

TI_GERICHTE 36.2014.26 vom 8. September 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-09-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.26

FR: TI_GERICHTE 36.2014.26 du 8 septembre 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2014.26 del 8 settembre 2014

Regeste

Rimborso dei costi derivanti da cure a domicilio (spitex). Assicuratore si rifiuta di versare parte delle prestazioni perché ritenute eccessive. Riassunto giurisprudenza. Necessità di un esame concreto della situazione di specie. Una valutazione astratta, come quella della Cassa, non è sufficiente

Erwägungen

E. 4

volte a settimana;

-igiene intima (serale), giornalmente

-rasatura (in combinazione con igiene completa o igiene parziale), giornalmente

-taglio unghie della mano, 2 volte al mese

-taglio unghie del piede, 1 volta al mese

-cura dei denti o della protesi dentaria, giornalmente

-aiuto nel vestirsi e svestirsi, giornalmente

Secondo l'assicuratore il fabbisogno corretto è il seguente:

-igiene intima e aiuto nello svestirsi la sera: 15 minuti per intervento, ossia 7 ore e mezzo al mese

-La sera l'insorgente che è descritto incontinente solo dall'agosto 2013, riceve anche una toilette intima e la persona che presta le cure lo aiuta a svestirsi: 15 minuti o 7h ½ al mese.

E. 30

aprile 2004 pubblicata in RAMI 4/2004, pag. 298 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito che nel sistema del terzo garante un assicuratore malattie può intentare, anche contro la volontà della persona assicurata, a nome di quest'ultima, un'azione legale presso il tribunale arbitrale nei confronti di un fornitore di prestazioni, poiché non compete alla persona privata decidere se i fornitori di prestazioni hanno rispettato le disposizioni legali in materia di tariffe, nei casi in cui sia controverso se la fatturazione sia avvenuta secondo le prescrizioni vincolanti del diritto pubblico. In una sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010 (cfr. anche K 129/06 del 29 giugno 2007), il Tribunale federale, in un caso relativo all'applicazione di una posizione del TarMed, ha stabilito che competente per decidere nel merito della vertenza è il Tribunale arbitrale e non il Tribunale delle assicurazioni. In quel caso l'Alta Corte è stata chiamata a statuire su un ricorso dell'assicuratore che contestava una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Zurigo, il quale,

entrando nel merito dell'impugnativa, aveva esaminato se la Cassa malati doveva assumersi tutte le posizioni figuranti nella nota d'onorario di un medico. Dai fatti emerge che l'assicurata si era sottoposta ad una visita presso uno specialista FMH in ortopedia. L'assicuratore, dopo aver esaminato nel dettaglio la nota d'onorario, aveva negato all'interessata il rimborso dell'importo complessivo di fr. 1'293.45, riconoscendole unicamente fr. 523.85. La Cassa aveva evidenziato la non conformità della nota d'onorario con il tariffario vigente, rilevando di aver già informato in passato lo specialista circa il fatto che il suo studio medico non emetteva onorari corretti. Dopo essersi rivolta invano all'Ombudsman delle assicurazioni sociali e sentendosi abbandonata, l'assicurata ha chiesto alla Cassa l'emanazione di una decisione formale. L'assicuratore ha emesso la decisione richiesta, spiegando che potevano essere riconosciute solo le posizioni TarMed per un totale di fr. 523.85 in luogo dei fr. 1'293.45 fatturati. Il ricorso contro la successiva decisione su opposizione è stato parzialmente accolto dal Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo il quale ha condannato l'assicuratore a versare un importo supplementare di fr. 266.50. Il TF, adito dall'assicuratore, ha annullato la pronunzia cantonale e la decisione impugnata ed ha imposto alla Cassa di rappresentare l'assicurata innanzi al Tribunale arbitrale nella controversia contro il medico specialista. La causa in esame non si apparta tuttavia a quella appena citata, bensì a quella giudicata dal TF con sentenza 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012. Dai fatti emerge che la persona assicurata, nata nel 1925, era affiliata presso CO 1, parte qui in causa a cui quella sentenza è pertanto nota. Il 21/22 dicembre 2010 l'organizzazione spitex _____ ha chiesto ad CO 1 l'assunzione delle prestazioni, fino ad allora rimborsate, per il periodo dal 1° dicembre 2010 al

E. 31

maggio 2011 (per un totale di 106 ore e 56 minuti "pro Quartal"). Il 4 marzo 2011 CO 1 ha deciso di riconoscere unicamente 72 ore. L'interessato ha inoltrato opposizione. Il 10/17 maggio 2011 l'organizzazione spitex ha inoltrato una richiesta per il periodo dal 1° giugno 2011 al 30 novembre 2011 (96 ore e 13 minuti "pro Quartal"). Anche in questo caso l'assicuratore ha ridotto le ore riconosciute analogamente a quanto stabilito in precedenza e con decisione su opposizione del 29 giugno 2011 ha respinto le censure dell'assicurato. Il Tribunale cantonale amministrativo del Canton _____ ha accolto il ricorso dell'assicurato, riconoscendo prestazioni per 201 ore per il periodo dal 1° dicembre 2010 al 31 maggio 2011, rispettivamente di 192,26 ore dal 1° giugno al 30 novembre 2011. Il ricorso di CO 1 è stato parzialmente accolto dal TF, nel senso che l'obbligo prestativo è stato riconosciuto nella misura di 195 ore per il primo periodo e 186,26 per il periodo dal 1° giugno al 30 novembre 2011 (recte: 2011). L'Alta Corte è entrata nel merito del ricorso senza sollevare alcun dubbio circa la competenza del Tribunale amministrativo del Canton _____ a decidere nel merito della causa. Vanno qui anche segnalate le sentenze, analoghe, 9C_702/2010 del 21 dicembre 2010 e 9C_528/2012 del 20 giugno 2013. Nel primo caso il TF è entrato nel merito del ricorso presentato da un assicuratore contro una sentenza emessa dal Tribunale amministrativo del Canton _____ che ha parzialmente accolto il ricorso di un assicurato che contestava la riduzione dell'ammontare del monte ore riconosciuto dalla cassa e che si era fondato anche su una perizia emessa in applicazione dello strumento RAI-HC (cfr. consid. 4.2.3), di cui si dirà in seguito. Il secondo caso è invece simile a quello giudicato con sentenza 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012. L'assicurato, nato nel 1925, era assicurato presso _____ e beneficiava da tempo delle prestazioni spitex. Con decisioni del 4 agosto 2011, confermata dalla decisione su opposizione del 31 ottobre 2011 l'assicuratore ha ridotto da 128.7 ore "pro Quartal" a 65

