

TI_GERICHTE 35.2017.147 vom 14. September 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-09-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.147

FR: TI_GERICHTE 35.2017.147 du 14 septembre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2017.147 del 14 settembre 2018

Erwägungen

E. 5

pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])."

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto all'entità del contributo mensile per spese di cura a domicilio a carico dell'assicuratore LAINF convenuto. 2.3. 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. 2.4. 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'assicurato soddisfa le condizioni previste dall'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF. 2.5. Secondo l'art. 10 cpv. 3 LAINF, nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2016, 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, sempre nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2016, 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, da una parte, l'aiuto personale fornito all'interessato per compiere gli atti ordinari della vita (farsi la pulizia personale quotidiana, cibarsi, vestirsi e svestirsi, ecc.) e, dall'altra, l'aiuto relativo all'ambiente in cui la persona assicurata vive (ad esempio la gestione 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 (nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2016). 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 un'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. Nella succitata DTF 116 V 41 - a fronte del fatto che l'assicuratore interessato e la precedente istanza pretendevano che il diritto al rimborso dei provvedimenti medici secondo l'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF fosse decaduto a seguito del riconoscimento dell'assegno per grandi invalidi di grado elevato, volto a coprire in modo

forfetario le spese legate alla cura e all'assistenza a domicilio dell'assicurato -, l'Alta Corte ha altresì osservato che per cure permanenti, richieste a complemento della necessità di aiuto per compiere tutti e sei gli atti ordinari della vita determinanti, si deve intendere un genere di prestazione medica o infermieristica, necessaria in ragione dello stato fisico o psichico (ad esempio, la necessità quotidiana di somministrare medicinali oppure di applicare un bendaggio). Nel caso in cui l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi nel compiere i singoli atti ordinari della vita sia già ampio a tal punto che l'ulteriore presupposto delle cure permanenti o della sorveglianza personale permanente ha un significato soltanto secondario, è già sufficiente una minima realizzazione di una di queste esigenze supplementari (consid. 6b). Se, in presenza di una manifesta necessità di aiuto per compiere tutti e sei gli atti ordinari della vita di rilievo, per ammettere la grande invalidità di grado elevato basta un minimo adempimento dell'ulteriore esigenza delle cure permanenti (o della sorveglianza personale permanente), allora vi è spazio per una retribuzione supplementare nell'ambito dell'art. 18 OAINF, la quale non consiste però in una presa a carico completa delle cure (consid. 6c). In questo senso, la Corte federale ha precisato che il cateterismo, il battere e pressare la vescica, l'applicazione di un profilattico urinario, come pure lo svuotamento manuale dell'ampolla rettale, sono da considerare degli atti medici, in quanto la corretta scelta di questi provvedimenti, la loro armonizzazione con altre misure e la loro perfetta esecuzione, sono infatti di primaria importanza per preservare le precarie condizioni di salute (consid. 4b). Sempre in questo contesto, nella STF 8C_1037/2012 del 12 luglio 2013 consid. 7.2, il TF ha chiarito che, tenuto conto dei principi esposti in precedenza, non può essere fornita una risposta generale alla questione di sapere se le cure di base accessorie ai sensi dell'art. 18 cpv. 1 OAINF siano da indennizzare oppure siano già coperte dall'assegno per grandi invalidi. Tale aspetto va verificato in ogni singola fattispecie, alla luce dell'atto di cura in discussione in concreto. Va ancora segnalato che, in base alla raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc danni LAINF del 27 novembre 1990 (revisione 17 marzo 2008), gli assicuratori LAINF erano invitati a corrispondere dei contributi adeguati per le cure non mediche (igiene del corpo, vestirsi e svestirsi), provocate dall'infortunio, a condizione che non esistesse ancora il diritto all'assegno per grandi invalidi. Al riguardo, era tuttavia indicato che l'esistenza di un diritto all'assegno per grandi invalidi comportava il decadimento di qualsiasi diritto a una partecipazione ai costi per tutti quei deficit nel compimento degli atti correnti coperti dall'assegno per grandi invalidi. Si precisava inoltre che per i lavori domestici puri (il bucato, lo stirare, le pulizie di casa e altri compiti correnti), l'assicuratore LAINF non aveva di principio alcun obbligo prestativo. 2.6. Il 1° gennaio 2017, è entrata in vigore la prima revisione della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (cfr. FF 2015 5583), nel cui contesto sono state modificate anche le disposizioni che disciplinano l'assunzione delle cure a domicilio. Il nuovo art. 10 cpv. 3 LAINF ha il seguente tenore: " 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 all'assistenza e alle cure a domicilio." Nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 30 maggio 2008, il Consiglio federale si è espresso al riguardo nei seguenti termini: " (...) Attualmente il Consiglio federale può stabilire a quali condizioni e in che misura l'assicurato ha diritto alle cure domiciliari. Questa disposizione tuttavia è contraria agli accordi internazionali sottoscritti dalla Svizzera. Conformemente al Codice Europeo di Sicurezza Sociale (CESS) e alla Convenzione n. 102 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro concernente le norme minime della sicurezza sociale

