

TI_GERICHTE 35.2016.17 vom 24. November 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-11-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.17

FR: TI_GERICHTE 35.2016.17 du 24 novembre 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2016.17 del 24 novembre 2016

Regeste

Assicurata affetta da paraplegia motoria a seguito di un infortunio. Determinazione contributo alle cure domiciliari da parte dell'assicuratore LAINF. Rinvio atti all'amministrazione per procedere a nuova rilevazione

Erwägungen

E. 31

della Lptca -, quando siano proposti davanti alla stessa autorità più ricorsi il cui fondamento di fatto sia il medesimo, l'autorità può ordinare la congiunzione delle istruttorie, decidere i ricorsi con una sola decisione o sospendere una o più procedure in attesa della istruzione o della decisione delle altre. Nell'evenienza concreta, visto che i ricorsi inoltrati dall'assicurata e dal suo assicuratore contro le malattie sono diretti contro la medesima decisione, emessa dallo stesso assicuratore, è accertata la connessione tra loro. In ossequio alla disposizione legale citata in precedenza, questa Corte ritiene pertanto di decidere i due ricorsi con un'unica sentenza. Nel merito 2.2. Sul piano formale, l'assicurata lamenta una violazione del diritto di essere sentito, in quanto l'assicuratore convenuto non avrebbe motivato a sufficienza la propria decisione su opposizione, di cui viene chiesto (già per questo motivo) l'annullamento. L'art. 29 cpv. 2 Cost. e l'art. 42 LPGA garantiscono alle parti il diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto dell'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 129 II 497 consid. 2.2 con riferimenti; 126 V 130 consid. 2b con riferimenti). D'altro canto, la giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito anche l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione affinché il destinatario possa capirla, eventualmente contestarla e l'autorità di ricorso esercitare il proprio controllo. Per soddisfare tali esigenze, è sufficiente che l'autorità menzioni almeno succintamente i motivi su cui essa ha fondato la propria decisione; essa non ha dunque l'obbligo di esporre e di pronunciarsi su tutti i fatti, i mezzi di prova e le censure invocate dalle parti; essa può per contro limitarsi ai punti essenziali per la decisione da rendere (cfr. DTF 133 III 439 consid. 3.3 e i riferimenti ivi citati). Di regola, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità del caso da giudicare, dal margine di apprezzamento di cui gode l'autorità e dalla potenziale gravità delle conseguenze della sua decisione (cfr. DTF 112 Ia 107 consid. 2b). Esaminata la decisione su opposizione impugnata, il TCA ritiene che essa contenga una sufficiente motivazione, cosicché non può essere ammessa la pretesa violazione del diritto di essere sentito. 2.3. Nel merito, l'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a ridurre il proprio contributo alle cure domiciliari prestate ad RI 1