ore le spese riconosciute. Il Tribunale amministrativo del Canton _____ ha parzialmente accolto il ricorso dell'assicurato, riconoscendo 123.55 ore. Il TF ha parzialmente accolto il ricorso, condannando _____ a pagare prestazioni spitex per 86,7 ore. Anche in questo caso la competenza del Tribunale amministrativo non è stata messa in discussione. Ne segue che questo Tribunale non ha alcun motivo per non entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.3. Ai sensi dell'art. 24 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Le prestazioni comprendono tra l'altro gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (art. 25 cpv. 2 lett. a cifra 3). Per l'art. 25a cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatoriamente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura. Ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal i costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari. Secondo l'art. 25a cpv. 3 LAMal il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno. Giusta l'art. 25a cpv. 4 LAMal il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità. A norma dell'art. 25a cpv. 5 LAMal i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. Ai sensi dell'art. 33 lett. b OAMal sentita la commissione competente il dipartimento designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 25 a capoversi 1 e 2 della legge, non dispensate dai medici o dai chiropratici. Per l'art. 51 OAMal le organizzazioni che dispensano cure e aiuto a domicilio sono autorizzate se sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano (lett. a), hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti (lett. b), dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività (lett. c), dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività (lett. d), partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire nell'ambito del loro campo d'attività l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate (lett. e). Le prestazioni vengono descritte negli art. 7 e seguenti dell'OPre. Dal 1° gennaio 1998 non esiste più alcun limite temporale per le prestazioni di cura; le tariffe vengono stabilite in funzione delle modalità delle cure e delle sue difficoltà (cfr. sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 2). Sempre dal 1° gennaio 1998, nell'art. 8a OPre è stata inserita una norma relativa alla procedura di controllo e di conciliazione nell'ambito delle cure a domicilio (cfr. sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 2). Per l'art. 7 OPre: " 1 Sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8, previa prescrizione o

mandato medico: a. da infermieri (art. 49 OAMal); b. da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal); c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994 sull'assicurazione malattie; LAMal).

2 Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1: a. valutazione, consigli e coordinamento: 1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente, 2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari, 3. coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili; b. esami e cure: 1. controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso), 2. test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina, 3. prelievo di materiale per esame di laboratorio, 4. provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione), 5. posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispondenti, 6. cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale, 7. preparazione e somministrazione di medicinali nonché documentazione delle attività associate, 8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive, 9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico, 10. lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici, 11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza, 12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango, 13. assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti, 14. sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri; c. cure di base: 1. cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilitazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo, 2. provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza.

2bis Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni: a. le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a numero 3 devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'attività pratica di due anni in collaborazione interdisciplinare e reti di gestione dei pazienti; b. la valutazione se occorre attuare i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere b numeri 13 e 14 e c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria.

2ter Le prestazioni possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte.

3 Sono considerate prestazioni delle cure acute e

transitorie ai sensi dell'articolo 25 a capoverso 2 LAMal le prestazioni previste al capoverso 2, effettuate da persone e istituti di cui al capoverso 1 lettere a-c secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8 dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale." Ai sensi dell'art. 7a OPre: " Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b, l'assicurazione versa, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti: a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 79.80 franchi all'ora; b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 65.40 franchi all'ora; c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: 54.60 franchi all'ora. 2 Il rimborso dei contributi di cui al capoverso 1 è calcolato per unità di tempo di 5 minuti. Il rimborso minimo è di 10 minuti. 3 Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c, l'assicurazione versa, al giorno e per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti: a. per bisogni di cure fino a 20 minuti: 9.00 franchi; b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti: 18.00 franchi; c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti: 27.00 franchi; d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti: 36.00 franchi; e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti: 45.00 franchi; f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: 54.00 franchi; g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: 63.00 franchi; h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: 72.00 franchi; i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti: 81.00 franchi; j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti: 90.00 franchi; k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti: 99.00 franchi; l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: 108.00 franchi. 4 Nel caso delle strutture diurne o notturne di cui all'articolo 7 capoverso 2 ter, l'assicurazione versa per ogni giorno o per ogni notte, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi previsti al capoverso 3." Secondo l'art. 7b OPre: " Il Cantone di domicilio e gli assicuratori assumono i costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie in funzione della loro quotaparte rispettiva. Il Cantone di domicilio fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento. 2 Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente al fornitore di prestazioni. Le modalità vengono concordate tra il fornitore di prestazioni e il Cantone di domicilio. L'assicuratore e il Cantone di domicilio possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quote parti al fornitore di prestazioni. La fatturazione tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42 LAMal." Per l'art. 8 OPre: " La prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio vanno definiti in base alla valutazione dei bisogni e del piano comune dei provvedimenti necessari. 2 La valutazione dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui vive, delle cure e dell'assistenza necessarie. 3 La valutazione dei bisogni si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario. Deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto. Le parti alla convenzione tariffale approntano un formulario uniforme. 3bis La valutazione dei bisogni per le cure acute e transitorie si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme. 4 La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure (art. 9 cpv. 2). Il bisogno di cure stabilito dal medico equivale a una prescrizione o a un mandato medico. 5 L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati i dati della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2. 6 La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare: a. tre mesi, per pazienti affetti da una malattia acuta; b. sei mesi, per pazienti lungodegenti; c. due settimane, per pazienti che necessitano di cure acute e transitorie. 6bis Per le persone che

ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati. 7 Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 6 lettere a e b possono essere rinnovati.” Secondo l'art. 8 OPre: " I fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b e gli assicuratori convengono una procedura di controllo e di conciliazione comune in caso di cura ambulatoriale. 2 In assenza di convenzione tariffale, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la procedura di cui al capoverso 1. 3 La procedura serve alla verifica della valutazione dei bisogni e al controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni. Le prescrizioni o i mandati medici possono essere verificati dal medico di fiducia (art. 57 LAMal 2) se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio.” 2.4. Oggetto del contendere è l'assunzione dei costi delle prestazioni spitex dal 1° settembre 2012 al 31 dicembre 2013 ai sensi dell'art. 25a LAMal (cfr. anche sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013). 2.5. Nel caso di specie l'assicurato è affetto da demenza di grado lieve a moderato con importanti tratti frontali su base vascolare su stato dopo esteso ictus ischemico frontale verosimilmente cardioembolico su flutter atriale e disturbi comportamentali e disesecutivi moderati, grave anemia ferripriva recidivante su stitico gastro-intestinale (necessità di ripetute trasfusioni e di sostituzione parziale e.v. per intolleranza a sostituzione perorale, verosimilmente nell'ambito di angiopatie recidivanti, stato dopo ripetuto trattamento con Argon-plasma, stato dopo resezione di plurimi adenomi del colon), disturbi della marcia di origine prevalentemente cerebrovascolare con discreta atassia emicorpo sinistra, possibile componente su declino cognitivo, iniziale polineuropatia diabetica, balanite recidivante con tendenza a cronicizzazione su lichen sclerotico con intercorrenti infetti urinari e incontinenza urinaria, fimosi serrata con stato dopo operazione di circoncisione 8.2013, cardiopatia valvolare ipertensiva con stenoinufficienza aortica moderata, flutter intermittente, non anticoagulato per emorragie gastrointestinali recidivanti, diabete mellito tipo II non-insulino-dipendente su sindrome metabolica (pregresso sovrappeso, poi importante calo ponderale di origine farmacologica, ipercolesterolemia trattata), ipertensione arteriosa, stato da resezione del retto per adenocarcinoma (1997, esiti di chemioterapia; doc. D). 2.6. In concreto il ricorrente chiede l'assunzione delle seguenti prestazioni eseguite da _____: - dal 1° settembre al 30 settembre 2012: 37.60 ore al mese (doc. 38: 0.40 ore di consigli e istruzione, 2.90 ore di esami e cure, 34.30 ore di cure di base); - dal 1° ottobre al 31 dicembre 2012: 112.80 ore al trimestre (doc. 37: 1.20 ore di consigli e istruzione, 8.70 ore di esami e cure, 102.90 ore di cure di base); - dal 1° gennaio al 31 marzo 2013: 112.80 ore al trimestre (doc. 29: 1.20 ore di consigli e istruzione, 8.70 ore di esami e cure, 102.90 ore di cure di base); - dal 1° aprile al 30 giugno 2013: 121.80 ore al trimestre (doc. 24: 1.20 ore di consigli e istruzione, 17.70 ore di esami e cure, 102.90 ore di cure di base); - dal 1° luglio al 30 settembre 2013: 121.80 ore al trimestre (doc. 14: 1.20 ore di consigli e istruzione, 17.70 ore di esami e cure, 102.90 di cure di base); - dal 1° ottobre al 31 dicembre 2013: 122.40 ore al trimestre (doc. 10: 1.80 ore di consigli e istruzione, 17.70 ore di esami e cure, 102.90 ore di cure di base). L'assicuratore, con la decisione impugnata, riconosce 1 ora al semestre per consigli e istruzione (ossia 10 minuti ogni mese), 5 ore e ¼ al mese per esami e cure e 22