(Convenzione OIL n. 102), le cure mediche comprendono infatti le cure infermieristiche, a prescindere dal fatto che vengano fornite a domicilio, in un ospedale o in un altro istituto medico. In virtù di questo accordo, le cure a domicilio devono essere assunte senza che l'assicurato debba partecipare alle spese (cfr. art. 10 cpv. 3).” (FF 2008 4719) Il nuovo art. 18 OAINF, che il Consiglio federale ha emanato in base alla delega di cui all'art. 10 cpv. 3 seconda frase LAINF, anch'esso in vigore a partire dal 1° gennaio 2017, prevede quanto segue: " (...). ¹ L'assicurato ha diritto alle cure mediche a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o da organizzazioni autorizzati conformemente agli articoli 49 e 51 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie. ² L'assicuratore assegna un contributo per: a. un'assistenza medica a domicilio prescritta dal medico prestata da una persona non autorizzata, a condizione che questa assistenza sia eseguita in modo professionale; b. un'assistenza non medica a domicilio, se questa non è rimborsata dall'assegno per grandi invalidi secondo l'articolo 26.” Per quanto qui d'interesse, trattandosi della lettera b dell'art. 18 cpv. 2 OAINF, nel suo rapporto esplicativo concernente la modifica dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) dell'ottobre 2016, allegato al comunicato stampa del Consiglio federale del 9 novembre 2016, l'UFSP ha precisato che con la norma in questione “... viene sancito il diritto a un contributo per un'assistenza non medica a domicilio se questa non è già rimborsata da un assegno per grandi invalidi ...” (rapporto esplicativo, p. 7). Secondo la raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc sinistri LAINF, rivista il 23 giugno 2017, l'assicuratore LAINF è tenuto a partecipare alle spese risultanti dall'aiuto domiciliare non medico (dunque alle cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre), a condizione che esse non siano già coperte dall'assegno per grandi invalidi o fintanto che una decisione in proposito non sia stata presa. Nella medesima raccomandazione si precisa inoltre che fintanto e sempre che la persona assicurata ha diritto a un assegno per grandi invalidi, essa non ha diritto, nel quadro dell'aiuto domiciliare non medico, ad alcuna partecipazione dell'assicuratore LAINF per gli atti ordinari della vita (ad esempio, l'igiene personale, l'alimentazione, il vestirsi/svestirsi, ecc.). 2.7. Nel caso di specie, controversa è innanzitutto la questione di sapere se torna applicabile il vecchio o il nuovo diritto. Secondo l'amministrazione, applicabile in concreto sarebbe il diritto in vigore sino al 31 dicembre 2016, in ossequio al chiaro disposto di cui al capoverso 1 delle disposizioni transitorie della modifica del 25 settembre 2015 (cfr. doc. III, p. 7: “Secondo le norme transitorie, le prestazioni assicurative infortunistiche che sono state erogate prima dell'entrata in vigore delle menzionate modifich, devono essere concesse secondo il precedente diritto. Nel nuovo diritto, come nel precedente, le prestazioni dell'assicuratore sono concesse unicamente per cure mediche a domicilio prescritte dal medico. Per contro non vi è un obbligo per l'assicurazione di assumere integralmente i costi di cura. Considerato che nella fattispecie l'infortunio è avvenuto prima del 1. gennaio 2017, è applicabile l'art. 18 OAINF valido fino al 31 dicembre 2016.” – il corsivo è del redattore). L'assicurato fa invece valere la tesi opposta, e ciò per le ragioni esposte a pagina 3 s. del ricorso. Secondo questo Tribunale, la questione del diritto applicabile al caso di specie può rimanere aperta (per un altro caso in cui il TCA ha deciso in questo senso, si veda la STCA 35.2017.119 del 7 giugno 2018 consid. 2.5., cresciuta incontestata in giudicato). Al riguardo, va rilevato che tra il vecchio e il nuovo diritto la situazione giuridica si è modificata nel senso che, sino al 31 dicembre 2016, non esisteva un diritto a beneficiare di prestazioni per l'assistenza non medica a domicilio mentre, a contare dal 1° gennaio 2017, è stato introdotto il diritto a un contributo, a condizione che l'assistenza non sia già rimborsata da un assegno per grandi invalidi (cfr.

