazione del principio della legalità e del principio dell’uguaglianza di trattamento. L’istanza precedente si è poggiata a torto sui ritardi evitabili nella procedura da parte dell’UFSP. 2.4. L’art. 1 OPre, nel tenore in vigore dal 1° luglio 2020, prevede che l’allegato 1 indica le prestazioni di cui all’articolo 33 lettere a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali e di cui l’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione) assume i costi (lett. a), assume i costi a determinate condizioni (lett. b), non assume i costi (lett. c ; cfr. anche RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a). N ell’allegato 1 dell’OPre, per quanto qui d’interesse, relativamente alla chirurgia (capitolo 1), figura quanto segue: " Anastomosi linfovenosa e trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema Sì In valutazione In caso di risposta insufficiente dei dolori e delle limitazioni funzionali associati al linfedema a una terapia fisica decongestionante complessa, conservativa, conforme alle linee guida e documentata (drenaggio linfatico manuale, esercizi di movimento, compressione, cura della pelle) della durata di almeno 12 mesi. Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell’assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. 1.7.2021 fino al 31.12.2026” e " Liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipedema Sì In valutazione In caso di risposta insufficiente dei dolori associati al lipedema a una terapia conservativa intensa, documentata (terapia compressiva sistematica, terapia con drenaggio linfatico manuale) della durata di almeno 12 mesi. Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell’assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione interdisciplinare da parte di almeno due dei seguenti medici

specialisti: medico specialista in angiologia, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, endocrinologia/diabetologia o dermatologia. Esecuzione da parte di un medico specialista con conoscenze approfondite della tecnica della liposuzione. 1.7.2021/1.1.2025 fino al 31.12.2026” In una sentenza pubblicata in DTF 142 V 249, al consid. 4.3, il Tribunale federale ha ribadito la sua costante giurisprudenza secondo cui nell’ambito del controllo della legalità e della costituzionalità delle ordinanze del Consiglio federale o del DFI, l’Alta Corte è in linea di principio autorizzata ad esaminare il contenuto di un elenco di malattie o di prestazioni da prendere in considerazione. Tuttavia, in questo esame s’impone un certo riserbo. Da una parte il Tribunale non ha le conoscenze necessarie per formarsi un’opinione in merito senza ricorrere al parere di esperti. D’altra parte, l’ordinanza, che viene spesso modificata, può essere corretta con breve preavviso dal DFI. Il Tribunale rivede invece liberamente una disposizione dell’ordinanza quando risulta che le commissioni - i cui pareri sono alla base di una decisione del DFI - non si basano su considerazioni mediche, ma su apprezzamenti generali o di natura giuridica (cfr. DTF 131 V 338, consid. 3.2 con riferimenti e DTF 125 V 21, consid. 6). Con sentenza 9C_12/2022 del 26 ottobre 2022, al consid. 3.2.5, a proposito degli elenchi positivi, il Tribunale federale ha affermato che un’aggiunta nella lista da parte di un giudice, senza presa di posizione della commissione competente, non garantirebbe più l’omogeneità voluta dal punto di vista medico. La questione delle condizioni di ammissione di un trattamento in ambiti medici complessi non lascia pertanto di principio alcuno spazio per un esame parallelo da parte del giudice. Un’integrazione giudiziaria dell’elenco dovrebbe comunque essere preceduta da un’audizione degli esperti, che richiederebbe un grande dispendio di tempo e avrebbe lo svantaggio che l’elenco non si fonderebbe più su una valutazione specialistica uniforme (DTF 125 V 21, consid. 6a e 124 V 185 consid. 6b). Per questo motivo gli elenchi positivi sono soggetti ad un limitato potere d’esame da parte del giudice, che deve lasciare al Dipartimento un ampio margine di manovra. Un controllo giudiziario di eventuali lacune dal punto di vista della legalità è possibile solo entro limiti molto stretti e con grande riserbo. Può entrare in considerazione laddove vi sia una lacuna evidente dovuta ad una chiara dimenticanza o svista o se la limitazione poggia su considerazioni arbitrarie (cfr. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3a edizione 2016, pagina 618 n. 691 con riferimenti, in particolare a DTF 139 V 509 consid. 5.3 e DTF 129 V 167 consid. 3.4). L’arbitrio esiste se l’autorità esecutiva viola in modo inaccettabile, offensivo e infondato gli obiettivi della legge tramite una lacuna nelle prestazioni (Gebhard Eugster, loc. cit., p. 618 n. 691). In particolare, al giudice è fatto divieto di ampliare per analogia gli elenchi esaustivi ed esaminare autonomamente i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità di cui all’art. 32 LAMal (Gebhard Eugster, loc. cit., p. 618 n. 691 con riferimenti, in particolare DTF 125 V 21 e DTF 134 V 83 consid. 4.1). Per quanto concerne gli elenchi negativi, con sentenza 9C_702/2023 del 15 febbraio 2024, al consid. 4.3 il Tribunale federale ha rammentato che la presunzione secondo la quale le prestazioni fornite dai medici soddisfano i principi stabiliti dall’art. 32 LAMal può essere sovvertita in singoli casi tramite una decisione dell’assicuratore malattie oppure tramite un’ordinanza emessa dall’Esecutivo sulla base dell’art. 33 cpv. 1 OAMal con un elenco esaustivo delle prestazioni escluse (“ Die Pflichtleistungsvermutung kann somit im Einzelfall durch den Krankenversicherer im Rahmen einer Verfügung oder gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber im Sinne einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden (Urteile 9C_41/2022 vom 8. September 2022 E. 3.2, in: SVR, 2023 KV Nr. 2 S. 6;