ore e mezzo al mese per le cure di base (doc. B). 2.7. Rientra nel potere di apprezzamento dell'associazione Spitex e del medico che ha ordinato l'intervento, determinare quali misure sono adeguate in termini di tempo, di forma e di contenuto (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, sentenza K 156/04 del 21 giugno 2006, consid. 4.1.2). Questa valutazione dei bisogni di cura è di norma determinante per la presa a carico delle prestazioni da parte dell'assicuratore malattie e può essere esaminata unicamente alla luce dell'elenco esaustivo contenuto negli art. da 7 a 7bis OPre (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4). Nella valutazione del bisogno concreto dell'assicurato, le persone competenti beneficiano di un certo margine di apprezzamento dal quale ci si può scostare solo con riserbo se il prescrittente è il medico di famiglia della persona assicurata, che conosce nel dettaglio lo stato di salute del proprio paziente (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, sentenza 9C_597/2007 del 19 dicembre 2007, consid. 5.2, sentenza K 161/00 del 25 maggio 2001, consid. 4b). Inoltre, vale la presunzione secondo la quale le prestazioni mediche ordinate ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal sono efficaci, appropriate ed economiche (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, DTF 129 V 167 consid. 4). Il catalogo Resident Assessment Instrument-Home-Care (di seguito: RAI-HC; cfr. www.qsys.ch o www.rai.ch [cfr. sentenza 9C_582/2012 consid. 3.2]), che non ha un carattere normativo e non è vincolante per il Giudice, può comunque essere preso in considerazione se permette un'interpretazione adatta delle norme legislative applicabili al singolo caso di specie (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, sentenza 9C_702/2010 del 21 dicembre 2010, consid. 4.2.3). Il catalogo RAI-HC aiuta i professionisti dell'assistenza e della cura a domicilio a valutare in modo differenziato i bisogni e le risorse dell'utente e, con le informazioni raccolte, a pianificare l'intervento e il piano di cura in modo mirato. L'uso di questo strumento aumenta la qualità delle cure e garantisce un miglioramento sistematico della promozione della qualità (doc. XXI/2). Il MDS-HC è lo strumento standardizzato per la valutazione dei bisogni delle persone che necessitano di assistenza e cure a domicilio. Con il suo utilizzo si possono rilevare le risorse di cui l'utente dispone al momento e quali limiti si presentano nel campo della salute, delle attività, nelle funzioni della gestione della vita quotidiana e nella rete sociale. L'elenco delle prestazioni permette di documentare e quantificare il volume delle prestazioni previste. Esse permettono di allestire un piano di cura e di assistenza concreto. Un ulteriore obiettivo è di poter descrivere in modo standardizzato il fabbisogno individuale (doc. XXI/2). Nell'estratto del manuale RAI-HC e definizione dei codici non fatturabili utilizzati presso ABAD figura inoltre che " i tempi standard per ogni prestazione sono indicati in minuti. Si tratta di valori indicativi, il cui obiettivo è quello di consentire alla persona che valuta i bisogni di poter determinare in anticipo il tempo necessario per la prestazione da fornire. Se secondo la collaboratrice _____ i valori temporali indicativi non corrispondono al tempo atteso, si dovrà procedere a una riconsiderazione (...) L'adeguamento dei valori indicativi alla situazione reale è quindi consentito; deve però essere motivato " (doc. XXI/2). A proposito dell'applicazione del catalogo RAI-HC, con sentenza 8C_1037/2012 del 12 luglio 2013, in ambito di assicurazione contro gli infortuni, il TF ha rilevato che: " 5.2.1. Das Bundesgericht hat in zwei das Krankenversicherungsrecht betreffenden Urteilen entschieden, beim Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex, RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Homecare, einsehbar unter www.qsys.ch oder www.rai.ch) handle es sich um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie seien für das Gericht nicht verbindlich. Es könne sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und

gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zuliessen (136 V 172 E. 4.3.3 S. 178; 124 V 351 E. 2e S. 354; Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 4.2.3). (...) 5.2.3. Soweit die Vorinstanz argumentiert, die Methode RAI-HC basiere auf Standardzeiten, wogegen der Pflegeaufwand im Einzelfall individuell zu bestimmen sei, überzeugt dies nicht. Denn auch wenn der ausgewiesene Pflegebedarf massgebend ist, bezieht sich dies gerade im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips (Art. 54 UVG) nicht ohne Weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses (vgl. Urteil 2C_333/2012 vom 5. November 2012 E. 5.6). Denn eine Pflegeperson, die geschickt und routiniert arbeitet, unterbietet diese Standardzeiten, während eine etwas langsamer arbeitende oder lernende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht." Nella citata sentenza 2C_333/2012 del 5 novembre 2012 al consid. 5.6, il TF ha affermato: " 5.6 Als genereller Grundsatz gilt im ganzen Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG). Es ist einzuräumen, dass die vom Regierungsrat offenbar befolgte Methode, die tiefsten Minutenwerte einfach an die höchsten anzugleichen, methodisch fragwürdig ist. Umgekehrt legen aber auch die Beschwerdeführer nicht hinreichend substantiiert dar, inwiefern das Wirtschaftlichkeitsprinzip verletzt sein soll. Insbesondere überzeugt ihre Kritik nicht, die Methode RAI/RUG basiere auf Normzeiten und nicht auf effektiv erbrachten Leistungen; denn indem das Gesetz den ausgewiesenen Bedarf als massgebend erklärt (Art. 25a Abs. 1 KVG), bezieht es sich gerade im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips nicht ohne weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses." Va infine nuovamente segnalata (cfr. consid. 2.2) la sentenza 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012 relativa alla contestazione, da parte dell'assicuratore CO 1, del pagamento di prestazioni Spitex nel Canton _____: " (...) Die Vorinstanz erwog, der Zeitbedarf für Massnahmen der Grundpflege sei von einer Fachperson in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen resultierenden Beeinträchtigungen und Behinderungen detailliert abgeklärt worden. Der geltend gemachte Zeitaufwand sei - mit Ausnahme der unbestritten falschen Doppelberücksichtigung von täglicher Teil- und wöchentlicher Ganzkörperwäsche - schlüssig und nachvollziehbar, weshalb für das Gericht kein Anlass bestehe, in das Ermessen der Leistungserbringerin einzugreifen. Die generellen und offensichtlich ohne hinreichende Kenntnis der konkreten Pflegesituation abgegebenen Einwände des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherung vermöchten daran nichts zu ändern. Was den für die Medikamentenverabreichung benötigten Zeitaufwand betreffe, erklärten die Gedächtnisprobleme der Versicherten sowie die notwendige "Überzeugungsarbeit" den veranschlagten Zeitaufwand von 10 Minuten täglich (für das orale Verabreichen) sowie von 10 Minuten wöchentlich (für das Richten der Medikamente) ohne Weiteres. Zwischen 1. Dezember 2010 und 31. Mai 2011 sei somit ein Zeitaufwand von insgesamt 100,5 Stunden pro Quartal ausgewiesen (3 Stunden für Massnahmen der Abklärung und Beratung; 30 Stunden für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung; 67,5 Stunden für Massnahmen der Grundpflege). Für den Zeitraum 1. Juni bis 30. November 2011 sei ebenfalls auf den durch die Pflegefachperson ermittelten und ärztlich bestätigten Aufwand (insgesamt 96,13 Stunden pro Quartal) abzustellen. Die Versicherte mache zwar einen höheren Aufwand geltend, indes fehle eine entsprechende Begründung und es fände sich auch in den Akten nichts, was auf solchen Mehraufwand hindeute. 3.2 Die Beschwerde führende Versicherung rügt zunächst, das kantonale Gericht habe den Sachverhalt