art. 18 cpv. 2 lett. b OAINF e il rapporto esplicativo dell'UFSP, citato al consid. 2.4.). In questo contesto, va ricordato che già sotto il vecchio diritto agli assicuratori LAINF veniva raccomandato di corrispondere un contributo adeguato per le cure non mediche a domicilio, sempre a condizione che non fossero già coperte dall'assegno per grandi invalidi (cfr. la raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc danni LAINF, menzionata al consid. 2.4. in fine). A ciò va aggiunto che, secondo questa Corte, la restrizione prevista dal nuovo art. 18 cpv. 2 lett. b OAINF al diritto di ottenere un contributo per l'assistenza non medica a domicilio ("se questa non è rimborsata dall'assegno per grandi invalidi secondo l'articolo 26", "soweit diese nicht durch die Hilfloosenentschädigung nach Artikel 26 abgegolten ist", "à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26"), va interpretata alla luce dei principi che la Corte federale ha sviluppato nella DTF 116 V 41 e precisato nella STF 8C_1037/2012 del 12 luglio 2013 (sentenze entrambe citate al consid. 2.5.), nel senso che l'esistenza del diritto a un AGI di grado elevato non consente di ritenere a priori coperte le spese legate alla cura e all'assistenza a domicilio dell'assicurato. Occorre piuttosto verificare, per ogni singolo atto di cura prestato in un caso concreto, se possiede un carattere accessorio, nel senso che è necessariamente inserito in un complesso di cure mediche, oppure preventivo, nel senso che è indispensabile ad impedire un notevole aggravamento dello stato di salute della persona assicurata.

2.8. Questo Tribunale constata che nel maggio 2017 l'amministrazione ha disposto un rilevamento del fabbisogno in termini di cure a domicilio, incaricando la FSCMA (cfr. doc. 259; concretamente, il rilevamento è stato eseguito dall'infermiera _____, cfr. doc. 293). L'accertamento in questione ha avuto luogo il 22 maggio 2017 presso la _____ di _____, dove l'assicurato soggiornava, alla presenza in particolare della responsabile della _____ e dell'infermiere _____ (cfr. doc. 836). Dal relativo rapporto risulta che il ricorrente avrebbe bisogno di esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre in misura di 72.43 minuti/giorno (corrispondenti a 1.20 ore), e meglio 2 minuti/giorno per il "controllo dei segni vitali, pressione sanguigna", 2 minuti per "applicare e togliere mascherina BiPaP/mattina", 5 minuti per "applicare e togliere mascherina BiPaP/sera", 1 minuto per "applicare crema nasale", 15 minuti per "esercizi respiratori semplici", 1.43 minuti per "preparazione medicinali", 11.5 minuti per "somministrazione medicinali 4 volte al giorno", 12 minuti per "vuotare sacco urine", 0.50 minuti per "cambiare sacco urine", 2 minuti per "cura/controllo catetere", 2 minuti per "somministrazione Microklis" e 18 minuti per "massaggio addome + evacuazione manuale delle feci". Per quanto riguarda invece le cure di base giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre, il fabbisogno è stato quantificato in 69 minuti/giorno (corrispondenti a 1.15 ore), e meglio 10 minuti/giorno per "mobilizzazione attiva/passiva", 16 minuti/giorno per "mobilizzazione/massaggi serali", 6 minuti/giorno per "controllo cutaneo 3 volte al giorno", 10 minuti/giorno per "massaggi mattutini/serali per rossore", 3.50 minuti/giorno per "applicazione/togliere condome urinale", 3 minuti/giorno per "mobilizzazione attiva/passiva della braccia e gambe durante il vestirsi", 5 minuti/giorno per "mobilizzazione attiva/passiva delle mani per applicazione tutore", 7.50 minuti/giorno per "posizione per rilassare e scaricare glutei" e 8 minuti/giorno per "posizione e applicazione ortesi" (cfr. allegato al doc. 293 e doc. 298). Si evince inoltre che non è stato considerato il tempo legato al corretto posizionamento per fare colazione (prestazione già coperta dall'AGI), al transfer eseguito da due persone e con l'aiuto del disco girevole letto/comoda da doccia/letto (prestazione già coperta dall'AGI), alla cura del corpo e alla doccia (prestazione già coperta dall'AGI), al lavare i denti e all'igiene orale dopo la doccia e successivo transfer a letto (prestazione già coperta dall'AGI), all'indossare