da importi varianti tra fr. 4'500 e fr. 5'900 circa (cfr. doc. A 15) a fr. 2'043 al mese, oppure no. 2.4. Giusta l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente: a. alla cura ambulatoria da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico, nonché, in seguito, del chiropratico; b. ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista; c. alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera; d. alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico; e. ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione. Il diritto alla cura medica cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). Determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese (art. 10 a 13) sono accordati, a norma dell'art. 21 cpv. 1 LAINF, se il beneficiario: a. è affetto da malattia professionale; b. soffre di ricaduta o di postumi tardivi e la capacità di guadagno può essere migliorata sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire una notevole diminuzione; c. abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno; d. è incapace di guadagno e il suo stato di salute può essere migliorato sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento. Le condizioni del diritto all'assunzione delle spese di cura medica differiscono quindi a seconda che l'assicurato sia o meno titolare di una rendita (DTF 116 V 41 consid. 3d). Nell'ipotesi contemplata dall'art. 10 cpv. 1 LAINF, la cura medica dev'essere assunta qualora sia atta a migliorare lo stato di salute o a impedirne un peggioramento. Non è invece necessario che la cura sia di natura tale da ristabilire o da aumentare la capacità di guadagno. Per contro, nell'ipotesi di cui all'art. 21 cpv. 1 LAINF, le spese di cura possono essere assunte solo alle condizioni previste dalla norma stessa. 2.5. Come risulta dal succitato art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF, determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese sono accordati se il beneficiario è incapace di guadagno e le sue condizioni di salute possono essere migliorate sensibilmente con cure mediche o queste ne possono impedire un notevole peggioramento. La disposizione si riferisce agli assicurati completamente invalidi, le cui condizioni di salute possono venir migliorate o perlomeno stabilizzate mediante appropriate misure sanitarie, anche se ciò non ha alcun influsso sulla loro capacità di guadagno (A. Maurer, Schw. Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 384). L'assunzione dei costi di tali misure da parte dell'assicuratore infortuni non osta al mantenimento del diritto dell'assicurato a un assegno per grandi invalidi (DTF 124 V 52 consid. 4). Nel caso di specie, non è oggetto di contestazione il fatto che l'assicurata soddisfa le condizioni previste dall'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF. 2.6. Secondo l'art. 10 cpv. 3 LAINF il Consiglio federale può definire più in dettaglio le prestazioni d'obbligo a carico dell'assicurazione e limitare il rimborso delle spese di cura all'estero. Esso può inoltre fissare le condizioni relative al diritto alle cure domiciliari e la loro entità. Facendo uso di tale delega, il Consiglio federale ha emanato in particolare l'art. 18 OAINF che disciplina le cure a domicilio. Giusta tale disposto, l'assicurato ha diritto alle cure a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o da organizzazioni autorizzati conformemente agli art. 49 e 51 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (cpv. 1). Eccezionalmente l'assicuratore può concedere anche contributi per le spese di cure a domicilio prestate da persone non autorizzate (cpv. 2). Nella DTF 116 V 41, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha precisato il senso di "cure a domicilio" secondo le succitate disposizioni. In tale nozione rientrano innanzitutto le cure mediche dispensate a domicilio a scopo terapeutico, applicate o prescritte da un medico. Essa comprende parimenti le cure mediche nel senso di cure infermieristiche, senza azione terapeutica, ma tuttavia indispensabili per il mantenimento dello stato di salute

dell'assicurato. Si tratta in particolare dei provvedimenti medici nel senso dell'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF che mantengono, sostengono, assicurano o sostituiscono le funzioni organiche vitali. Una terza forma di cure a domicilio è costituita dalle cure non mediche, ossia l'aiuto personale fornito all'interessato per compiere gli atti ordinari della vita (farsi la pulizia personale quotidiana, cibarsi), come pure l'aiuto relativo all'ambiente in cui vive (ad esempio la tenuta dell'economia domestica: DTF 116 V 41 consid. 5a). Gli assicuratori sociali non devono assumere tutte le cure a domicilio bensì unicamente quelle per le quali la legge o l'ordinanza ha istituito un obbligo di prestazione. In materia di assicurazione contro gli infortuni, l'obbligo prestativo dell'assicuratore per cure a domicilio è disciplinato in modo chiaro dall'art. 18 OAINF. Questa norma obbliga l'assicuratore al versamento di prestazioni per "cure a domicilio prescritte dal medico" (cpv. 1). Ne discende che l'obbligo prestativo è limitato al trattamento terapeutico e alle cure mediche. Si può in effetti parlare di prescrizione medica soltanto se si tratta di misure aventi carattere medico; le cure non mediche non sono, per natura, subordinate a una indicazione medica. Una prescrizione medica formale non è tuttavia necessaria; è sufficiente che le misure mediche da applicare a domicilio siano indicate dal profilo medico (DTF 116 V 45 consid. 5b e 5c). Ne consegue che l'assicurazione contro gli infortuni è tenuta a prestare solo nella misura in cui si tratta di un trattamento medico o di cure mediche ai sensi dell'art. 10 cpv. 1 LAINF, ossia per le cure a domicilio nel senso delle prime due categorie succitate. È inoltre utile segnalare che, in una sentenza 8C_332/2012 del 18 aprile 2013 consid. 3.3, riguardante un assicurato che, in quanto totalmente dipendente, pretendeva che l'assicuratore gli rimborsasse anche i costi legati all'aiuto per compiere gli atti ordinari della vita, il TF ha confermato che, contrariamente alla situazione vigente in materia di assicurazione contro le malattie dove le cure di base vengono prese a carico (cfr. art. 7 cpv. 2 lett. c OPre), l'assicuratore LAINF è tenuto ad assumere alle condizioni degli articoli 21 cpv. 1 LAINF e 18 OAINF, soltanto le cure propriamente mediche ed infermieristiche. 2.7. In una sentenza 8C_896/2009 del 23 luglio 2010 consid. 4.2, pubblicata in RtiD 2011 I p. 206, il Tribunale federale ha stabilito che le cure a domicilio concesse dopo la determinazione della rendita a persone totalmente invalide (art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF), costituiscono delle prestazioni a carattere durevole con la conseguenza che l'amministrazione può ritornare sul loro riconoscimento soltanto se sussiste un titolo di revoca (riconsiderazione, revisione) (sul tema, si veda pure la STF 8C_457/2014 del 5 settembre 2014 consid. 2.2 ss.). Qualora il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisca una notevole modificazione, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA prevede che per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Giusta il capoverso 2 dell'art. 17 LPGGA; ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione (cosiddetta revisione). Inoltre, nell'ambito di una riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPGGA, l'assicuratore può ritornare su decisioni o su decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato, se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Nella presente fattispecie, secondo questo Tribunale, la modifica (pro futuro) delle prestazioni di cura domiciliare che sono state corrisposte dall'CO 1 sino al mese di settembre 2015, risulterebbe giustificata già per il solo motivo che le prestazioni fatturate dall'_____ erano state assunte senza alcuna preventiva valutazione dell'obbligo a prestazioni. In effetti, secondo la giurisprudenza federale, un accertamento insufficiente (e quindi, a maggior ragione, l'assenza di accertamento) della fattispecie giuridicamente rilevante a