9C_712/2020 vom 24. Januar 2022 E. 3.3, in: SVR, 2022 KV Nr. 13 S. 75; KERSTIN NOËLLE VOKINGER/MARTIN ZOBL, in: Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 2 zu Art. 33 KVG)”. In DTF 129 V 167 (consid. 5) il Tribunale federale ha rifiutato di mettere a carico dell’assicuratore malattie i costi di un intervento che figurava nella lista negativa dell’OPre, malgrado allora fosse ancora in “ valutazione ”. A differenza per esempio di quanto stabilito dall’Alta Corte in RAMI 1999 pag. 498 a proposito della risonanza magnetica per immagini (RMI), l’esclusione della presa a carico dei costi della terapia al laser in caso di cicatrici deturpanti conseguenti a una proliferazione massiccia di acne (skin resurfing) è giustificato dalla circostanza che il trattamento è stato valutato dalla Commissione preposta, la quale è giunta alla conclusione che non si tratta di una prestazione che può, al momento attuale, essere messa a carico della LAMal. Va ancora segnalato che per quanto concerne la FIVETE, il Tribunale federale con sentenze K 117/02 del 4 luglio 2003 e K 107/03 del 2 marzo 2005, ha confermato la sua giurisprudenza. Nella seconda sentenza, al consid. 5 il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha evidenziato che dal 1° gennaio 2001 la fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni è stata menzionata anche nel capitolo sulle misure di procreazione medicalmente assistita nella legge federale del 18 dicembre 1998 sulla medicina della procreazione (LPAM; RS 810.11). Tuttavia, secondo l’Alta Corte, non si può dedurre da queste norme, che definiscono solo il quadro giuridico entro il quale la fecondazione in vitro è autorizzata in Svizzera, un diritto alla sua copertura finanziaria da parte della LAMal. A ciò si aggiunge che, al di là del controllo di costituzionalità e legalità dell’OPre in materia di fecondazione in vitro - questione già oggetto della DTF 125 V 21 -, la ricorrente, nel caso giudicato dal TFA, non può, invocando i suoi diritti fondamentali, far valere direttamente un diritto alle prestazioni dello Stato, in particolare dell’assicurazione sociale (DTF 113 V 31). In effetti non esiste nella Costituzione una garanzia costituzionale esplicita di un diritto alle cure. All’art. 41 cpv. 1 let. a la Costituzione federale lo menziona quale obiettivo sociale, ossia sotto forma di una disposizione di carattere programmatico (Gabrielle Steffen, *Droit aux soins et rationnement*, tesi, Berna 2002, pag. 84 seg.). Per l’Alta Corte non vi è neppure una disparità di trattamento per il fatto che certi medicinali che figurano nell’elenco delle specialità non sono rimborsati quando sono utilizzati nell’ambito della FIVETE mentre lo sono per altri trattamenti menzionati nell’OPre. Questa differenza si spiega con la nozione di “ complesso terapeutico ”: in caso di trattamenti a carico della LAMal e di trattamenti non a carico della LAMal (o solo in maniera limitata), decisiva è la questione di sapere se queste misure sono strettamente collegate tra di loro; se ciò è il caso e quando a predominare è la prestazione non obbligatoria, tutte le misure non sono assunte dalla LAMal . Il Tribunale federale ha ancora ribadito il rifiuto di assumersi i costi della FIVETE nella sentenza 9C_835/2011 del 1° ottobre 2012, al consid. 7.1. Per l’Alta Corte la circostanza che l’allegato 1 dell’OPre non abbia subito alcuna modifica per quanto riguarda il rimborso della fecondazione in vitro da parte della LAMal dalle ultime decisioni del 1986 e del 1994 non significa ancora che tale questione non sia mai stata nuovamente discussa dalle autorità competenti da allora. Risulta in particolare dall’esposizione dei fatti della DTF 125 V 21 del 4 febbraio 1999 che, secondo una lettera dell’UFAS del 29 giugno 1998, la Commissione chiamata a pronunciarsi sulla prestazione in esame ha concluso che non vi era motivo di trattare la fecondazione in vitro in modo diverso rispetto agli altri metodi di trattamento dell’infertilità, ma che dovrebbero essere imposte condizioni rigorose alla sua ammissione . Secondo le osservazioni dell’UFAS le due questioni rimaste controverse erano l’efficacia e la natura

economica del provvedimento. In una lettera del 25 maggio 2007, l'UFSP ha indicato che nel 2003 la Commissione competente aveva ritenuto che la FIVETE potrebbe essere considerata una prestazione coperta dalla LAMal, ma che alcuni aspetti riguardanti la sua copertura dovevano ancora essere chiariti (indicazione medica, esperienza e qualifica dei fornitori di prestazioni, consulenza fornita ai genitori, numero di prove da effettuare, delimitazione dell'età dei pazienti, ecc.). Alcuni punti sono stati definiti nella legge federale del 18 dicembre 1998 sulla medicina della procreazione (LPAM; RS 810.11). Infine, in una lettera del 3 dicembre 2008, l'UFSP rileva che la Commissione delle prestazioni ha discusso nella sua seduta dell'11 settembre 2009 (recte: probabilmente 2008; ndr: nota del TF) la fecondazione in vitro e che consiglia di attendere la revisione della LPAM relativa in particolare alla questione dell'ammissione della diagnosi preimpianto. Per il Tribunale federale, con riferimento al caso allora giudicato, alla luce dei documenti prodotti, non è possibile affermare che il rifiuto di includere la fecondazione in vitro nel catalogo delle prestazioni erogabili dalla LAMal sia basato esclusivamente su motivi generali o giuridici e che non vi sia più alcun impedimento medico al suo inserimento nell'elenco "positivo" dell'OPre (si veda anche in proposito la sentenza 9C_513/2011 del 22 agosto 2011). In queste condizioni, l'intervento del giudice nell'allestimento dell'elenco dal punto di vista di un controllo della legalità, che avviene con grande riserbo, è tanto meno giustificato. In effetti, l'Alta Corte ha ribadito che il Tribunale non ha le conoscenze necessarie per formarsi un'opinione su questioni mediche senza ricorrere alla consulenza di esperti. A questo proposito, vista la complessità delle questioni mediche sollevate dalle modalità di procreazione assistita, la scelta della Commissione di attendere la revisione della LPAM prima di entrare in materia su una nuova domanda di rimborso non appare criticabile. 2.5. Nel caso di specie dalle tavole processuali emerge che il 14 giugno 2023 il Prof. dr. med. _____, primario presso l'Ospedale _____, ha chiesto una garanzia di pagamento per la fisioterapia affermando che la ricorrente presenta un linfedema sintomatico di grado 2 secondo Földi avvenuto dopo trattamento conservativo di un tumore maligno al seno sinistro comprendendo una chirurgia ascellare così come una radioterapia ascellare. Dopo plurimi anni di trattamento conservativo puramente causale, l'interessata ha deciso di sottoporsi ad uno scar release e trapianto microvascolare linfonodale dell'inguine contro laterale a destra, intervento avvenuto il 3 aprile 2023. Il decorso post operatorio è stato molto semplice, la prima valutazione a circa 6 settimane è soddisfacente, mostrando già un braccio più morbido rispetto a prima dell'intervento così come un avambraccio meno gonfio. A livello del dorso della mano, l'edema al momento è completamente sparito. La ricorrente ha potuto diminuire la classe di compressione a livello della manica compressiva passando da una classe 2 a 1. È stato deciso di evitare di prendere una manica circolare a trame piatte ma piuttosto una manica regolabile a livello della circonferenza adattandosi così anche alle dinamiche e rispettivamente ai cambi di gonfiore ciclici. Da cui la richiesta di continuare con la fisioterapia che include il linfodrenaggio con la stessa frequenza di due volte alla settimana come sta avvenendo da aprile a luglio 2023. Il 19 agosto 2023 l'assicuratore ha fornito la garanzia dal 31 luglio 2023 al 30 giugno 2024. Il 21 dicembre 2023 il dr. med. _____, specialista in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, specialista in chirurgia linfatica e microchirurgia, _____ presso la Clinica _____, ha scritto all'assicuratore, informandolo di aver visitato la ricorrente. Il medico ha posto la diagnosi di linfedema dell'arto superiore sinistro con sequele post-dermato-linfagittiche loco-regionali e post-attiniche, correlato al trattamento di un ca. mammario (2015) – edema linfatico degli arti inferiori, maggiore a destra, associato a