willkürlich festgestellt, sowohl was die Grundpflege betreffe als auch bezüglich der Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung stelle auf das Ermessen der Leistungserbringerin ab und setze deren Rolle gleich mit den Abklärungen der - rechtsstaatlichen Grundsätzen und gesetzlichen Vorgaben verpflichteten - Fachpersonen der Invalidenversicherung. Eine Gleichstellung verbiete sich aber, weil die Spitex als Leistungserbringerin ein wirtschaftliches Interesse habe, möglichst viele Leistungen zulasten der Sozialversicherung zu erbringen. Der angefochtene Entscheid verstosse gegen Bundesrecht (Art. 56 KVG i.V.m. Art. 8a Abs. 3 KLV und Art. 57 KVG), da die Prüfung durch den Vertrauensarzt ausser Acht gelassen bzw. dessen Rolle verkannt und das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt werde. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung habe ergeben, dass unter dem Titel der Grundpflege 17 ½ Stunden angebracht seien (gegenüber 24,52 Stunden, welche die Vorinstanz zugesprochen habe).

4. 4.1 Der Ansicht der Beschwerdeführerin, die Leistungserbringerin hätte ein eigenes Interesse, (zu) viele Leistungen zu erbringen, kann grundsätzlich nicht gefolgt werden. Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung des Spitex-Vereins und des für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztes (Urteil K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.1.2). Diese Bedarfsabklärung ist in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der Krankenversicherung und nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss Art. 7 bis 7b KLV überprüfbar. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchen namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich beim Leistungen anordnenden Arzt um den Hausarzt der versicherten Person handelt, der jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde ist (Urteile 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 5.2 und K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4b). Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (BGE 129 V 167 E. 4 S. 174). Demgegenüber sieht Art. 8a Abs. 3 KLV zwar vor, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen überprüfen können, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden (E. 2 hievore); indes kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der Einschätzung des Vertrauensarztes generell Vorrang zu kommt. Die vertrauensärztliche Einschätzung ist in der Regel nicht geeignet, die Anordnung des mit den gesundheitlichen Verhältnissen der versicherten Person vertrauten (Haus-) Arztes in Frage zu stellen, wenn sie ohne vorgängige persönliche Begutachtung erfolgte und lediglich auf Erfahrungswerten beruht (vgl. Urteil K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4b), wie dies auf die vom Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin (Dr. med. K. _____, Innere Medizin FMH) geprüften Stellungnahmen der Pflegefachfrau W. _____ vom 23. Februar sowie vom 21. und 22. Juni 2011 zutrifft. Wenn die Vorinstanz den - mit Ausnahme des offensichtlichen Fehlers bezüglich der Überschneidung von wöchentlicher Ganzkörper- und täglicher Teilkörperpflege - nachvollziehbar begründeten und auf Abklärungen an Ort und Stelle beruhenden und hausärztlich bestätigten Bedarfsmeldungen der Spitex höheren Beweiswert zumass als den Aktenbeurteilungen des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdeführerin, ist dies nicht Bundesrechtswidrig (E. 1).

4.2 Das Abstellen auf die Bedarfsabklärung der Spitex und die Anordnungen des Hausarztes verletzt insbesondere auch hinsichtlich der beschwerdeweise gerügten Punkte der Medikamenteneinnahme (10 Minuten täglich bzw. 15 Stunden pro Quartal) und der Wundpflege (Behandlung des offenen Beins [ulcus cruris])

von dreimal wöchentlich 20 Minuten bzw. 15 Stunden pro Quartal) Bundesrecht nicht. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach das Schlucken eines Medikamentes nicht länger als "einen Bruchteil einer Minute" beanspruche und die Wundbehandlung auf vier Stunden monatlich zu kürzen sei, vermögen zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Namentlich kann daraus nichts abgeleitet werden, dass das Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex (RAI; Resident Assessment Instrument) nach Darstellung der Beschwerdeführerin für die Medikamentenabgabe in Heimen lediglich sechs Minuten veranschlagt. Dabei handelt es sich nur um eine aufgrund von Erhebungen errechnete Durchschnittszahl bzw. um eine für die Gerichte unverbindliche Empfehlung ohne normativen Charakter. Diese kann bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulässt (Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 4.2.3 mit Hinweisen auf BGE 136 V 172 E. 4.3.3 S. 177 und 124 V 351 E. 2e S. 354). So verhält es sich hier aber nicht, zumal in der hausärztlich bestätigten Bedarfsabklärung der Spitex nachvollziehbar begründet wird, weshalb für die Medikamentenabgabe zehn Minuten benötigt werden. (...)" 2.8. Nel caso di specie l'assicuratore sostiene in primo luogo che la documentazione relativa alle cure rese necessarie dallo stato di salute del ricorrente non sarebbe stata tenuta " in modo professionale " e che _____ non avrebbe fornito quanto richiesto. Le affermazioni della Cassa non trovano conforto negli atti prodotti innanzi al TCA. Oltre alle richieste di garanzia intitolate " valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio " (cfr. ad esempio doc. G), dove, trimestralmente, _____ ed il medico curante (dapprima la dr.ssa med. _____, poi il dr. med. _____ ed infine il dr. med. _____) hanno indicato, in generale, il preventivato fabbisogno di cure ai sensi dell'art 7 OPre, già nel corso del mese di novembre 2012 è stato allestito un piano d'intervento dettagliato con l'elenco delle prestazioni (cfr. allegato al doc. 33), sia quelle già effettuate, sia quelle da effettuare (cfr. allegato al doc. 33). Il 1° febbraio 2013 è poi stato inoltrato un ulteriore elenco delle prestazioni eseguite, nonché un rapporto infermieristico redatto da un'allieva infermiera ed approvato da un'infermiera specialista in geriatria e dall'allora direttore sanitario e capo équipe (doc. 27). Nella documentazione trasmessa il 13 novembre 2012 all'assicuratore (cfr. allegati doc. 33) figurano le misure elencate nell'art. 7 cpv. 2 OPre (valutazioni, consigli e coordinamento, esami e cure e cure di base) e viene indicato con precisione quando vengono fornite. E' stato pure presentato un dettagliato piano d'intervento, motivato ed approfondito, in cui sono descritte le patologie di cui è affetto l'assicurato, l'obiettivo da raggiungere, le prestazioni da effettuare e la valutazione (doc. 33). Nel caso dell'insorgente sono stati descritti 6 tipi di problemi. Per quanto concerne, ad esempio, la patologia principale, ossia lo stato cognitivo e l'inefficace autogestione della salute correlata a deficit cognitivi secondari ad inizio di demenza senile manifestata con la richiesta di aiuto da parte dei famigliari, l'obiettivo consiste nel mantenimento del medesimo stato a lungo termine, mentre le prestazioni per raggiungere l'obbiettivo si fondano su una prima valutazione, su una nuova valutazione, su una pianificazione delle cure, sulla determinazione del bisogno di cure e sul consulto medico/SACD. Circa il secondo problema, ossia l'incontinenza urinaria, l'incapacità di prendersi cura della propria igiene personale correlata a deficit cognitivi secondari a patologia senile, correlata a mancanza di motivazione e manifestata con necessità di aiuto per tutte le attività di igiene sia parziale che completa, l'obiettivo consiste nel mantenimento a lungo termine del medesimo stato di salute tramite le seguenti azioni: sostenere l'utente