le calze compressive (prestazione già coperta dall'AGI), alla consumazione di pranzo e cena (prestazione già coperta dall'AGI), al transfer a letto con l'aiuto del disco girevole dopo il pranzo (prestazione già coperta dall'AGI) e al transfer dal letto alla carrozzina elettrica per la terapia respiratoria (prestazione già coperta dall'AGI) (cfr. allegato al doc. 293). La valutazione sulla quale l'assicuratore LAINF ha fondato la decisione su opposizione impugnata, viene contestata dall'insorgente, il quale fa essenzialmente riferimento ai tempi rilevati dal personale curante _____, contenuti nella tabella allegata all'atto di opposizione del 27 ottobre 2017 (cfr. allegato al doc. 363), rispettivamente a quelli standard contenuti nel "elenco delle prestazioni Svizzera RAI-HC 2015" (cfr. doc. C allegato al doc. XV). Dal primo documento risulta che il fabbisogno dell'insorgente in termini di cure e trattamenti ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre ammonterebbe a 120.79 minuti/giorno (pari a 2.01 ore/giorno), mentre quello in termini di cure di base giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre sarebbe di 264.50 minuti/giorno (pari a 4.40 ore/giorno). Per quanto riguarda le "cure e trattamenti" – limitandosi soltanto a quegli atti che divergono dalla valutazione della FSCMA - sono stati conteggiati 10 minuti/giorno a titolo di controllo dei segni vitali (contro i 2 minuti/giorno stabiliti dalla FSCMA) con la precisazione che il controllo non si limita alla pressione sanguigna ma comprende pure la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e l'ossigenazione, 10 minuti/giorno per applicare e togliere la mascherina BiPaP/mattina (2 minuti/giorno) con la precisazione che occorre togliere la mascherina, lavarla e riporre le parti del BiPaP, 10 minuti/giorno per applicare e togliere la mascherina BiPaP/sera (5 minuti/giorno) con la precisazione che occorre ricomporre le parti del BiPaP e posizionare la mascherina, 5 minuti/giorno per la preparazione dei medicinali (1.43 minuti/giorno), 15 minuti/giorno per la somministrazione dei medicinali (11.50 minuti/giorno) con la precisazione che va considerata la valutazione dei bisogni con medico/paziente, 9 minuti/giorno per cambiare il sacco dell'urina (0.50 minuti/giorno) con la precisazione che il sacchetto dell'urina della notte viene sostituito con quello del giorno al mattino, al momento della messa a letto pomeridiana viene applicato un sacchetto più capiente e al momento della messa a letto per la notte viene applicato il sacchetto per la notte, 20 minuti per la somministrazione delle supposte (2 minuti/giorno) con la precisazione che va tenuto conto del tempo di attesa e 18 minuti/giorno per il massaggio addominale + evacuazione manuale delle feci (7.5 minuti/giorno) con la precisazione che occorre controllare l'alvo e, se non fosse vuoto, svuotarlo manualmente. Trattandosi invece delle "cure di base", sono stati conteggiati 50 minuti/giorno per la mobilizzazione durante l'atto dello svestirsi al mattino, del vestirsi al mattino e dello svestirsi per la notte (3 minuti/giorno), 40 minuti per la mobilizzazione attiva/passiva di mani e braccia per la rimozione dei tutori notturni, per l'applicazione dei tutori diurni al mattino e dopo il riposino pomeridiano, per la rimozione del tutore al momento del riposino pomeridiano e della messa a letto per la notte compreso il controllo dei segni di compressione e applicazione della specifica crema antirossore e per l'applicazione dei tutori notturni (5 minuti/giorno), 15 minuti/giorno per (infilare e sfilare le calze compressive (atto non considerato), 10 minuti/giorno per mettere e togliere le lenti a contatto monouso (atto non considerato), 9 minuti/giorno per l'aiuto nell'igiene della bocca (atto non considerato), 40 minuti/giorno per l'aiuto nell'igiene corporale e meglio il transfer letto/comoda doccia/letto (atto non considerato), 4 minuti/giorno per rinfrescare il viso a letto mattino e sera (atto non considerato), 30 minuti/giorno per la doccia giornaliera (atto non considerato), 5 minuti/giorno per l'aiuto nel fare la barba e pulire le orecchie (atto non considerato), 20 minuti/giorno per il posizionamento per rilassare e scaricare glutei (7.50