dolore e parestesie generalizzate. Il dr. med. _____ ha precisato che l'interessata presenta un quadro di edema degli arti inferiori, maggiore a destra ed ha consigliato l'esecuzione dei seguenti esami: - UHFUS, ecografia ad alta risoluzione per lo studio e la mappatura linfatico-linfonodale - Micro-linfografia fluorescena al verde Indocianina (ICG Test). Lo specialista ha consigliato collant elastocompressivo di II Classe e di intensificare, oltre il linfo-drenaggio manuale, le terapie fisiche decongestive (ad esempio bendaggi funzionali multistrato "a gambaleto" e linfo-drenaggio meccanico medicale; doc. 3). Il 23 gennaio 2024 l'assicuratore ha negato l'assunzione dei costi degli esami poiché non a carico della LAMal (doc. 5). Il 22 febbraio 2024 il dr. med. _____, posta la diagnosi di lipo-linfedema degli arti inferiori, maggiore volumetricamente a destra, associato a dolore e segni di insufficienza venosa cronica, maggiore a sinistra, ha eseguito la micro-Linfografia Fluorescena al verde indocianina (ICG Test), ad entrambi gli arti inferiori, con iniezione intradermica del tracciante a livello del secondo spazio interdigitale dei piedi ed ha concluso che la ricorrente ha un'indicazione per eseguire un intervento di microchirurgia ricostruttiva linfatico venosa (LVA) agli arti inferiori per evitare un ulteriore peggioramento del quadro clinico. Successivamente, potrà essere eseguita l'asportazione del tessuto fibrotico-adiposo-infiammatorio residuo mediante liposuzione "Lymph Vessel Sparing" bilaterale. Precedentemente all'intervento microchirurgico sono indicati due cicli intensivi (9 sedute l'uno ad entrambi gli arti) di terapia fisica decongestiva (CDT: linfo-drenaggio manuale, linfo-drenaggio TECAR-Assistito, bendaggi funzionali multistrato "a gambaleto"). La Clinica _____ ha chiesto all'assicuratore l'assunzione dell'intervento con degenza ospedaliera di 2-3 notti. Il 12 aprile 2024 l'assicuratore ha informato il medico che l'allegato 1.1 OPre prevede che le spese di una anastomosi linfovenosa con trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema avviene solo a ben determinate condizioni ed ha posto alcune domande in merito alle terapie fisiche svolte dall'assicurata dal 1° gennaio 2023 ed altre terapie per la gestione del dolore e delle limitazioni funzionali (doc. 12). Il 1° luglio 2024 il dr. med. _____ ha affermato che la ricorrente sta eseguendo continui cicli di linfo-drenaggio manuale associato a bendaggi multistrato dalle 2 alle 3 volte alla settimana per alleviare i disturbi della patologia diagnosticata. Inoltre insieme alla terapia fisica descritta l'interessata porta collant elastocompressivi di II Classe. Per limitare lo stato infiammatorio l'insorgente pratica regolarmente attività fisica che aiuta ma non va ad eliminare la problematica che con il passare del tempo peggiorerà limitando le sue normali attività quotidiane. Il dr. med. _____ ha concluso affermando che "_____" chiede "di rivalutare la presa a carico dei costi per l'intervento summenzionato che ritengo fondamentale per la paziente in quanto ad oggi pur continuando i cicli di Linfo-drenaggio manuale si lamenta di dolori persistenti e soprattutto per evitare un peggioramento del quadro clinico ma anche per limitare i costi sanitari di una malattia infiammatoria cronica invalidante" (doc. 16). Il 5 luglio 2024 l'assicuratore non ha ritenuto assolte le condizioni dell'allegato 1.1 OPre ed ha rifiutato l'assunzione dei costi dell'intervento, rilevando che l'attuale linfo-drenaggio manuale svolto come trattamento fisioterapico dalla ricorrente è stato prescritto dal dr. med. _____ per la diagnosi di edemi agli arti superiori (doc. 17). Il 9 luglio 2024 il dr. med. _____ ha aggiunto che la ricorrente dal mese di agosto 2023 al mese di dicembre 2023 ha eseguito presso il centro _____ delle sedute autopagate di linfo-drenaggio, massaggio e pressoterapia con l'obiettivo di ridurre l'infiammazione, stimolare la circolazione ed accelerare i processi di filtrazione a livello capillare potenziando le difese immunitarie. Ad oggi pratica acquagym, idrobike, camminate, bicicletta, nuoto ed ha

