

TI_GERICHTE 36.2008.161 vom 19. Mai 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-05-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2008.161

FR: TI_GERICHTE 36.2008.161 du 19 mai 2009

IT: TI_GERICHTE 36.2008.161 del 19 maggio 2009

Regeste

Presa a carico di una cura riabilitativa stazionaria, malgrado in precedenza non siano stati fatti dei cicli intensivi di fisioterapia ambulatoriale. Le condizioni di salute sono peggiorate dalla visita fiduciaria di 1 anno prima in cui è stato ammesso il ricovero. Era consigliata una visita fiduciaria

Erwägungen

E. 2

Per quale motivo è stata prescritta una cura stazionaria presso la Clinica di _____? I provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari potevano essere praticati in modo appropriato unicamente in una clinica? In caso di risposta affermativa, per quale motivo?

E. 3

Il trattamento previsto poteva essere effettuato ambulatorialmente (o a domicilio)? In particolare, i medesimi obiettivi terapeutici potevano essere conseguiti con una cura ambulatoriale (o a domicilio)? In caso di risposta negativa, per quale motivo non sarebbe stato possibile?

E. 4

Il ricovero si è reso necessario a causa della particolare situazione personale della sua paziente? In caso di risposta positiva, quale situazione personale rendeva necessaria la degenza?

E. 5

Una degenza presso la Clinica di _____ avrebbe portato dei benefici ad RI 1? Se sì, quali, per quanto tempo ed in che misura il ricovero sarebbe stato necessario per raggiungere questi benefici?

E. 6

Dagli atti risulta che negli anni 2007 e 2008 RI 1 non si è sottoposta a cicli di fisioterapia. Come mai? Per quale motivo non è stata messa in pratica questa terapia in ambito ambulatoriale o a domicilio prima di far richiesta per una degenza stazionaria?

E. 7

Cortesemente, voglia trasmetterci tutti gli scritti inviati alla Cassa malati e relativi alla questione della degenza presso la Clinica di _____, in particolare la seconda richiesta di garanzia del 31 luglio 2008.