minuti/giorno) con la precisazione che si tratta del posizionamento per rilassare e scaricare i glutei al momento della messa a letto pomeridiana e notturna da parte di due operatori, 16 minuti/giorno per il transfer letto-sedia a rotelle e per il corretto posizionamento eseguito da due operatori due volte al giorno (atto non considerato) e 12 minuti/giorno per dare da bere all'assicurato (atto non considerato).

2.9. Secondo la giurisprudenza sviluppata in materia di assicurazione per l'invalidità, ma applicabile anche in ambito di assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 8C_1037/2012 consid. 6.1 succitata), un rapporto di accertamento riguardante la grande invalidità o il bisogno di cure deve soddisfare le seguenti esigenze: l'autore del rilevamento deve essere una persona qualificata che è a conoscenza dello stato dei luoghi, come pure degli impedimenti e dei bisogni in termini di aiuto risultanti dalle diagnosi poste dai medici. In presenza di dubbi circa i disturbi fisici o psichici e/o a proposito dei loro effetti sul compimento delle attività quotidiane, è necessario interpellare i medici specialisti. Le indicazioni del personale curante devono essere prese in considerazione e le opinioni divergenti dei partecipanti annotate nel rapporto. Il contenuto del rapporto deve essere plausibile, motivato e dettagliato in relazione ai singoli atti ordinari della vita, come pure ai presupposti delle cure permanenti, della sorveglianza personale e dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Infine, esso deve essere coerente per rapporto agli elementi raccolti sul posto. Purché il rapporto rappresenti una valida base di giudizio nel senso appena indicato, il tribunale interviene nell'apprezzamento espresso dalla persona che ha svolto l'accertamento, soltanto se sussistono degli errori di valutazione manifesti. Ciò si giustifica in particolare per il fatto che la persona qualificata che ha eseguito il rilevamento si è trovata più prossima alla fattispecie rispetto al tribunale competente in caso di ricorso. Nel caso in cui un tribunale si discosti dalla valutazione in questione, senza accertare la presenza di errori, viola una regola d'apprezzamento delle prove e il principio inquisitorio (cfr. STF 8C_741/2017 del 17 luglio 2018 consid. 5.1 e i riferimenti ivi menzionati).

2.10. Chiamato a pronunciarsi nel caso di specie, questo Tribunale constata che il rilevamento dei bisogni eseguito il 22 maggio 2017 dall'infermiera _____, diverge in più punti dalla valutazione espressa dal personale curante dell'insorgente. Vi sono in effetti atti che non sono stati presi in considerazione dall'infermiera incaricata dall'amministrazione (poiché giudicati già coperti dall'AGI o di cui non ne ha fatto menzione), ve ne sono altri che sono sì stati considerati ma per i quali ella ha conteggiato un minutaggio differente. D'altro canto, va osservato che la tabella di confronto con i dati rilevati dall'infermiera incaricata dall'assicuratore convenuto, allestita dal personale curante, era stata prodotta già nel corso della procedura di opposizione (cfr. doc. 363, p. 4-8). Ora, secondo il TCA, anziché limitarsi a dichiarare di non voler "... discostarsi dal rilevamento effettuato dal FSCMA, istituzione da lei sistematicamente interpellata nei casi in cui si tratta di determinare l'importanza delle cure a domicilio e quindi particolarmente qualificata a valutare i bisogni degli assicurati affetti da gravi patologie come il signor RI 1" (doc. 365, p. 4), l'amministrazione avrebbe dovuto chiedere all'infermiera Brechbühl di prendere puntualmente posizione in merito ai rilevamenti divergenti del _____, in particolare laddove quest'ultimo ha considerato degli atti di cura da lei non rilevati con conseguente aumento del minutaggio (ad esempio, per quanto attiene al cambio del sacchetto dell'urina oppure al controllo dei segni vitali). In merito allo scopo della procedura di opposizione secondo l'art. 52 LPGA, il Tribunale federale ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Le but de la procédure d'opposition est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près, parfois même en confiant l'examen du dossier à une autre personne que l'auteur de la décision contestée. Elle doit lui permettre, en