seguito una dieta presso il Centro dietetico della Clinica _____, arrivando a perdere 14 kg e portando calze Elastocompressive di Grado II. Nonostante ciò, i dolori permangono (doc. 18). Il 12 settembre 2024, su richiesta dell'assicuratore, l'insorgente è stata visitata presso il dr. med. _____ dell'ospedale _____. Lo specialista ha concluso che al momento in base ai reperti clinici e strumentali a sua disposizione, “ non trovo elementi che possano giustificare l'indicazione ad un intervento di microchirurgia dei linfatici. In particolare non si osservano conseguenze cliniche evidenti dell'intervento di prelievo linfonodale inguinale destro effettuato nel 2023 per il trapianto in sede ascellare. Non assistiamo ad alcun tipo di asimmetria a carico degli arti inferiori e non vi è linfedema secondario clinicamente evidente o evidenziabile con sonda ecografica ad alta frequenza. Ho fornito alla Paziente anche un elenco di Medici che fanno parte del gruppo di lavoro svizzero per la definizione delle linee guida “Leistungspflicht” per il trattamento chirurgico del linfedema primario e secondario, nel caso volesse un ulteriore parere ” (doc. 22). Il 2 ottobre 2024 il dr. med. _____ ha chiesto l'assunzione dei costi per l'esecuzione di una linfoscintigrafia “total body” (arti inferiori + arti superiori) con calcolo accurato del “Transport Index-TI” (indice di trasporto linfatico) superficiale e profondo da effettuarsi presso l'_____ (doc. 23). Con decisione formale del 24 ottobre 2024 l'assicuratore ha stabilito che non vi è un linfedema, condizione base per l'assunzione dei costi del trattamento ed ha confermato il rifiuto della presa a carico dei costi dell'intervento di microchirurgia ricostruttiva linfatico venosa (LVA) agli arti inferiori richiesto dal dr. med. _____ (doc. 24). Il 5 novembre 2024 l'assicuratore ha rifiutato di assumersi i costi degli esami richiesti con scritto del 2 ottobre 2024 (doc. 25). Dopo aver inoltrato l'opposizione alla decisione formale, la ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione a sostegno della sua richiesta. Un certificato del _____ del 19 dicembre 2023 dove viene indicato che l'assicurata ha seguito una serie di linfo-drenaggio-massaggio-pessoterapia tra agosto e dicembre, un rapporto fisioterapico in cui viene attestato che l'insorgente viene trattata 2 volte a settimana con drenaggio linfatico manuale con tecniche fill-in e flush, drenaggio in termino-prossimale e pessoterapia da febbraio 2024, con l'anamnesi di linfedema arti inferiori ingravescente, costante variabile, in peggioramento, una prescrizione di fisioterapia dell'8 aprile 2024 del dr. med. _____ per l'eliminazione e riduzione di gonfiore o edemi per 9 sedute, le fatture per 9 sedute di fisioterapia per il periodo 8 aprile 2024 – 30 aprile 2024 e 9 sedute di fisioterapia per il periodo 3 maggio 2024 – 2 agosto 2024, una prescrizione di fisioterapia del 2 settembre 2024 del dr. med. _____ e la fattura delle 9 sedute di fisioterapia dal 2 settembre 2024 al 7 ottobre 2024, una fattura del 25 marzo 2024 per un pantalone sport donna per stimolare il sistema linfatico, una fattura del 7 ottobre 2024 per un pantalone massaggiante donna per stimolare il sistema linfatico, con relativa pubblicità, un ulteriore rapporto fisioterapico in parte simile a quello precedente. Con decisione su opposizione del 10 febbraio 2025 l'assicuratore ha confermato il rifiuto di assumersi i costi degli interventi prospettati dal dr. med. _____. Il 27 febbraio 2025 la ricorrente ha chiesto la revisione della citata decisione su opposizione, oltre al rimborso del costo della linfo-scintigrafia total body del 6 e 13 febbraio 2025, allegando un referto del 26 febbraio 2025, dove il dr. med. _____ ha posto la diagnosi di linfedema dell'arto superiore sinistro, con sequele post-dermato-linfagittiche loco-regionali e post-attiniche, correlato al trattamento di un ca. mammario (2015) e lipo-linfedema degli arti inferiori, maggiore a destra, associato a dolore e parestesie generalizzate ed ha indicato di aver rivisto l'insorgente dopo l'esecuzione della linfo-scintigrafia Total Body presso l'_____. Lo specialista afferma che dalle

immagini del referto del 13 febbraio 2025, anch'esso prodotto, si evince che il sistema linfatico profondo presenta un'alterazione molto evidente, maggiore a destra, una captazione linfonodale inguinale a destra inferiore rispetto alla sinistra e la presenza di linfonodi poplitei interruttori che indicano una comunicazione tra il sistema linfatico superficiale e profondo. Egli ha indicato che " questo esame è sicuramente un esame patologico, in più la paziente all'arto inferiore destro è stata anche oggetto di prelievo linfonodale per il trapianto che ha eseguito all'arto superiore sinistro per il noto linfedema al braccio. La situazione della " ricorrente " può progressivamente solo peggiorare, ad oggi la paziente prova a contenere la situazione con tutte le terapie che esegue (sia sportive che a livello di linfo-drenaggio) e indossando ghette drenanti Xenia come da mia autorizzazione. Ci sono notevoli rischi di sviluppare un andamento ingravescente cronico ed episodi di tipo infettivo linfo-angitico. La problematica era già evidente all'esame microlinfografico eseguito in precedenza che risultava già positivo, è quindi indicato l'intervento di microchirurgia linfatica venosa bilaterale come proposto già precedentemente ". Il 17 giugno 2025 la Clinica _____ ha chiesto la garanzia per l'intervento di microchirurgia anastomosi linfatica venosa reg. inguino crurale DX (doc. 37). Il 20 giugno 2025 l'assicuratore ha informato la Clinica che la richiesta è attualmente in sospeso per la verifica del riconoscimento dell'intervento (doc. 40). Il 20 giugno 2025 il dr. med. _____, _____ presso l'Ospedale _____, ha risposto ad alcune domande poste dall'assicuratore (originale in tedesco): " (...) 1) La problematica verte anzitutto sulla presenza o meno di edema linfatico degli arti inferiori, che necessiterebbe un trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema. Il dr. med. _____ ha posto, il 20 dicembre 2023, una diagnosi per un edema linfatico degli arti inferiori, cambiando poi diagnosi il 22 febbraio 2024 da edema linfatico a lipo-linfedema degli arti inferiori. Il lipo-linfedema degli arti inferiori a quale provvedimento dell'OPre soggiace? Anastomosi linfovenosa e trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema oppure liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipoedema? Almeno in teoria (vedi anche le linee guida 2SK 2024) il lipoedema non è combinato con il linfedema. Ciò significa che anche se il drenaggio linfatico per alleviare i sintomi del lipoedema classico è accettato, non vi è alcuna ragione formale per combinare la liposuzione con una procedura chirurgica per migliorare il drenaggio linfatico. L'opportunità di eseguire l'uno o l'altro intervento dipende dalla diagnosi (separata) e, soprattutto, dalla clinica di riferimento. 2) Il Dr. Med. _____, esperto contattato da CO 1, conclude che, in base ai reperti clinici e strumentali eseguiti, non si trovavano elementi che potessero giustificare l'indicazione ad un intervento di microchirurgia dei linfatici. Sulla base di questa perizia, CO 1 ha rifiutato il caso. L'assicurata ha svolto due linfo-scintigrafie. Sulla base dei risultati, il Dr. med. _____ poneva nuovamente la diagnosi di lipo-linfedema degli arti inferiori, maggiore a destra, associato a dolore e parestesie generalizzate, reputando necessario l'intervento di microchirurgia linfatica venosa bilaterale. Alla sola lettura del referto del 13 febbraio 2025, della Dr.ssa _____, è possibile giungere alle conclusioni prese dal Dr. Med. _____ il 26 febbraio 2025 e porre la diagnosi di lipo-linfedema degli arti inferiori, maggiore a destra, reputando in definitiva necessario l'intervento di microchirurgia linfatica venosa bilaterale? Se sì, su quali elementi? Se no, perché? La presenza di un lipoedema o di un linfedema degli arti inferiori è in definitiva una diagnosi clinica e richiede la presenza di almeno una gamba (persistentemente) gonfia. Una descrizione più dettagliata dell'edema degli arti inferiori (compresi il diametro, i reperti clinici e l'eventuale documentazione fotografica) non si trova né nella relazione del Prof. _____ del 14.06.2023 né in