durante la doccia, mantenere le risorse residue dell'utente rendendolo partecipe durante le attività di igiene. Quali prestazioni sono state previste: l'igiene completa in bagno o doccia, l'igiene parziale al lavandino, l'igiene intima, la rasatura, il taglio unghie della mano, il taglio unghie del piede, la cura dei denti o della protesi e l'aiuto nel vestirsi e svestirsi. Nella documentazione sono descritti, con le medesime modalità, gli ulteriori problemi che toccano l'assicurato e le misure da intraprendere. _____ ha inoltre trasmesso l'elenco preciso delle prestazioni effettuate nel mese di settembre 2012 (doc. 33/4) e, il 1° febbraio 2013, oltre al dettaglio di quanto eseguito nei mesi da settembre a ottobre 2012, con l'elenco delle misure adottate e delle persone che sono intervenute e l'indicazione del tempo di lavoro, ha prodotto una relazione infermieristica particolareggiata relativa al ricorrente (doc. 27). In sede di udienza _____, direttrice sanitaria di _____, ha prodotto ulteriore documentazione, e meglio la MDS-HC dove figurano valutazioni ancora più dettagliate inerenti l'insorgente, con i relativi piani d'intervento, per il periodo dal 13 maggio 2012 (doc. XXI/5) e le nuove valutazioni intervenute il 9 settembre 2012 (doc. XXI/4), il 27 febbraio 2013 (doc. XXI/6), il 17 settembre 2013 (doc. XXI/7) ed il 30 dicembre 2013 (doc. XXI/8). La teste ha inoltre affermato: " Preciso che la nostra attività nell'ambito delle cure a domicilio parte dalla esigenza manifestata o dall'ospedale o dal medico curante, risp. dai famigliari, ed inizia con un contatto diretto e valutazione personale svolta da un'infermiera diplomata. (...) In queste valutazioni noi siamo estremamente specifici e dettagliati come appare dalla documentazione che produco ed analizziamo sia i motivi che ci spingono alla valutazione, verificiamo lo stato cognitivo, la capacità di comunicazione ossia la sfera uditiva, la vista, l'esame comprende poi umore e comportamento ed il benessere psico-sociale. Verifichiamo poi il sostegno informale. Analizziamo quindi le capacità funzionali e procediamo quindi ad una vera e propria "fotografia" dello stato bio psicosociale dell'utente. Agli atti produco 5 documenti di questa natura riferiti a RI 1 si tratta di documenti allestiti su moduli ufficiali interrai della Spitex Verband Svizzera. A seguito di questo documento viene allestito un piano d'intervento in cui vengono individuati i problemi, gli obiettivi, le prestazioni e le valutazioni, viene quindi allestito il piano di cura che si traduce poi nella quantificazione di prestazioni come alla tabella relativa al paziente che produco agli atti. Più specificatamente il piano d'intervento comprendente l'elenco delle prestazioni e viene allestito in una forma pro-definitiva al momento della luce del caso (il medico ci dice ad esempio quali sono le esigenze e noi le concretizziamo) quindi vi è il contatto diretto con l'utente, l'allestimento del modulo di valutazione e successivamente l'eventuale correzione del piano d'intervento laddove è necessario. Molto spesso ciò non si rivela neppure necessario perchè il contatto con l'utente ci conferma le esigenze annunciateci. Il modulo di valutazione viene ripetuto nel tempo con cadenza periodica di 6 mesi a meno che vi sia un cambiamento significativo delle condizioni di salute ciò che noi riteniamo quando le ore necessarie aumentino o diminuiscano di 4 mensili o del 25%. Nel caso del sig. RI 1, come sempre avviene, la pianificazione viene trasmessa all'ufficio del medico cantonale. Per meglio dire il medico cantonale ha accesso diretto ai nostri dati e può verificarli in tutta autonomia formulando il suo preavviso che non è obbligatorio ma viene da noi ritenuto vincolante. Va detto che in ultimo la responsabilità è del medico curante. Il medico cantonale opera queste sue verifiche quando le ore previste siano più di 20 al mese. Preciso meglio che con l'inizio di quest'anno la situazione è stata modificata e non vengono controllate solo le situazioni che implicano più di 20 ore mensili, ma vengono verificate a campionario le prestazioni richieste. Preciso che non ho mai avuto da quando sono capo del servizio sanitario di

_____ nessuna presenza di infermieri inviati delle Casse malati per la verifica del nostro operare.” Va ancora evidenziato che agli atti sono state prodotte anche le prese di posizione della dr.ssa med. _____, medico caposervizio Vigilanza e qualità dell’Ufficio del medico cantonale, che ha esaminato la documentazione relativa al ricorrente ed ha confermato la previsione di _____ circa il fabbisogno di cura dell’interessato, per un monte ore superiore a quello poi sottoposto all’assicuratore (cfr. doc. U, V, Z). Va segnalato che nel corso del mese di marzo 2010 un altro assicuratore malattie, _____, ha effettuato una valutazione dell’attività svolta da _____, giungendo alla conclusione che la documentazione è completa e tenuta correttamente (cfr. allegato 8 al doc. AD). Infine, vanno riportate le parole di _____, direttore responsabile della _____, che in sede di udienza ha, tra l’altro, affermato: " (...)