particulier, de compléter au mieux le dossier, par des mesures d'instruction appropriées - souvent nécessitées par les nouveaux allégués de l'assuré - afin de décharger les tribunaux, ce qui est le but final recherché (ATF 125 V 188 consid.1b p. 191)." (STF C 273/06 del 25 settembre 2007 consid. 3.2; sul tema, si veda pure la STFA C 279/03 del 30 settembre 2005 consid. 4) In una sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010 consid. 8.3, la Corte federale ha, inoltre, ricordato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, e ha rilevato: " (...). 8.3 Ad ogni modo si ricorda alla ricorrente che l'accertamento dei fatti incombeva in primo luogo a lei stessa in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. per analogia la sentenza 8C_122/2008 del 10 marzo 2008 consid. 3). Anche per questa ragione essa non può ora rimproverare alla Corte cantonale un accertamento asseritamente lacunoso per non avere approfondito un aspetto - per altro insufficientemente sostanziato in sede cantonale come pure in sede federale, non potendosi dal solo doppio ruolo assunto da F._____ inferire un serio indizio di manifesto abuso di diritto - che avrebbe potuto e dovuto essere da lei acclarato. Come già avuto modo di affermare in altro ambito, l'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5 pag. 374; sul tema cfr. pure RAMI 1999 n. U 342 pag. 410 [U 51/98])." In queste condizioni, non si può prescindere dall' eseguire un nuovo accertamento dei bisogni dell' assicurato in termini di cure domiciliari. Gli atti devono dunque essere retrocessi all'CO 1 affinché proceda in tal senso (in questo senso, si veda la STF 8C_1037/2012 consid. 8, summenzionata). 2.11. Ai fini del prosieguo dell' istruttoria, il TCA ritiene comunque utile formulare le seguenti considerazioni. Per quanto concerne la questione relativa all' applicabilità nel caso di specie del metodo RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Homecare - cfr. doc. XV) – si tratta, così il TF, di raccomandazioni in materia di cure domiciliari emananti da un gruppo di lavoro prive di carattere normativo -, basti fare riferimento alla STF 8C_1037/2012 succitata, in cui l'Alta Corte ha chiarito questo aspetto (cfr. il consid. 5.2.4 di quella pronunzia). Trattandosi degli atti di cura ritenuti già coperti dall' assegno per grandi invalidi e, quindi, non a carico dell' assicurazione obbligatoria contro gli infortuni in virtù dell' art. 18 cpv. 2 lett. b OAINF (rispettivamente della giurisprudenza emanata sotto il vecchio diritto e della raccomandazione n. 7/90 della Commissione ad hoc danni LAINF, revisione 17 marzo 2008), il TCA condivide il parere della sanitaria interpellata dall'CO 1 per quanto concerne l' aiuto per il corretto posizionamento per fare colazione , per il transfer letto-comoda doccia-letto , per la cura del corpo e per la doccia , per l' igiene orale e per il successivo transfer a letto , per la consumazione di pranzo e cena e per il transfer a letto dopo aver pranzato . In proposito, è utile segnalare che l' igiene corporale (compresa quella orale, ma pure il fare la barba, pulire le orecchie e rinfrescare il viso) costituisce un atto privo di carattere medico, già coperto dall' AGI in quanto atto ordinario della vita (cfr. DTF 127 V 94 consid. 3c: “provvedere all'igiene personale”). Il medesimo discorso vale per la consumazione dei pasti (e pure per il dare da bere all' assicurato - “mangiare”). In merito ai transfert (e al posizionamento per consumare la colazione), va segnalato che, nella più volte citata sentenza 8C_1037/2012 consid. 7.3.2, il TF ha stabilito che il trasferimento dell' assicurato dal letto al letto verticalizzabile (“Stehbrett”) e viceversa, rappresenta un