quelle del Dr. _____. Tuttavia, il gonfiore alla gamba destra è elencato come diagnosi. Un po' confusa in questo contesto è la menzione dei segni di insufficienza venosa cronica e dei dolori concentrati nella parte sinistra nella relazione del dottor _____ del 22/02/2024. Nel referto del Dr. _____ del 12 settembre 2024 (esame effettuato specificamente per questa domanda), invece, non ci sono segni (oggettivabili) di edema rilevante o di gonfiore alle gambe, soprattutto non unilaterale. La linfoscintigrafia viene utilizzata solo per chiarire l'eziologia fino alla determinazione del tipo e delle modalità di un eventuale intervento chirurgico. Non è possibile giungere alla conclusione formulata nel referto del 26 febbraio 2025 basandosi esclusivamente sui risultati della linfoscintigrafia. Inoltre, anche nel referto del 22 febbraio 2024, l'intenzione alla base del suggerimento di un intervento chirurgico sembra essere meno terapeutica che profilattica (... Per evitare un ulteriore peggioramento del quadro clinico) 3) Qualora si rendesse necessario medicalmente la Anastomosi linfovenosa e trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema, anche la Liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipedema è automaticamente dovuta, oppure le due operazioni sono indipendenti l'una dall'altra e necessitano di indicazioni mediche diverse? Si veda anche la risposta alla domanda 1. A mio avviso, non vi è alcuna ragione convincente per supporre che un intervento chirurgico debba essere automaticamente seguito da un secondo. Piuttosto, sembrerebbe ragionevole aspettare di vedere l'effetto del primo intervento per poter rinunciare al secondo se la situazione clinica migliora. 4) Non si rischia di fare confusione tra intervento medico ed intervento estetico? Questo pericolo esiste sicuramente" (doc. 39) Il 23 giugno 2025 l'assicuratore ha rifiutato la garanzia chiesta dalla Clinica _____ il 17 giugno 2025 (doc. 41). Il 30 giugno 2025 il dr. med. _____ ha scritto all'assicuratore rilevando che nelle ultime tre settimane l'insorgente ha sviluppato due episodi di linfalgite trattate con antibiotico terapia e che il rischio infettivo è in forte aumento. Per cui è necessario procedere con gli interventi (doc. 43). Il medesimo giorno l'assicuratore ha precisato che avrebbe provveduto alla presa a carico dei costi della terapia antibiotico medicamentosa necessaria (doc. 44). Con decisione su opposizione del 1° luglio 2025 l'assicuratore ha confermato il rifiuto di assumersi gli interventi prospettati dal dr. med. _____. In sede di ricorso, l'insorgente ha prodotto una relazione medica del dr. med. _____ del 27 agosto 2025, con la quale lo specialista ha contestato la decisione su opposizione, rilevando alcune incongruenze: " (...) - Pagina 7 di 13, punto 22; non esiste "l'operazione chirurgica di micro-linfografia"; - Pagina 8 di 13, punto 23: l'intervento di anstomosi linfaticovenosa NON consiste assolutamente nel prelevare alcuni linfonodi per trasferirli in altra sede, bensì nell'esecuzione di una procedura fisiologica derivativa in cui si collegano con tecnica microchirurgica i piccolissimi vasi linfatici alle strutture venose; - Pagina 8 di 13, punto 23: dopo l'accurato esame clinico da parte di uno specialista, l'esame strumentale considerato "gold standard" nella valutazione di un disordine del sistema linfatico è la linfoscintigrafia. Esami complementari ulteriori sono la micro-linfografia fluorescenzica al verde indocianina (ICG Test), l'ecografia ad alta risoluzione (UHFUS) e la linfaggio-MRI; - Pagina 9 di 13, punto 24: l'esame ecografico ad alta risoluzione (UHFUS) consigliato non è stato eseguito presso il Servizio di chirurgia vascolare e angiologia dell' _____ (Dr. Med. _____) in data 10.09.2024. Infatti, il solo esame ecografico eseguito è stato un semplice Eco-Color-Doppler venoso, utilizzando sonde lineari non ad alta frequenza (le sonde adatte allo studio del sistema linfatico sono quelle da 48-70 MHz); - Pagina 9 di 13, punto 24: l'esame micro-linfografico al verde indocianina (ICG Test) eseguito non aveva escluso la presenza di un edema linfatico (come si evince dal referto) e la diagnosi non era