E. 8

Eventuali osservazioni.". Nel suo scritto del 16 aprile 2009 (doc. XI) il dr. med. _____ ha così risposto ai quesiti sottoposti: "1. Conosco la signora RI 1 dal 2002, paziente già affetta da una cardiopatia ischemica ipertensiva che nel corso degli anni, è notevolmente peggiorata, necessitando di una rivascolarizzazione miocardica mediante by-pass aortocoronarici nel 2003 ed in seguito, ripetute angioplastiche con dilatazioni coronariche delle quali l'ultima, nell'ottobre 2007. Già nel 2002, era nota per un'insufficienza renale moderata, dei disturbi gastrici sottoforma di gastriti croniche, per la presenza di un'ernia iatale ed uno stato dopo ulcera gastrica nel 1992. Dal profilo ortopedico, era già sofferente per una sindrome lombospondilogenica L4-L5, L5-S1 ed un'artrosi cervicale con una coxartrosi delle anche bilaterali, già presente ma allo stadio iniziale. Nel corso degli anni, come già detto, la situazione cardiologica si è aggravata come anche la sua situazione ortopedica ed in particolare con un netto peggioramento dei dolori lombari irradianti alle gambe che le impedivano anche la ben che minima mobilità, accompagnata praticamente giornalmente da dolori molto invalidanti. Tutto ciò ha fatto sì che nel 2006, si è proceduto ad un intervento neurochirurgico per un risanamento di un canale lombare stretto, intervento effettuato presso la _____ di _____ dal Prof. Dr. med. _____. 2. Nel giugno 2008, ho richiesto un ricovero presso la Clinica riabilitativa di _____ per una presa a carico globale della paziente ed in particolare per poter effettuare delle cure fisioterapiche adeguate al tipo di paziente, associate ad una presa a carico anche medicamentosa (ricordo che la paziente è una poliallergica con diverse intolleranze ai medicinali), fisioterapia che a mio parere, doveva comprendere una rieducazione posturale ossia, insegnarle come muoversi, come sedersi, come spostarsi e come svolgere i piccoli atti quotidiani, doveva comprendere un rinforzo muscolare globale (si tratta infatti di una paziente anziana con una perdurata immobilità e quindi, un'atrofia muscolare incipiente e progressiva), il rinforzo muscolare doveva quindi comprendere delle applicazioni anti-infiammatorie per ridurre infiammazioni articolari importanti, sia a livello della schiena, dove già era stata operata ma anche a livello delle anche che presentavano un'incipiente coxartrosi ed infine degli esercizi di ricondizionamento cardiovascolare, tenuto conto della sua situazione cardiaca precaria. È evidente che nelle sue condizioni, se solo facciamo riferimento alle diagnosi sopraccitate, era a mio avviso, totalmente inaccettabile ed improponibile, una terapia ambulatoriale, sia per la mancanza di un controllo durante l'arco della giornata ma soprattutto, per l'impossibilità di effettuare tutte queste terapie sotto controllo costante medico, associate ad adeguate terapie medicamentose di accompagnamento, necessarie per permettere di effettuare questa riabilitazione. Ecco perché, a mio parere, questi provvedimenti, sia diagnostici e terapeutici fondamentali per ridare un'autonomia che le permettesse almeno di vivere in casa propria, non erano praticabili se non in una Clinica specializzata. 