_____ lavora con tutti gli assicuratori o meglio presta i suoi servizi a persone assicurate presso tutti gli assicuratori LAMal riconosciuti e problemi non ve ne sono mai stati. È capitato in alcune circostanze che dovessero essere chiarite con l'assicuratore l'entità delle prestazioni fornite o la loro natura, ma le cose si sono sempre risolte senza seguito particolare. Addirittura al mio livello di direzione praticamente non sono mai arrivati temi di questa natura. Contestazioni sostanziali non ve ne sono mai state, vi sono state piuttosto delle richieste di spiegazioni. Preciso subito invece che a partire dal 2012 sono iniziate una serie di difficoltà unicamente con l'assicuratore CO 1. Ho verificato e prelevato i dati statistici e ho evidenziato che addirittura il 40% dei casi per i quali l'assicuratore è CO 1 hanno dato spunto a contestazioni. Sui 52 assicurati CO 1 che beneficiano prestazioni _____, dal 2012 ad oggi, 20 sono stati contestati. Come ho detto non vi sono invece contestazioni con altri assicuratori, aggiungo addirittura che in 3 casi di persone che beneficiano di nostre cure sono passati da CO 1 ad altri assicuratori e, mentre con CO 1 vi erano contestazioni in essere, gli altri assicuratori hanno invece sempre considerato corretto il nostro intervento e lo hanno onorato. Mi è noto che CO 1 imputa questa differenza ad un loro miglior lavoro ed una maggiore attenzione ma così non è. Per questa contestazione generale con l'assicuratore abbiamo avuto l'occasione di incontrarci con i resp. di CO 1 alla presenza dell'avv. RA 2 a _____ presente la sig.ra _____ e sig.ra _____. La sig.ra _____ è la responsabile che approva sostanzialmente le prestazioni eseguite ed abbiamo potuto rilevare come la sig.ra abbia una comprensione della lingua italiana insufficiente a sostenere un colloquio. Non comprendeva la portata adeguatamente dei documenti, riteneva che quanto noi abbiamo prodotto in occasione a quel nostro incontro fossero proiezioni di spese ma si trattavano in realtà di prestazioni già poste in atto. So perché ho contatto con i colleghi degli altri SACD che CO 1 ha assunto un atteggiamento analogo anche con la struttura attiva nelle Tre Valli, quella del _____, un po' meno invece con riferimento al _____ e con lo _____. Mi è noto che questo avviene ossia questo ostracismo non solo a livello ticinese ma anche al di fuori di confini cantonali e pure in altri settori non solo in quello riferito alle cure a domicilio. Voglio precisare che il piano di cure in uno con le certificazioni mediche sono accessibile a livello informatico all'ufficio del medico cantonale dove la dr.ssa _____, rispettivamente il medico cantonale e l'infermiere cantonale verificano la documentazione di cura (il piano delle cure, MDS, catalogo delle prestazioni) la sua conformità alle nostre indicazioni e formulano un parere all'indirizzo del medico che non è in sé vincolante ma è recepito come tale. Noi giriamo sostanzialmente la valutazione del medico cantonale al curante. Da parte nostra spessissimo ci adeguiamo a questa valutazione del medico cantonale e sottoponiamo la nostra valutazione e quella del MC al curante per la conferma. Vi sono stati pochi casi in cui

vi è stato uno scollamento tra una valutazione MC e la nostra valutazione del fabbisogno di cure e il medico curante in quei casi, visto che ha la responsabilità delle cure del paziente, deve dare la sua definitiva decisione. Nel caso concreto (...) non vi è mai stato scollamento tra la valutazione del medico cantonale, nostra e del medico curante. (...) CO 1 ha lamentato la trasmissione, da parte di _____, di documentazione insufficiente, non comprensibile e financo di carenza di professionalità da parte nostra. Debbo dire che abbiamo sempre operato con tutti gli assicuratori nel medesimo modo, trasmettendo loro la documentazione uguale naturalmente riferita ai singoli pazienti e nessun assicuratore ha mai considerato insufficiente questa documentazione. Ho prodotto la documentazione relativa ad un rapporto di _____ che è l'unica che ha inviato da noi una collaboratrice per la verifica puntuale dei casi e che ha redatto un rapporto favorevole arrivando addirittura a chiederci di trasmettere la documentazione semestralmente e non trimestralmente. Aggiungo poi che a fronte delle critiche mosse da CO 1 abbiamo voluto produrre documentazione ulteriore quindi abbiamo allestito rapporti infermieristici specifici e dettagliati che però sono stati ritenuti ancora insufficienti da questo assicuratore. In alcuni scritti agli atti CO II ha indicato il ricevimento della documentazione ringraziando _____ e dando implicitamente per scontata la sufficienza ed adeguatezza della documentazione. Ho potuto constatare alcune lacune da parte dei funzionari CO 1 preposti, in particolare nella comprensione adeguata dei codici RAI. Si tratta di codificazione di prestazioni infermieristiche riconosciuta a livello internazionale e che dovrebbe essere nota ai funzionari sempre diversi purtroppo di CO 1. In occasione del nostro incontro con _____ il 23.9.2013 per riuscire a uscire da questa situazione di impasse con l'assicuratore abbiamo proposto loro una convenzione risp. un protocollo di trasmissione di tutta la documentazione possibile accertante le cure infermieristiche comprese le documentazioni scaturenti dal sistema RAI e sembrava essere stata trovata un'intesa su questo tipo di trasmissione d'informazione e di collaborazione. Purtroppo qualche tempo dopo a firma dell'avv. RA 2 questa modalità che tendeva da parte nostra alla massima trasparenza possibile, oltre quanto necessario, è stata assolutamente respinta con una proposta di liquidazione transattiva da parte di CO 1 di natura economica riferita al 70% degli importi scoperti. Come se si fosse al mercato. Evidentemente noi non possiamo accettare questo tipo di proposte transattive perché l'assicurato è il beneficiario delle prestazioni che noi fatturiamo all'assicuratore. Tendo a completare la mia esposizione precisando come abbiamo dovuto sollecitare CO 1 anche per il versamento delle parti delle nostre fatturazioni che non erano contestate. In occasione dell'incontro a _____ con loro abbiamo dimostrato la massima disponibilità che non ha però avuto alcun esito. (...) Voglio precisare che in virtù della Convenzione l'assicuratore ha certamente la facoltà di domandare non solo documentazione specifica ma può anche inviare un suo collaboratore presso la struttura SACD per le verifiche necessarie e può naturalmente far seguire un nostro operatore nel suo contatto con il paziente per la verifica puntuale della situazione. In tutti i casi contestati da CO 1 mai un loro funzionario è venuto da noi e mai un infermiere o uno specialista del settore ha seguito i nostri collaboratori durante il loro intervento sui pazienti." (doc. XXI) Alla luce di tutto quanto sopra esposto la tesi dell'assicuratore circa una lacuna nella documentazione fornita o nel lavoro svolto, in quanto manifestamente infondata, va respinta. Dagli atti e dagli accertamenti effettuati nelle more processuali emerge un'attività svolta seriamente, controllata dagli enti cantonali competenti e supportata dai medici curanti. La disponibilità di _____ a trovare un'intesa circa un protocollo di trasmissione dei dati ribadita in occasione di una riunione tenutasi a

_____ nel settembre 2013 con alcuni funzionari di CO 1 e con il loro rappresentante o a far seguire il proprio personale da specialisti del settore incaricati dalla convenuta, non ha, al contrario, avuto alcun esito. Posto che la documentazione prodotta è completa e motivata, va ora esaminato, nel dettaglio, se le prestazioni di cui viene chiesto il rimborso vanno riconosciute.

2.9.1. In primo luogo occorre stabilire il tempo necessario per la valutazione, i consigli e il coordinamento (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), e meglio la valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e il piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente (lett. a), i consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari con professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari (lett. b) e il coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili (lett. c).