stata conseguentemente cambiata, bensì integrata dalla componente adiposa-fibrotico-infiammatoria fenotipicamente caratteristica del lipo-linfedema. In quest'ultimo caso coesistono la componente di edema linfatico e la componente adiposa-fibrotico-infiammatoria; - Pagina 9 di 13, punto 24: l'errore nell'argomentazione espressa nella relazione è legata al fatto che si considerano il linfedema ed il lipedema come patologie solamente distinte. Come menzionato nel punto precedente, esiste il fenotipo del lipo-linfedema, che rappresenta una forma clinica ibrida tra linfedema e lipedema in cui: 1. Il gonfiore, quindi la componente liquida di edema linfatico, è presente e può essere asimmetrica. Questo viene confermato dalla presenza del segno della fovea (edema "pitting"); 2. Pressione e tatto possono essere dolorosi anche nel linfedema. Inoltre, come descritto sopra, esercitando una pressione sulla pelle ("pitting test") può rimanere una "rientranza" (segno della fovea positivo) anche nel lipedema e nel lipo-linfedema. Un recente articolo scientifico pubblicato sottolinea che l'esame linfo-scintigrafico è alterato nel 48% di pazienti erroneamente diagnosticati di lipedema: questo vuol dire che questa percentuale di pazienti non è affetta da lipedema, bensì da lipo-linfedema; 3. Nel lipo-linfedema mani e piedi possono essere colpiti; 4. Lividi: contrariamente a quanto riportato nella relazione nel lipedema sono frequenti, nel linfedema molto più rari; 5. Infiammazione della pelle: contrariamente a quanto riportato, nel lipedema è presente un forte stato infiammatorio a carico dei tegumenti, e questo può essere facilmente dimostrato da una semplice biopsia cutanea e sottocutanea in cui si evidenzia una rilevante concentrazione infiammatoria linfocitaria all'interno degli adipociti, negli spazi inter-adipocitari ed in corrispondenza dei capillari. - Pagina 10 di 13, punto 25: nella visita organizzata in data 10.09.2024 (Dr. Med. _____) viene eseguito, come menzionato sopra, un solo esame ecografico Eco-Color-Doppler venoso ed arterioso, utilizzando sonde da 9-15 MHz. Questa tipologia di esame ecografico non può in nessun modo permettere uno studio accurato del sistema linfatico e, pertanto, non può escludere la presenza di un'alterazione del sistema linfatico (linfedema). In quella sede, pertanto, non è stato corretto "costatare la probabile presenza di un lipedema". Inoltre, nella relazione del Dr. Med. _____ viene scritto virgolettato "non vi è linfedema secondario evidenziabile con sonda ecografica ad alta frequenza". Questo è un errore in quanto, come già spiegato, le sonde ecografiche ad alta frequenza per lo studio del sistema linfatico sono quelle 48-70 MHz (UHFUS); - Pagina 10 di 13, punto 26: la decisione in merito alla richiesta di riconoscimento della microchirurgia ricostruttiva linfatico-venosa è basata su presupposti errati, in quanto i presupposti su cui viene presa sono diagnosticamente sbagliati, escludendo la patologia linfatica (linfedema); - Pagina 11 di 13, punto 29 inerente alla relazione del Dr. Med. _____ con le sue risposte del 20.06.2025: 1. La combinazione di lipedema e linfedema, patologia che si definisce appunto lipo-linfedema, è molto frequente come descritto nella Letteratura Scientifica. Pertanto, l'affermazione virgolettata "almeno in teoria, il lipoedema non è combinato con il linfedema" è assolutamente errata dal punto di vista scientifico; 2. "La presenza di un lipoedema o di un linfedema degli arti inferiori è in definitiva una diagnosi clinica e richiede la presenza di almeno una gamba (persistentemente) gonfia". Questa frase nella relazione del Dr. Med. _____ non ha senso alcuno in quanto: . nel lipedema la gamba non è gonfia, presenta invece un accumulo di tessuto adiposo-fibrotico-infiammatorio; . nel linfedema la gamba affetta può, negli stadi iniziali, non risultare per nulla persistentemente gonfia. La patologia presenta diversi stadi e solo in quelli intermedi-avanzati l'arto affetto è costantemente gonfio (arto colonnare). - Pagine 11-12 di 13, punto 29 inerente alla relazione del Dr. Med. _____ con le sue

risposte del 20.06.2025: 1. “La linfoscintigrafia viene utilizzata solo per chiarire l’eziologia fino alla determinazione del tipo e delle modalità di un eventuale intervento chirurgico”: questa affermazione è assolutamente errata, infatti, come esposto sopra, la linfoscintigrafia rappresenta il “gold standard” nella diagnosi del linfedema e lipo-linfedema, permettendo anche in stadi iniziali di porre una corretta indicazione terapeutica riabilitativa e/o chirurgica, evitando un’evoluzione peggiorativa del quadro clinico. Quest’esame permette inoltre di diagnosticare un quadro di lipo-linfedema erroneamente diagnosticato come lipedema; 2. L’esame linfoscintigrafico eseguito evidenzia una netta alterazione del sistema linfatico, prevalente a carico del sistema linfatico profondo. Da questo consegue la proposta alla paziente di eseguire la microchirurgia ricostruttiva degli arti inferiori per trattare la componente linfatica, per poi procedere al trattamento chirurgico della componente adiposa-fibrotico-infiammatoria mediante lipoaspirazione funzionale “Lymph Vessel Sparing”. La storia naturale del lipo-linfedema comporta nel tempo la modificazione isto-patologica fibrosclerotica delle strutture linfatico-linfonodali e la deposizione di tessuto fibrotico-infiammatorio: pertanto, in seguito ad una terapia fisica decongestiva non efficace per 12 mesi, attendere a lungo prima di procedere ad un trattamento chirurgico opportuno comporta un pericoloso rischio per lo stato di salute del paziente. - Pagina 12 di 13, punto 30: la diagnosi di lipo-linfedema degli arti inferiori è corretta. I due episodi di dermato-lingangio-adenite acuta (DLA) dell’arto superiore sinistro hanno comportato un notevole stato di sofferenza alla paziente: la richiesta di presa in carico dei trattamenti chirurgici proposti, come indicato sopra, ha l’obiettivo di trattare con efficacia il lipo-linfedema degli arti inferiori evitando che l’evoluzione del quadro clinico comporti un ulteriore e temibile peggioramento dello stato di salute della Sig.ra RI 1. Mi preme sottolineare che il termine linfoangite non è associabile ad un’intossicazione del sangue come indicato al punto: questo quadri infettivi infiammatori acuti localizzati (in questo caso all’arto superiore sinistro in due occasioni molto ravvicinate) possono evolvere in modo infausto in stati settici.” Il 10 settembre 2025 il dr. med. _____ si è espresso tramite un’email (originale in tedesco) ed ha confermato la sua valutazione (doc. 51). Il 18 settembre 2025 i medici fiduciari dell’assicuratore, dr. med. univ. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, e dr.ssa med. _____, specialista FMH in neurologia (cfr. doc. III, pag. 8, punto 19 in fine), hanno affermato: " Dopo aver esaminato l’obiezione del prestatore di servizi e il parere angiologico in merito del Dr. med. _____ (ricevuto il 10.09.2025), giungiamo alla conclusione che, dal punto di vista del medico fiduciario, si deve continuare a fare affidamento sulle valutazioni del dr. med. _____ e del Dr. med. _____, vice primario del reparto di Angiologia dell’Ospedale _____. Le poche affermazioni presumibilmente errate dal punto di vista medico, indicate dal Dr. med. _____ nella valutazione del Dr. med. _____ del 20.06.2025, sono state confutate da quest’ultimo nel suo parere del 10.09.2025. Di conseguenza, non sussistono motivi rilevanti per discostarsi dalla valutazione precedente. Nel complesso, il Dr. med. _____ non è stato in grado di presentare argomentazioni mediche rilevanti che mettessero in dubbio le valutazioni del Dr. med. _____ e del Dr. med. _____” (doc. 52) Il 30 settembre 2025 il dr. med. _____ ha emesso un ulteriore certificato medico, dove ha affermato: " . Diagnosi: Linfedema arto superiore sinistro e Lipo-Linfedema arti inferiori. . DSS: La Paziente attualmente attende una vostra risposta in merito alla presa in carico dei costi sia per gli arti inferiori che per gli arti superiori che gli permetterebbe di avere un miglior stato di salute. La paziente continua a sviluppare erisipela dell’arto superiore sinistro, sia in maniera spontanea sia su agenti