seguito di una violazione del principio inquisitorio, costituisce un motivo di riconsiderazione giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGa (cfr. STF 8C_27/2011 del 14 marzo 2011 consid. 4.1 e riferimenti ivi menzionati). 2.8. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali emerge che, dimessa dalla Clinica _____ di _____ il 23 giugno 2014, RI 1 ha fatto ritorno al proprio domicilio, dove viene assistita dall' _____. A partire dal giugno 2014, l'istituto assicuratore resistente ha quindi preso a carico l'integralità delle cure domiciliari – esami e cure / cure di base - fornite dall'associazione appena citata (cfr. allegati al doc. 155). Nel corso del mese di settembre 2015, l'amministrazione ha disposto una valutazione del fabbisogno in termini di cure a domicilio, per il tramite della _____ (_____), valutazione che ha avuto luogo il 18 settembre 2015 presso il domicilio dell'assicurata. Dal relativo rapporto risulta che la ricorrente avrebbe bisogno di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre in misura di 43.23 minuti/giorno (corrispondenti a 21 ore/mese), e meglio 2.07 minuti/giorno per la somministrazione di medicinali, 1 minuto/giorno per la medicazione molto semplice, 8 minuti/giorno per vuotare il sacco delle urine, 0.83 minuti/giorno per cambiare il sacco delle urine, 0.33 minuti/giorno per la posa della sonda vescicale, 5 minuti/giorno per il cambio di medicazione Cystofix, 0.83 minuti/giorno per il lavaggio della vescica, 25 minuti/giorno per l'evacuazione manuale delle feci e 0.17 minuti/giorno per l'evacuazione supplementare. Per quanto riguarda invece le cure di base giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, il fabbisogno è stato quantificato in 22 minuti/giorno (corrispondenti a 11 ore mensili), e meglio 2 minuti/giorno per posizionare correttamente l'assicurata nella sedia a rotelle, 10 minuti/giorno per cambiare la posizione a letto, 4 minuti/giorno per la prevenzione antidecubito, applicazione di creme e 6 minuti/giorno per la prevenzione antidecubito, controllo della cute. Si evince inoltre che non è stato considerato il tempo legato all'igiene corporale a letto (per il motivo che non si tratterebbe di una cura infermieristica), ai trasferimenti dal letto alla carrozzella e viceversa mediante un sollevatore e alla misurazione della pressione arteriosa (in quanto ciò non è in relazione con le conseguenze dell'infortunio) (cfr. allegati ai doc. 153 e 155). La valutazione sulla quale l'assicuratore LAINF ha fondato la decisione su opposizione impugnata, viene contestata dall'assicurata e dal suo assicuratore contro le malattie. Con la propria impugnativa, l'assicurata sostiene in sostanza che l'CO 1 non sarebbe legittimato a ridurre il suo fabbisogno in termini di cure a domicilio a decorrere dal 1° ottobre 2015 (da 101.76 ore/mese a 62.23 ore/mese), posto che nel frattempo non è subentrato alcun cambiamento di rilievo (cfr. doc. I – inc. 35.2016 17). In proposito, il TCA ribadisce che l'istituto convenuto dispone invece di un valido titolo (riconsiderazione) per modificare (pro futuro) le prestazioni riconosciute sino al 30 settembre 2015 (cfr. supra , consid. 2.7. in fine). L'assicuratore malattie insorgente fonda le proprie obiezioni essenzialmente sulla valutazione eseguita dall' _____ nel corso dell'ottobre 2015 (cfr. doc. I, p. 7 – inc. 35.2016.18: “Secondo _____, il fabbisogno di cure come accertato da _____ – basato sul metodo di rilevazione _____ – è corretto e giustificato dallo stato di salute dell'assicurata (doc. 18, cfr. doc. 17).”). Dal relativo documento, denominato “Pianificazione delle prestazioni” e datato 16 ottobre 2015, risulta che RI 1 necessiterebbe di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre in misura di 51 minuti/giorno (corrispondenti a 25 ore mensili). D'altro canto, per quanto concerne le cure di base ex art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, secondo la valutazione in questione, il fabbisogno ammonterebbe a 161 minuti/giorno (corrispondenti a 80 ore mensili), e meglio 45 minuti/giorno per l'igiene completa a letto, 20 minuti/giorno per l'igiene intima (a tetto o al lavandino), 20 minuti/giorno (2 x 10 minuti) per applicare e rimuovere le calze