atto necessario al compimento di una misura indicata dal profilo medico (“Stehbretttraining”) e, di conseguenza, non rientra negli atti correnti della vita “alzarsi/sedersi/corricarsi” e “spostarsi (in casa e all'esterno)”. Nel caso concreto, i trasferimenti qui in discussione non hanno luogo nel contesto dell'esecuzione di provvedimenti medicalmente indicati, ragione per la quale l'istituto assicuratore non ne ha giustamente tenuto conto. Premesso che, conformemente la giurisprudenza, il semplice trasferimento dal letto alla carrozzella (e viceversa) costituisce di principio un atto ordinario della vita (“alzarsi/sedersi/corricarsi”, già coperto dall'AGI), secondo il TCA, una soluzione diversa s'impone nella presente fattispecie, per il transfer dal letto alla carrozzina elettrica per effettuare la terapia respiratoria. In effetti, dal momento in cui l'amministrazione ha ammesso che la terapia respiratoria rappresenta una cura ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (cfr. doc. 298), anche il relativo trasferimento avrebbe dovuto essere preso in considerazione. Per quanto riguarda l'atto d'indossare le calze compressive e di sfilarle, va tenuto conto che, in una sentenza 35.2016.17-18 del 24 novembre 2016 consid. 2.9., cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha stabilito 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.”). Dal rapporto di _____ si evince che le calze compressive sono state prescritte da un medico e aiutano l'assicurato contro le vertigini (cfr. doc. 293, p. 3). Se ne deduce pertanto che l'utilizzo come tale delle calze compressive risponde a una precisa indicazione medica, di modo che l'atto di infilarle/sfilarle avrebbe dovuto essere considerato dall'CO 1. Trattandosi infine del tempo di attesa legato all'applicazione delle supposte, è utile segnalare che, in una sentenza 9C_43/2012 del 12 luglio 2012 consid. 4.1.1 e 4.1.2 (pubblicata in SVR 2013 KV Nr. 3 p. 6), emanata in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, riguardante un bambino affetto da tumore cerebrale per il quale sussisteva un rischio di aspirazione, il TF ha stabilito che anche le prestazioni spitex fornite durante i tempi „morti“ vanno qualificate quali esami e cure ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, siccome i necessari interventi, rispettivamente i provvedimenti di cura non potevano essere né pianificati né organizzati mediante un sistema di allarme (cosicché il personale curante era tenuto a garantire una costante disponibilità). D'altra parte, in un'altra sentenza 8C_457/2014 del 5 settembre 2014 consid. 3.2, emanata in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, la Corte federale ha precisato, con riferimento anche al giudizio appena citato, che i tempi „morti“ intercorrenti tra le diverse cure mediche prestate all'assicurata durante la notte (terapia respiratoria, somministrazione di medicinali, controllo della cannula nasale, ecc.), dipendevano dalle cure stesse, le quali non erano pianificabili e richiedevano pertanto la costante disponibilità del personale curante. 2.12. Con la propria impugnativa, l'insorgente ha chiesto che venga indetto un pubblico dibattito. Confrontato con una richiesta di pubblico dibattito, il giudice cantonale deve di principio darne seguito. Egli può tuttavia astenersi nei casi previsti dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU, ossia quando la domanda è abusiva, quando appare chiaramente che il ricorso è infondato, irricevibile o, al contrario, manifestamente fondato oppure quando l'oggetto litigioso concerne delle questioni altamente tecniche (cfr. STF 8C_528/2017 del

19 dicembre 2017 consid. 1.3 e i riferimenti ivi citati). Nella DTF 136 I 279 consid. 3, il Tribunale federale ha precisato che non è possibile rinunciare al pubblico dibattimento per il motivo che la procedura scritta sarebbe più adeguata per discutere una questione di natura medica, anche se l'oggetto del litigio verte essenzialmente sul confronto di pareri specialistici riguardanti lo stato di salute e l'incapacità lavorativa di un assicurato in materia di assicurazione per l'invalidità. Nel caso di specie, essendo realizzata una delle eccezioni previste dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU (accoglimento del ricorso), il TCA può astenersi dal dare seguito alla richiesta dell'assicurato. 2.13. Vincente in causa, l'assicurato, rappresentato da un avvocato, ha diritto alle ripetibili (cfr. art. 61 lett. g LPG), quantificate in fr. 2'500 .

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