esterni (Recente puntura di zecca) . **RISULTATI:** Con la Terapia Fisica Decongestiva la paziente ha ottenuto un mantenimento dell'edema costante variabile, con dolore intermittente e sensazione di pesantezza ridotta. . **DECORSO:** La paziente attualmente svolge due sedute la settimana di linfodrenaggio per gli arti inferiori e superiori, una/due la settimana di compressione pneumatica intermittente. A tal proposito segnaliamo che siamo ancora in attesa per una riduzione dei costi di una vostra risposta in merito alla chirurgia richiesta. . **MOTIVO:** La paziente senza i trattamenti indicati presenta un incremento dell'edema e della sintomatologia descritta precedentemente. . **DURATA:** La paziente necessita dei trattamenti di fisioterapia per il mantenimento dello stato di salute. In attesa di chiarimenti sul come procedere a livello chirurgico, la paziente necessita dell'approccio fisioterapico per contenere i sintomi e avere un miglior stato di salute. . **OBBIETTIVO:** Ridurre il Linfedema degli arti, prevenire le complicanze quali erisipela e infezioni recidivanti, mantenere sotto controllo la sintomatologia algica” (doc. 55) In base a quanto indicato dal medico curante nello scritto del 30 settembre 2025, l'assicuratore ha fornito la garanzia per una fisioterapia dal 9 ottobre 2025 al 30 settembre 2026, pari ad una seduta alla settimana di fisioterapia complessa per un totale di 52 sedute e 1 seduta alla settimana di fisioterapia semplice per un totale di 52 sedute (doc. 56).

2.6. 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 (= 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). Va poi evidenziato 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, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione 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, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Rimangono riservati i casi in cui questi evidenzino elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia e sufficientemente pertinenti per imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). 2.7. In concreto, chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte, per i motivi che seguono, non può confermare la decisione dell'assicuratore che non ha ritenuto adempiuti i presupposti dell'allegato 1 OPre (cfr. consid. 2.4) per mettere a carico della LAMal i costi degli interventi prospettati dal dr. med. _____, senza prima procedere con ulteriori accertamenti e segnatamente una perizia specialistica in ambito angiologico. Come emerge dagli atti e dalla risposta di causa (cfr. anche <https://www.swissmedical.net/it/lymphology>: consultato online in data 12 novembre 2025: sull'utilizzo di internet e i suoi limiti, cfr. STCA 35.2025.15 del 12 agosto 2025 con rinvio a STF 9C_245/2024 del 5 maggio 2025 consid. 3.2; 8C_724/2021 dell'8 giugno 2022 consid. 4.1.2; I 425/06 del 6 giugno 2007 consid. 4.3), il linfedema è una patologia caratterizzata da un accumulo di liquidi (stasi linfatica) in un distretto corporeo, più comunemente a livello delle gambe o delle braccia. Questa condizione, se non correttamente inquadrata, peggiora progressivamente nel tempo. Esso viene definito secondario quando è correlato ad una causa scatenante, ad esempio quando insorge dopo la terapia di un tumore (asportazione di linfonodi, radioterapia) o dopo un evento traumatico e viene diagnosticato, di principio, in seguito ad un esame clinico da parte di uno specialista in angiologia. Quando un assicurato è affetto da un linfedema, secondo quanto prevede l'allegato 1 dell'OPre, relativamente alla chirurgia (capitolo 1, cfr. consid. 2.4), prima di procedere con l'intervento chirurgico di anastomosi linfovenosa e con il trapianto di linfonodi vascolarizzati, occorre effettuare una terapia fisica decongestionante complessa, ossia un trattamento conservativo, comprovato, della durata di almeno 12 mesi. In seguito è possibile procedere con gli interventi. Si tratta di operazioni microchirurgiche

altamente specializzate. Con tali interventi si riducono il numero di sedute di terapia fisica decongestionante complessa o si riesce a terminarle. L'intervento, attualmente in valutazione, può essere assunto solo previa garanzia speciale dell'assicuratore che tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Se le condizioni non sono adempiute la LAMal non interviene. Il lipedema, diversamente dal linfedema, è una patologia del tessuto adiposo (grasso), cronica e ingravescente, dolorosa e fortemente disabilitante (prevalentemente a carico degli arti inferiori; cfr. risposta di causa, cfr. anche <https://www.swissmedical.net/it/lymphology> consultato online in data 12 novembre 2025: sull'utilizzo di internet e i suoi limiti, cfr. STCA 35.2025.15 del 12 agosto 2025 con rinvio a STF 9C_245/2024 del 5 maggio 2025 consid. 3.2; 8C_724/2021 dell'8 giugno 2022 consid. 4.1.2; I 425/06 del 6 giugno 2007 consid. 4.3). In questo caso, secondo quanto prevede l'allegato 1 dell'OPre, relativamente alla chirurgia (capitolo 1, cfr. consid. 2.4), dapprima occorre procedere con una terapia fisica decongestionante complessa ed in seguito con la liposuzione. La terapia ha quale scopo di evitare l'insorgere di complicanze. La LAMal assume i costi dell'intervento di liposuzione in caso di diagnosi di lipedema se prima è stata eseguita una terapia conservativa intensa e documentata su un periodo di almeno 12 mesi, considerando solo in seguito il beneficio ottenuto, in particolare con la terapia linfodrenante ed osservando se ciò ha permesso di raggiungere la riduzione del volume del lipedema e la riduzione degli edemi ad esso associati, nonché il miglioramento della sintomatologia dolorosa a carico degli arti coinvolti. L'intervento di liposuzione, attualmente in valutazione, può essere assunto solo previa garanzia speciale dell'assicuratore che tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia e di quella interdisciplinare di almeno altri due medici specialisti. Altrimenti la LAMal non interviene. Nel caso di specie per stabilire se l'assicuratore deve assumersi i costi degli interventi prospettati dal curante, dr. med. _____, occorre preliminarmente stabilire se l'insorgente è affetta da un linfedema o da un lipedema o da entrambi (cfr. anche <https://www.swissmedical.net/it/lymphology>: Linfedema e Lipedema possono coesistere e, in questo caso, la condizione si definisce Lipo-Linfedema; consultato online in data 12 novembre 2025: sull'utilizzo di internet e i suoi limiti, cfr. STCA 35.2025.15 del 12 agosto 2025 con rinvio a STF 9C_245/2024 del 5 maggio 2025 consid. 3.2; 8C_724/2021 dell'8 giugno 2022 consid. 4.1.2; I 425/06 del 6 giugno 2007 consid. 4.3). In caso di risposta positiva occorre poi accertare se l'interessata ha seguito le misure conservative previste dall'Allegato 1 dell'OPre, punto 1.1. (cfr. consid. 2.4.). In concreto, non essendo la decisione su opposizione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGa, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.6.). L'assicuratore infatti, pur parlando di "perizia" per i pareri espressi dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____, in realtà non ha applicato la procedura prevista dall'art. 44 LPGa affinché un rapporto medico possa essere qualificato di perizia amministrativa e non di rapporto medico interno. Ora, ai referti dei dr. med. _____ e _____ non può essere riconosciuto un valore probatorio sufficiente per ritenere che la ricorrente non sia affetta da un linfedema. È vero che il dr. med. _____ tende ad escludere la presenza di tale patologia ed opta piuttosto per la diagnosi di lipedema, possibilità avvalorata dallo spessore del tessuto adiposo sottocutaneo riscontrato sulle gambe e dal fatto che gli esami con sonda da 9 Mhz e da 15 Mhz non hanno permesso di diagnosticare la presenza di un linfedema e che il dr. med. _____ ha escluso che con l'esame della linfoscintigrafia del 6 febbraio 2025 si possa giungere alla