compressive, 16 minuti/giorno (2 x 8 minuti) per il posizionamento dell'assicurata nel letto, incluso il rifacimento del letto/cambio lenzuola e 60 minuti/giorno (4 x 15 minuti) per il trasferimento dal letto alla carrozzella e viceversa mediante un sollevatore (cfr. doc. A 18). Secondo un successivo documento allestito sempre dall' _____, denominato "Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio" e datato 2 novembre 2015, il fabbisogno in termini di esami e cure si eleverebbe a 17 ore/mese, mentre quello per le cure di base a 81 ore/mese (cfr. doc. A 17). In merito all'entità delle prestazioni riconosciute dall'assicuratore LAINF convenuto, si è pronunciato anche il dott. _____, spec. FMH in medicina interna, medico fiduciario della _____. Con rapporto del 3 febbraio 2016, il dott. _____ ha innanzitutto dichiarato che "i provvedimenti di esame e cura riconosciuti dalla CO 1 sono sufficienti e adeguati al fabbisogno, per evitare notevoli peggioramenti dello stato di salute.". D'altro canto, egli ha però osservato che "... i provvedimenti di cura di base riconosciuti dalla CO 1 non sono sufficienti per questo scopo. In particolare ritengo che siano a carico della CO 1, perché direttamente correlati alla paraplegia, i seguenti trattamenti: igiene giornaliera a letto; mobilitazione; prevenzione dei decubiti; controllo e mantenimento della funzione intestinale." (allegato al doc. A 20).