3. Vedi risposta no. 2 4. Vedi risposta no. 2 5. Sono convinto che la paziente avrebbe potuto effettivamente beneficiare di un grosso miglioramento con una terapia adeguata e con un follow-up adeguato da parte dei medici specialisti presenti presso la Clinica di _____, in modo da poter poi eventualmente intraprendere delle piccole terapie ambulatoriali che potessero mantenere la situazione raggiunta. Io credo che in 3-4 settimane, si sarebbe raggiunto un netto miglioramento della situazione clinica, in particolare una riduzione dei dolori, un'aumentata autonomia della paziente, un miglior benessere globale e soprattutto sottolineo ancora una volta, la possibilità di mantenere una situazione vivibile per lungo tempo. 6. Nell'arco degli anni 2006 e 2008, non abbiamo mai ricorso a cicli di fisioterapia ambulatoriali per tutta una serie di motivi che cercherò di elencare in modo comprensibile: a) In una paziente con

molteplici malattie internistiche, non tutte le terapie sono attuabili, penso ad esempio ad una terapia tramite impulsi elettrici, ad una terapia anti-infiammatoria con l'utilizzo di creme, gel anti-infiammatori, sarebbero stati in questa paziente controindicati, quindi ogni terapia che le viene applicata, dev'essere fatta sotto stretto controllo medico. b) Stretto controllo medico, non comprende solo ed esclusivamente il momento della terapia ma anche il dopo terapia per quanto riguarda gli effetti secondari della terapia stessa, ad esempio un rinforzo muscolare tramite la cyclette, dev'essere valutato in modo che la paziente non metta sotto sforzo il suo cuore e che dopo l'esercizio, non insorga la problematica di uno scompenso cardiaco, cosa che può avvenire nei pazienti anziani cardiopatici. c) Non credo che mezzora, tre quarti d'ora, un'ora in uno studio fisioterapico o con un fisioterapista a domicilio, sia paragonabile con una giornata di presa a carico fisioterapica, comprendente piscina, massaggi, rinforzo muscolare, applicazione di anti-infiammatori presso una Clinica specializzata. Essendo la muscolatura e le articolazioni degli anziani già degenerate, gli stessi necessitano di una terapia molto più intensiva e continuata, rispetto ad un giovane che al contrario, ha una situazione di base decisamente migliore. d) Lo spostamento di una paziente anziana malata, con problemi cardiaci, di deambulazione, verso un centro dove ad esempio si possa fare della piscina o si possano applicare delle terapie con delle macchine, diventa estremamente difficoltoso per la paziente stessa, proprio perché lo stress dello spostamento causa più danni che benefici. 7. Vedi lettera allegata. 8. Voglio solo far notare che nel settembre 2007, le era stata accordata l'autorizzazione, da parte dell'assicurazione CO 1, di recarsi alla Clinica di _____. Purtroppo, questo periodo non era appropriato, a causa dell'insorgere di problematiche cardiologiche, evidentemente ben più gravi e ben più preoccupanti che hanno necessitato un ricovero, dapprima al _____ ed in seguito presso l'Ospedale _____. Una volta ristabilita la situazione cardiologica, è chiaro che a quel momento, la paziente era pronta per essere sottoposta ad una fisioterapia stazionaria, cosa che in seguito però, non è più stata accordata. Non ho mai capito perché la sua richiesta sia stata accordata nel settembre 2007 e non più nel giugno 2008.". Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito, la Cassa malati ha ribadito il rifiuto di assumersi i costi della degenza, dato che le summenzionate dichiarazioni " sono, palesemente, di natura soggettiva. " (doc. XIII). 9. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella

Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 10. Innanzitutto va evidenziato, come visto in precedenza (cfr. consid. 3), che la necessità di ospedalizzazione si realizza, di regola, da un lato se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale e, dall'altro, se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenti delle possibilità di successo. In concreto, va subito rilevato che l'interessata né ha fatto richiesta di cicli (intensivi) di fisioterapia ambulatoriale, né ha chiesto e beneficiato di trattamenti di fisioterapia a domicilio. Espressamente interpellato a questo proposito, il curante dr. med. _____ ha confermato di non avere prescritto durante il 2006 (recte : 2007) e il 2008 cicli di fisioterapia, adducendo motivi legati alle condizioni di salute della ricorrente (doc. XI risposta n. 6). Per queste ragioni, ed in virtù delle condizioni di salute dell'assicurata, egli ha unicamente postulato il ricovero stazionario riabilitativo per tre settimane. Questa soluzione non rispetta apparentemente i dettami dell'art. 32 LAMal secondo cui una prestazione deve essere efficace, appropriata ed economica per potere essere riconosciuta e

quindi rimborsata dalla Cassa malati. Questo Tribunale, il 16 giugno 2008 (inc. n. 36.2008.16), si è pronunciato nel caso di un'assicurata 90enne a cui l'assicuratore malattia aveva fornito la garanzia per cure ambulatoriali (anche a domicilio) per 4 cicli annuali di fisioterapia, mentre l'interessata si è limitata ad effettuare un solo ciclo di 9 sedute nel 2006 e due cicli nel 2007, sempre di 9 sedute, poiché ha optato per una riabilitazione stazionaria. Ancora prima della degenza, la Cassa malati aveva ribadito la necessità, prima di iniziare qualsiasi trattamento stazionario, di tentare una cura intensiva ambulante di fisioterapia (da 2 a 3 trattamenti settimanali) per almeno 3 cicli, ossia una cura intensiva di almeno 9-13 settimane consecutive. L'Amministrazione aveva spiegato che questo tipo di trattamento era maggiormente benefico, poiché un rinforzamento della struttura muscolare a lungo termine non poteva essere raggiunto in sole 3 settimane. Il TCA ha concluso che la circostanza, fondamentale, che la ricorrente aveva deciso di effettuare una degenza prima di aver esaurito le possibilità segnalate e garantite dall'assicuratore di far capo a cicli ravvicinati ed intensivi di fisioterapia ambulatoriale, anche a domicilio, ha comportato la conferma delle conclusioni del medico fiduciario della Cassa malati, il quale non riteneva che fossero date le condizioni per una presa a carico dei costi della degenza. In quel caso l'utilità del trattamento stazionario non era stata peraltro resa verosimile. 11. Occorre verificare se in concreto sia giustificata una soluzione diversa alla luce della particolarità del caso. Non va infatti dimenticato che nell'agosto 2007, quindi solo 9 mesi prima della domanda in esame di riabilitazione stazionaria (giugno 2008), l'assicurata è stata sottoposta ad un visita presso il dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa malati. Quella visita è stata predisposta dall'assicuratore nell'ambito di una richiesta (un'altra) di cura stazionaria di riabilitazione presso la Clinica di riabilitazione di _____. Essa faceva seguito ad un primo rifiuto di prestazioni opposto il 12 luglio 2007 da un altro medico di fiducia della Cassa malati, il dr. _____, per carenza di dati oggettivi non essendoci un potenziale di riabilitazione. Il 19 luglio 2007 il dr. med. _____ ha quindi formulato una nuova richiesta di prestazioni, che ha dato appunto luogo alla visita personale dell'assicurata per mano di un altro medico. Il dr. med. _____ ha esposto l'anamnesi, la malattia attuale, la situazione sociale, lo status, la diagnosi ed il proprio commento. L'assicurata lamentava stanchezza generale, difficoltà ed insicurezza alla deambulazione, dolori cervicali e lombari irradianti nella gamba sinistra fino alle dita del piede. Tante volte non riusciva nemmeno a mettersi le calze. Presentava dolori ai polsi ed epigastrici. La diagnosi posta era di sindrome lombo-spondilogeno su alterazioni statiche e degenerative: canale lombare stretto e stato dopo decompressione microchirurgica L3-L4 nel 2006; sindrome cervicale su alterazioni degenerative; stato dopo frattura dell'omero destro; artropatia dei polsi; cardiopatia ischemica-ipertensiva: stato dopo PTCA e posa di stent nel 2001, stato dopo impianto di tre by-pass aorto-coronari nel 2003; stenosi delle arterie carotidee; iperuricemia; ernia iatale e gastrite cronica. Nel commentare la situazione complessiva, il medico fiduciario ha affermato che l'indicazione per una presa a carico fisioterapica intensa, preferibilmente anche in piscina, era data con lo scopo di migliorare la sicurezza e la qualità della deambulazione e per intensificare la terapia antalgica conservando ed aumentando così il grado di autonomia. A favore di una cura stazionaria v'erano il grado di impedimento della deambulazione, la sindrome dolorosa importante e le numerose malattie concomitanti.