_____ ha chiesto il riconoscimento di 0.40 ore al mese (ossia 24 minuti), poi aumentate a 0.60 ore (ossia 36 minuti) per l'ultimo trimestre 2013. L'assicuratore, con la decisione su opposizione del 21 marzo 2014, riconosce 1 ora a semestre, ossia 10 minuti al mese. Questo TCA evidenzia innanzitutto che negli scritti del 4 dicembre 2012 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 8 settembre 2012"; doc. 30), del 28 gennaio 2013 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 gennaio 2013", doc. 28), del 21 marzo 2013 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 aprile 2013", doc. 23), del 21 agosto 2013 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 luglio 2013", doc. 13) e del 21 ottobre 2013 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 ottobre 2013", doc. 9), ossia in ben 5 occasioni, la convenuta ha riconosciuto 40 minuti al mese per consigli e istruzioni, ossia un tempo superiore a quello domandato da _____ (0.40 ore = 24 minuti, 0.60 ore = 36 minuti). Ci si potrebbe di conseguenza chiedere se per quanto concerne le prestazioni dell'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre possa trovare applicazione il principio della buona fede. A questo proposito il TCA rileva che con sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), ha affermato: " 3.1 Il principio della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost., tutela la legittima fiducia dell'amministrato nei confronti dell'autorità amministrativa e gli permette in particolare di esigere che l'amministrazione rispetti le promesse fatte e che eviti di contraddirsi. Così, un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se le seguenti condizioni cumulative sono riunite: 1. l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone; 2. l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti; 3. l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta; 4. facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio; 5. da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMI 2000 no. KV 126 pag. 223; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 121 V 66 consid. 2a e sentenze ivi citate). 3.2 La tutela della buona fede non presuppone tuttavia sempre l'esistenza di un'informazione o di una decisione sbagliate. Il diritto alla tutela della buona fede può così anche essere invocato con successo in presenza, semplicemente, di rassicurazioni o di un comportamento dell'amministrazione suscettivi di fare nascere nell'amministrato determinate aspettative (DTF 111 Ib 124 consid. 4; cfr. pure RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). In tale evenienza, tuttavia, l'assicurato non può, conformemente all'art. 3

cpv. 2 CC, prevalersi della propria buona fede se, nonostante i dubbi che si imponevano, non ha agito con la diligenza richiesta dalle circostanze (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 525 consid. 4b). (...) 3.4.1 Secondo giurisprudenza, una cassa malati che si assume - per sbaglio (come lo pretende nel caso di specie Y) e per un certo periodo (tre mesi essendo già stati ritenuti sufficienti [RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5c]) - delle prestazioni (ad es. un medicinale o un trattamento medico) senza esservi tenuta, fa nascere nell'assicurato l'aspettativa che queste continueranno ad essergli assegnate anche in futuro. In questo caso, la cassa non può interrompere l'assunzione delle prestazioni accordate a torto se l'assicurato, che non era a conoscenza dell'errore e nemmeno doveva esserlo, fondandosi sul comportamento della cassa ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (RAMI 2002 no. KV 230 pag. 473 consid. 5.2.1 e 5.2.2, 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti; cfr. pure la sentenza del 19 novembre 2004 in re M., K 44/03, consid. 5.2). In siffatta evenienza, la buona fede dell'assicurato deve essere tutelata e allo stesso deve essere assegnato il tempo necessario per adattare e modificare le proprie disposizioni. Il che significa che una modifica della prassi della cassa malati può avvenire solo pro futuro (ex nunc), ma non con effetto retroattivo (RJAM 1980 no. 414 pag. 150). Per contro, la presente Corte ha rilevato che nel caso in cui una cassa malati ha assunto per inavvertenza un trattamento medico, il diritto ad ottenere il rimborso di un trattamento identico reso necessario circa un anno dopo in seguito a una ricaduta della malattia dev'essere negato, l'assunzione del primo trattamento essendo da considerare isolato e non costituendo una prassi costante della cassa di natura tale da giustificare il diritto alla tutela della buona fede (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti). 3.4.2 Nel caso di specie, oltre ad avere (integralmente) rimborsato - senza sollevare la benché minima eccezione e in parte anche nel corso del 2004 (cfr. ad es. la fattura del 9 gennaio 2004 relativa alla terapia del mese precedente) - i trattamenti effettuati da dicembre 2002 a dicembre 2003, l'assicuratore resistente ha continuato a pagare anche in seguito le prestazioni per cure e medicinali successivamente dispensati e chiaramente riferiti alla terapia d'inseminazione artificiale (v. attestazione 10 gennaio 2005 della Cassa relativa ai rimborsi effettuati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2004 nonché le fatture di riferimento versate agli atti in sede cantonale). L'assicuratore malattia ha così messo in atto una prassi costante - e non isolata - tale da fare nascere legittime aspettative negli assicurati e tale da giustificare la tutela della loro buona fede. Interessati che, dopo avere asseritamente interpellato l'assicuratore malattia sulle modalità di copertura della terapia prospettata - circostanza, questa che non ha potuto essere esclusa -, hanno potuto fare affidamento sulla correttezza dei rimborsi effettuati anche perché alla luce del testo di ordinanza non proprio di meridiana chiarezza non potevano essere a conoscenza di un eventuale errore. La Cassa ha quindi manifestato la chiara intenzione di interrompere la propria precedente prassi per la prima volta in data 15 settembre 2004 dopo avere ricevuto la fattura dell'Ospedale X._____ relativa al trattamento dispensato dal 7 gennaio al 19 luglio 2004. Ne discende che, conformemente ai principi sviluppati nel precedente considerando, il rifiuto di rimborsare i trattamenti in oggetto poteva correttamente essere pronunciato solo per il futuro - vale a dire con riferimento ai cicli di terapia che sarebbero stati e che poi effettivamente sono stati intrapresi dopo il 15 settembre 2004, rispettivamente dopo l'avvenuta conoscenza, da parte degli insorgenti, della presa di posizione della Cassa - e non anche con effetto retroattivo, come per contro è stato fatto. Per le prestazioni fornite in precedenza, la Cassa, indipendentemente da un obbligo sancito dall'OPre, non poteva infatti negare il rimborso." Il concetto è stato ribadito con sentenza 9C_918/2007 del 14 gennaio 2009. Analogamente,