2.9. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte ritiene di poter seguire l'assicuratore LAINF nella misura in cui il fabbisogno dell'assicurata in termini di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, è stato quantificato in 43.23 minuti/giorno cure (o 21 ore/mese), con conseguente riconoscimento di un contributo pari a fr. 1'433/mese (cfr. allegato al doc. 155). Del resto, lo stesso medico di fiducia dell'assicuratore malattie ricorrente ha definito "sufficienti e adeguati al fabbisogno" i provvedimenti di esame e cura riconosciuti dall'istituto resistente (cfr. doc. A 20; si veda pure il doc. I, p. 8, in cui la _____ ha implicitamente accettato la valutazione dell'amministrazione: "A ciò si aggiunge il fabbisogno riconosciuto da CO 1 per esami e cure di complessivi minuti 43.23."). Non può neppure essere ignorato che riconoscendo 21 ore mensili, l'CO 1 è andato persino oltre a quanto è stato preventivato dall' _____ nel suo rapporto di valutazione del 2 novembre 2015 (17 ore/mese; cfr. doc. A 17). La soluzione si presenta invece parzialmente diversa per quanto riguarda le cure di base ex art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, e ciò per le ragioni che seguono. Il TCA constata, in primo luogo, che l'assicuratore LAINF non ha preso in considerazione il fabbisogno legato all'igiene corporale (secondo la valutazione _____, igiene completa e igiene intima a letto, corrispondente a un fabbisogno complessivo di 65 minuti/giorno, ossia 32.5 ore/mese). Contrariamente a quanto sostiene la _____ (cfr. doc. XIII), l'igiene corporale non costituisce una prestazione obbligatoria giusta l'art. 18 cpv. 1 OAINF, visto che si tratta di cure prive di carattere medico (cfr. supra, consid. 2.6.; in questo senso, si veda la STF 8C_1037/2012 del 12 luglio 2013 consid. 7.3.1, in cui il TF ha precisato che, ad esempio, l'igiene dopo l'evacuazione intestinale nel pannolino non costituisce una prestazione a carico della LAINF). Pertanto, nella misura in cui nel calcolo del contributo relativo alle cure di base non è stato considerato il tempo necessario per l'igiene corporale, questo Tribunale condivide l'operato dell'amministrazione. In secondo luogo, dal rapporto _____ risulta che la mattina all'assicurata vengono applicate le calze compressive, le quali le vengono rimosse la sera, per una durata complessiva di 20 minuti/giorno (2 x 10 minuti) (cfr. doc. A 18). La valutazione _____ non prevede invece nulla in proposito (cfr. allegato al doc. 153). Interpellato al riguardo, l'istituto assicuratore ha osservato che il provvedimento in questione non viene menzionato nella rilevazione effettuata dalla _____ "...; viene semplicemente menzionato il "bendaggio semplice" al piede destro