Un'indicazione relativa era pure la difficoltà d'accesso alla fisioterapia ambulatoriale in considerazione degli impedimenti dell'assicurata. Infine, il dr. _____ ha sottolineato che la paziente, rimasta delusa ed insoddisfatta del risultato dell'ultimo ciclo di fisioterapia eseguito nel 2006, non ha beneficiato di cure ambulatoriali nell'ultimo anno. Tuttavia, alla

luce dell'obiettività clinica, egli ha ritenuto che vi fosse l'indicazione per la cura stazionaria della durata di due settimane, esistendo un potenziale di riabilitazione. Riassumendo, le condizioni di salute della ricorrente erano tali che pure il medico fiduciario ha ammesso il ricovero riabilitativo. Conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5). In specie, quindi, il TCA si deve porre all'

E. 11

novembre 2008 (doc. A1), quando la Cassa malati ha emanato la decisione negativa su opposizione. Occorre dunque verificare lo stato di salute della ricorrente a quel momento.

12. Come visto, il referto del 10 ottobre 2008 (doc. A4) della Clinica _____, allestito dopo un ricovero di due settimane, ha evidenziato che la riesacerbazione del dolore a livello lombare con irradiazione incostante nella parte posteriore della gamba sinistra ha comportato l'esecuzione di un'infiltrazione, che ha ridotto parzialmente la sintomatologia. Tuttavia, vista la complessità della situazione e la persistenza dei sintomi, l'assicurata è stata indirizzata al Prof. dr. med. _____, il quale l'ha visitata il 6 novembre 2008 ed è giunto alla conclusione che per una migliore qualità di vita era necessario un intervento di estrazione del disco foraminale dell'ernia e di stabilizzazione delle vertebre. Anche il medico curante, nel suo rapporto del 31 luglio 2008 (doc. XIbis), ha osservato che i dolori lombari, irradianti ai due arti, impedivano l'assicurata nei movimenti. Alla luce di quanto precede, e soprattutto della situazione riscontrata nell'autunno 2008 dal primario di neurochirurgia della _____ di _____, d'avviso del TCA, le condizioni di salute della ricorrente vanno definite come peggiorate rispetto a quelle accertate quasi un anno prima con il referto del dr. med. _____. I problemi lombari sono a tal punto peggiorati che è stato addirittura proposto un intervento chirurgico per cercare di migliorare la qualità di vita dell'assicurata, cercando di ridarle un'autonomia per permetterle di continuare a vivere, da sola, a casa propria. Tutto ben considerato, il comportamento assunto dalla Cassa malati lascia comunque un po' perplessi. Va in particolare rilevato che il 20 agosto 2007 il dr. med. _____ ha visitato personalmente la ricorrente ed ha concluso che erano dati i presupposti per una riabilitazione stazionaria. Poi, un anno dopo, a fronte dei dettagliati certificati medici del dr. med. _____ del 18 giugno 2008 (doc. 12) e del 31 luglio 2008 (doc. XIbis), il dr. med. _____ avrebbe potuto – e dovuto – (ri)visitare l'interessata, soprattutto dopo che la stessa ne ha fatto esplicita richiesta (doc. 15). Egli, per contro, e così pure l'altro medico fiduciario interpellato dall'assicuratore (dr. med. _____), sono stati molto stringati nelle loro prese di posizione, limitandosi a crociare la casella secondo cui la riabilitazione poteva essere eseguita ambulatorialmente o in una casa di cura con assistenza medica. Ciò senza rapportarsi alla precedente valutazione del dott. _____. Stanti i referti dei curanti, la Cassa malati avrebbe potuto e dovuto prendere posizione in maniera più completa tramite i suoi medici di fiducia sulle condizioni di salute della ricorrente. Invece, né il dr. med. _____ né, soprattutto, il dr. med. _____, tra l'agosto 2008 e l'aprile 2009 si sono pronunciati sulla questione. Inoltre, malgrado ne abbiano avuta la possibilità (doc. XII), i citati medici di fiducia non si sono nemmeno pronunciati sulle risposte che il curante dr. med. _____ ha dato al Tribunale riguardo alle domande che gli sono state poste. Infine, le valutazioni del dr. med. _____, in particolare la circostanza che l'insorgente ha presentato una regressione parziale della sintomatologia dolorosa e che si è optato per un ricovero perché dei cicli di fisioterapia ambulatoriale non avevano portato ad alcun beneficio e perché i cicli di

fisioterapia ambulatoriali erano difficilmente praticabili per la paziente, sono supportati da dati clinici oggettivi, in particolare dal parere dei medici della Clinica _____. Circa la difficoltà nell'effettuare i cicli di fisioterapia ambulatoriali, va evidenziato che l'assicuratore non ha garantito all'assicurata, quale soluzione più appropriata ed economica, la presa a carico, se necessario, delle cure al domicilio della ricorrente. In queste circostanze, tutto ben considerato, appare evidente che le condizioni di salute della ricorrente sono rimaste stabili dall'agosto 2007 al novembre 2008. I medici curanti dr. med. _____, dr. med. _____ e _____, nonché Prof. dr. _____, hanno reso verosimile che vi sia stato un peggioramento nel corso del 2008, sfociato addirittura nell'indicazione di un intervento chirurgico. Alla luce delle considerazioni esposte, di fronte ai pareri dei medici curanti, molto più dettagliati e completi di quelli dei medici fiduciari intervenuti, questo Tribunale ritiene che essi siano completi, chiari ed attendibili. Di conseguenza, va ritenuto, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che nel novembre 2008 le condizioni di salute dell'interessata erano tali che v'era effettivamente la necessità di una riabilitazione stazionaria, essendo utile ed appropriata per migliorare lo stato di salute dell'assicurata. Pertanto, qualora si fosse presentata la necessità di un tale trattamento, le condizioni per una presa a carico dei relativi costi erano – allora e fino ad un cambiamento delle stesse - adempiute. Considerata la documentazione agli atti, la decisione della Cassa malati non può essere confermata e va quindi annullata. Il ricorso è accolto. Malgrado sia vincente in causa, poiché non è rappresentata da un patrocinatore, alla ricorrente non vanno attribuite ripetibili (art. 61 lett. g LPG).

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