conclusione che vi è un linfedema. Tuttavia, il medico curante, dr. med. _____, esperto proprio nella materia qui in discussione, detentore di un master in clinica linfologica, chirurgia dei linfatici e microchirurgia e _____, nonché responsabile del _____ della Clinica _____, nella sua presa di posizione del 27 agosto 2025 prende puntualmente posizione in merito al contenuto dei referti dei due specialisti, apportando elementi medici che generano dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione su cui l'amministrazione ha finalmente fondato la propria posizione. Il curante afferma che l'esame micro-linfografico al verde indocianina (ICG Test) non aveva escluso la presenza di un edema linfatico e di non aver modificato la diagnosi ma di averla integrata con la componente adiposa-fibrotico-infiammatoria fenotipicamente caratteristica del lipo-linfedema. "In quest'ultimo caso coesistono la componente di edema linfatico e la componente adiposa-fibrotico-infiammatoria". Lo specialista sottolinea poi come "l'errore nell'argomentazione espressa nella relazione è legata al fatto che si considerano il linfedema ed il lipedema come patologie solamente distinte. Come menzionato nel punto precedente, esiste il fenotipo del lipo-linfedema, che rappresenta una forma clinica ibrida tra linfedema e lipedema (...)" e spiega nel dettaglio le caratteristiche della presenza della patologia nel caso concreto. Il dr. med. _____ critica la valutazione del dr. med. _____, rilevando che a suo parere l'esame effettuato da quest'ultimo non permette uno studio accurato del sistema linfatico e non può escludere la presenza di un'alterazione del sistema linfatico (linfedema) e non è pertanto stato corretto constatare la probabile presenza di un lipedema. Egli sottolinea poi un errore che avrebbe commesso il dr. _____ quando sostiene che non vi è linfedema secondario evidenziabile con sonda ecografica ad alta frequenza, poiché le sonde ecografiche ad alta frequenza per lo studio del sistema linfatico sarebbero quelle da 48-70 MHz. Il curante contesta poi nel dettaglio anche la presa di posizione del dr. med. _____, criticandone alcune affermazioni, non corrette, a suo dire, dal lato scientifico. Lo specialista sottolinea come, contrariamente a quanto sostenuto dall'angiologo, la linfoscintigrafia rappresenta il "gold standard" nella diagnosi del linfedema e lipo-linfedema, permettendo anche in stadi iniziali di porre una corretta indicazione terapeutica riabilitativa e/o chirurgica, evitando un'evoluzione peggiorativa del quadro clinico e permette di diagnosticare un quadro di lipo-linfedema erroneamente diagnosticato come lipedema. Da parte sua il dr. med. _____, nella replica del 10 settembre 2025 (doc. 51), che fa peraltro riferimento sostanzialmente alle linee guida contenute nel giornale della società germanica di dermatologia, senza accennare ad eventuali raccomandazioni emanate da associazioni svizzere o da esperti di altre nazioni europee (ad esempio francesi o italiani), non apporta elementi medici oggettivi atti a confortare il contenuto del provvedimento amministrativo. Tant'è che l'assicuratore non si oppone all'allestimento di una perizia giudiziaria (doc. XI). Di nessun rilievo sono le affermazioni del 18 settembre 2025 dei due medici fiduciari dell'assicuratore, poiché non apportano alcun elemento medico oggettivo atto a confermare la decisione su opposizione dell'assicuratore e perché non sono esperti nell'ambito qui in discussione, ma hanno una specializzazione in psichiatria e psicoterapia, rispettivamente in neurologia (cfr. doc. III, pag. 8, punto 19 in fine). Alla luce delle divergenze emerse tra gli specialisti interpellati dall'assicuratore e dall'insorgente in relazione con la diagnosi posta dai medici che hanno esaminato la ricorrente, occorre procedere con ulteriori accertamenti medici e segnatamente con una perizia specialistica amministrativa in ambito angiologico ai sensi dell'art. 44 LPGA per stabilire se la ricorrente è affetta da linfedema agli arti inferiori e se sono adempite le condizioni di cui all'allegato 1 OPre per mettere a carico della LAMal i costi

dell'intervento prospettato dal dr. med. _____. Ciò rende superflua la richiesta di organizzare un confronto medico coordinato, affinché CO 1 possa rivalutare, in tempi congrui, la presa a carico dell'intervento MLVA bilaterale e della lipoaspirazione funzionale "Lymph Vessel Sparing". 2.8. Come visto, non potendo dirimere la questione sulla sola base degli atti medici prodotti dalle parti, va ordinata una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_418/2022 del 1° marzo 2023 consid. 3.1.2 e riferimento ivi citato). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: "Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." 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)." (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronuncia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le STF 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e

riferimenti; STF 8C_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti i presupposti per un rinvio degli atti all'assicuratore convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che la decisione su opposizione impugnata si fonda sul parere di medici da lei interpellati senza seguire la procedura di cui all'art. 44 LPGa. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando precedente, si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno in ambito angiologico (art. 44 LPGa) in tempi brevi e decida nuovamente in merito al suo obbligo prestativo. Considerato che il diniego del rimborso dei costi per l'infoscintigrafia total body non è stato deciso tramite decisione formale ma con una semplice lettera (cfr. scritto del 5 novembre 2025), l'assicuratore dovrà esprimersi anche in merito a tale aspetto, seguendo la giusta procedura (cfr. STF 8C_323/2025 del 22 settembre 2025).

2.9. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGa 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. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. 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 (al riguardo cfr. 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); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull'iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGa alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto».

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