che è stato considerato dalla CO 1 nel calcolo.” (doc. IX). Questa Corte rileva, da una parte, che l’applicazione/rimozione delle calze compressive rientra nella categoria delle cure infermieristiche, visto che si tratta di un provvedimento indispensabile per il mantenimento dello stato di salute dell’assicurato (in questo senso, si veda la STFA I 761/03 del 9 febbraio 2004 consid. 4.1: “... , on doit admettre que le port de bas de compression se rattache à une thérapie continue, nécessaire pour empêcher l’évolution défavorable de l’état pathologique. En regard de la jurisprudence susmentionnée, le traitement par compression des jambes doit être considéré comme participant du traitement de l’affection comme telle.”) e, dall’altra, che in concreto la misura in questione era già contemplata nel piano d’intervento allestito dall’ _____ nell’ agosto 2015 (cfr. allegato al doc. A 18) e che essa va distinta dalla medicazione semplice del piede destro, la quale ricade peraltro sotto la lett. b dell’art. 7 cpv. 2 OPre (cfr. allegato al doc. 155). Visto quanto precede, il TCA non può senz’altro approvare l’agire dell’amministrazione, ma tale aspetto deve essere approfondito. In terzo luogo, per quanto concerne il trasferimento dell’assicurata dal letto alla carrozzella e viceversa mediante un elevatore , tale gesto figura nel rapporto della _____ ma non è stato considerato il tempo impiegato per eseguirlo (allegato al doc. 153). Il patrocinatore dell’CO 1 fa valere che la prestazione in questione verrebbe già indennizzata con il versamento dell’assegno per grandi invalidi e che perciò non rientrerebbe “... fra quelle versate a titolo di cure a domicilio in base all’art. 18 OAINF.” (cfr. doc. IX). Da parte sua, l’assicuratore malattie insorgente sostiene invece trattarsi di “... un provvedimento medico, e non di un atto ordinario di vita (come da DTF 116 V 41), come è stato ritenuto per il “Transfer des Versicherten vom Bett zum Stehbrett” (8C_1037/2012).” (doc. I, p. 7 - inc. 35.2016.18). A questo proposito, il TCA rileva che di principio il trasferimento dal letto alla carrozzella (e viceversa) costituisce in effetti un atto ordinario della vita (“alzarsi/sedersi/coricarsi”; cfr. DTF 127 V 97, 125 V 303 e 117 V 146 consid. 2), di modo che l’aiuto da parte di un terzo per compierlo viene coperto dall’assegno per grandi invalidi. Nel caso di specie, occorre tuttavia considerare che, in occasione della sua dimissione (aprile 2014), gli specialisti del Centro _____ di _____ si erano esplicitamente raccomandati che in futuro i trasferimenti dell’assicurata avvenissero esclusivamente mediante un elevatore, e ciò a causa di una pelle estremamente delicata in ragione della presenza di numerose cicatrici (cfr. doc. A 8, p. 4; si veda pure il rapporto della _____, si cui si legge: “ Nach der Pflege, Verbänden und Darmmanagement wird die Versicherte mit Hilfe eines Patientenlift in den Rollstuhl transferiert. Dies muss so durchgeführt werden, da nur eine kleine Reibung an der “alten” Dekubitusstelle, wieder eine Verschlechterung herbeiführen könnte .”). Se ne deduce pertanto che l’utilizzo del sollevatore per trasferire la ricorrente dal letto alla carrozzella (e viceversa) risulta indispensabile per garantire il mantenimento del suo stato di salute (evitare la formazione di nuove piaghe). Si è quindi in presenza di una prestazione obbligatoriamente a carico dell’CO 1 in virtù dell’art. 18 cpv. 1 OAINF (cfr. supra , consid. 2.6.). In quarto luogo, trattandosi del corretto posizionamento nella carrozzella , la _____ fa valere che il tempo riconosciuto dall’istituto resistente - 2 minuti/giorno (2 x 1 minuto) (cfr. allegato al doc. 153; e non 1 minuto/giorno come si sostiene nel ricorso) – sarebbe troppo misurato (cfr. doc. I, p. 7 - inc. 35.2016.18). Il TCA non ravvede alcun valido motivo che gli imponga di discostarsi dalla valutazione della _____, tanto più che da parte dell’ _____ non è stato conteggiato nulla a titolo di posizionamento nella carrozzella (cfr. doc. A 18). In merito infine al tempo conteggiato dall’CO 1 per il corretto posizionamento nel letto - 10 minuti/giorno (2 x 5 minuti) (cfr. allegato al doc. 153) –

l'assicuratore malattie di Ri 1 pretende che venga preso in considerazione il tempo stabilito dall' _____, ovvero 16 minuti/giorno, in quanto quest'ultimo ente "... conosce (...) meglio l'assicurata (il suo stato psico-fisico, le sue patologie, ecc.) e le sue indicazioni risultano essere più convincenti che quelle di _____." (doc. I, p. 7 - inc. 35.2016.18). In proposito, il TCA constata che il fabbisogno di 16 minuti/giorno valutato dall' _____ comprende pure il "rifacimento letto/cambio lenzuola (h. 13.00 e h. 20.00)" (cfr. doc. A 18), prestazione che non è stata considerata nella rilevazione della _____. Ora, in base a quanto risulta dalla succitata STF 8C_1037/2012 consid. 7.4.1, se nell'ambito del posizionamento si rivela necessario cambiare le lenzuola (poiché sporche), ciò costituisce una cura medicalmente indicata (" Wenn im Rahmen des nächtlichen Umlagens ein Wechsel des verschwitzten Leintuchs erforderlich ist, gehört dies auch zur medizinisch indizierten Behandlungspflege. "). Anche questo aspetto necessita dunque di ulteriori chiarimenti. 2.10. In esito a tutte le considerazioni che precedono, gli atti vanno rinviati all'CO 1 affinché disponga una nuova rilevazione delle cure a domicilio, che dovrà tenere conto delle indicazioni contenute nel presente giudizio (cfr. supra, consid. 2.9.) e, in seguito, decida nuovamente sul diritto alle prestazioni a far tempo dal 1° ottobre 2015 (in questo stesso senso, si veda la STF 8C_1037/2012 consid. 8, summenzionata).

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