in concreto, avendo l'assicuratore fornito per 5 volte la garanzia per l'assunzione delle spese inerenti consigli ed istruzioni per 40 minuti al mese, ossia un lasso di tempo maggiore rispetto a quello chiesto, non può ora a titolo retroattivo, e solo con la decisione del 21 febbraio 2014, stabilire che per il periodo dal 1° settembre 2012 al 31 dicembre 2013 sarebbero stati sufficienti 10 minuti al mese (1 ora a semestre). Avendo ormai ottenuto le prestazioni garantite dall'assicuratore, l'insorgente, se non si vedesse rimborsata tale posta, subirebbe un pregiudizio irreparabile, giacché dovrebbe pagare le prestazioni di tasca propria, malgrado le garanzie dell'assicuratore. Già solo per questo motivo i 24, rispettivamente 36 minuti per la consulenza, andrebbero riconosciuti e rimborsati. La soluzione non è diversa neppure prescindendo dall'applicazione del principio della buona fede. La convenuta giustifica la riduzione a 10 minuti al mese per le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre con il fatto che le ore richieste non sarebbero comprovate, che non risulterebbe una misura di consulenza e che non sarebbero stati programmati e documentati colloqui di consulenza e istruzione con i familiari (doc. B, pag. 6). Per quanto concerne le misure di consulenza, i colloqui di consulenza e d'istruzione con i familiari, il ricorrente, con l'ausilio di _____ (doc. AD), fa rettamente valere che, essendo il figlio del ricorrente un medico, il servizio Spitex ha rinunciato a questa misura e non l'ha ritenuta né fatturata. Ciò proprio allo scopo di fornire all'interessato unicamente le prestazioni indispensabili per una corretta presa a carico del paziente e per contenere i costi. Per contro, nell'ambito del citato disposto, e meglio dell'art. 7 cpv. 2 lett. a cifra 1 OPre sono state inserite le prestazioni relative alle valutazioni periodiche secondo quanto previsto dal manuale RAI-HC e come chiesto dall'UMC che nel Canton Ticino verifica i preventivi di cura stabiliti dagli Spitex (cfr. doc U, V, Z). Nel caso di specie, già nella documentazione trasmessa il 13 novembre 2012 all'assicuratore (cfr. allegati doc. 33), di cui si è detto in precedenza, viene indicato nel dettaglio quando le citate prestazioni sono (state) effettuate. Per quanto concerne i consigli e le istruzioni, nel mese di settembre 2012, la prestazione è stata eseguita il 12, nella misura di 51 minuti (cfr. doc. 33, elenco prestazioni effettuate, codice 1001: "CONSIGLI/ISTRUZIONI: durata: 0.85 ore). Ciò corrisponde alla data della compilazione del MDS-HC, dopo 3 giorni di osservazione del paziente (cfr. doc. 27, elenco prestazioni effettuate, pag. 1 e doc. XXI/4, pag. 1 e 6) e rientra nelle misure previste dall'art. 7 cpv. 1 lett. a cifra 1 OPre, ossia la valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e il piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente. La motivazione della cassa convenuta secondo cui questa posta non sarebbe comprovata e motivata è manifestamente priva di fondamento. Riconoscere 24 minuti al mese, poi aumentati a 36 a partire dal mese di ottobre 2014, nell'ambito delle prestazioni previste nell'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre è conforme alla legge e deve di conseguenza essere riconosciuto. Del resto, malgrado un impiego di tempo di 51 minuti, _____ ha chiesto all'assicuratore, per il mese di settembre 2012, unicamente il rimborso di 24 minuti al mese (doc. 38: 0.40 ore), ossia meno della metà di quanto realmente eseguito. Anche nel mese di ottobre 2012, e meglio il 4, è stata effettuata una prestazione analoga per la durata di 0.68 ore, ossia di 41 minuti, superiore a quella di 24 minuti al mese chiesta con la garanzia (cfr. doc. 27). Alla luce delle spiegazioni fornite, e meglio della circostanza che i consigli e le istruzioni consistono nelle valutazioni periodiche del paziente secondo quanto previsto dal manuale RAI-HC, nel fatto che quanto affermato trova conforto nella documentazione agli atti e nelle parole dei testi sentiti il 18 giugno 2014 e di cui non vi è motivo di dubitare (del resto l'assicuratore non ne ha contestato la fedefacenza), che la convenuta ha ridotto da 24, rispettivamente

E. 36

minuti, a 10 minuti il tempo concesso per questo tipo di attività limitandosi a sostenere che non sarebbe stata comprovata (dopo aver fornito 5 garanzie in senso contrario), questo TCA non ha alcun motivo per scostarsi dalla richiesta di _____, supportata oltre che dai medici curanti che si sono succeduti, anche dall'UMC. 2.9.2 In secondo luogo, circa gli esami e le cure, preventivate e fatturate ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, l'assicuratore per tutto il periodo litigioso (1° settembre 2012-31 dicembre 2013) ammette la necessità di un onere orario mensile di 5 ore $\frac{1}{4}$, ossia, complessivamente 84 ore (16 mesi x 5 ore $\frac{1}{4}$). L'assicurato chiede il rimborso di complessive 73 ore e 24 minuti ($[2.90 \times 7] + [5.90 \times 9]$). L'aumento di tre ore al mese è dovuto alla somministrazione dei farmaci a partire da aprile 2013. Ne segue che, riconoscendo l'assicuratore, nell'ambito dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, complessivamente, un maggior numero di ore rispetto a quelle richieste dall'insorgente per il periodo litigioso, non occorre esaminare oltre la questione. Inconferenti, anche perché l'assicuratore ha riconosciuto un onere orario complessivo maggiore rispetto a quanto chiesto da _____, sono le lagnanze dell'assicuratore secondo cui quest'ultima avrebbe calcolato a torto 5 minuti per la misurazione della respirazione, 5 minuti per la misurazione del peso, 5 minuti per la misurazione del polso e 5 minuti per la misurazione della pressione allorché "ogni assistente sa che la misurazione del polso dura 15 secondi, al massimo un minuto se la persona che presta le cure si prende tempo per scovare eventuali aritmie. Anche per il controllo della respirazione i professionisti delle cure necessitano al massimo di 15 secondi. Rivendicare 20 minuti ripetutamente per prestazioni che nella pratica richiedono meno di 5 minuti" non sarebbe corretto. Da quanto affermato, l'assicuratore non contesta che queste prestazioni sono necessarie nel caso di specie, ma sostiene che andrebbero effettuato in un tempo inferiore. Sennonché, da una parte l'assicuratore che ha comunque riconosciuto un onere superiore, non ha mai esaminato sul posto il paziente, fa completamente astrazione dello stato di salute dell'interessato e non tiene in minima considerazione le difficoltà intrinseche che possono avere gli infermieri nell'intervenire su un paziente polimorbido. D'altra parte, _____ non ha fatto nient'altro che applicare quanto previsto dal catalogo RAI-HC, di cui anche la convenuta è parte. Ora, come stabilito dal TF, pur se non vincolante, lo strumento RAI-HC può comunque fungere da base per calcolare il tempo impiegato dal personale medico e paramedico. Inoltre anche se determinante per stabilire l'onere orario è l'effettivo impiego temporale del caso concreto, non va dimenticato che esso viene allestito proprio tenendo conto di questo aspetto e della circostanza che alcuni professionisti lavorano più rapidamente ed altri più lentamente (cfr. sentenza 8C_1037/2012, consid. 5.2: "Soweit die Vorinstanz argumentiert, die Methode RAI-HC basiere auf Standardzeiten, wogegen der Pflegeaufwand im Einzelfall individuell zu bestimmen sei, überzeugt dies nicht. Denn auch wenn der ausgewiesene Pflegebedarf massgebend ist, bezieht sich dies gerade im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips (Art. 54 UVG) nicht ohne Weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses (vgl. Urteil 2C_333/2012 vom 5. November 2012 E. 5.6). Denn eine Pflegeperson, die geschickt und routiniert arbeitet, unterbietet diese Standardzeiten, während eine etwas langsamer arbeitende oder lernende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht"). Del resto, secondo l'art. 7a cpv. 2 OPre, come emerge anche dallo scritto dell'associazione svizzera dei servizi di aiuto a domicilio, con riferimento al commentario relativo alla modifica dell'OPre in vigore dal 1° gennaio 2011, il rimborso delle prestazioni avviene per unità di 5 minuti e per ogni intervento il rimborso minimo è di 10 minuti (cfr. anche doc.

XXIX/2). 2.9.3. Resta da stabilire l'onere orario mensile delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). L'assicuratore sostiene che 22 ore e mezza siano sufficienti, l'interessato chiede il rimborso di 34.30 ore (34 ore e 18 minuti). _____ ha calcolato le prestazioni nel modo seguente: - igiene completa in bagno o doccia oppure al lavandino, 3 volta la settimana; - igiene parziale al lavandino (incl. igiene intima), 4 volte a settimana; - igiene intima (serale), giornalmente - rasatura (in combinazione con igiene completa o igiene parziale), giornalmente - taglio unghie della mano, 2 volte al mese - taglio unghie del piede, 1 volta al mese - cura dei denti o della protesi dentaria, giornalmente - aiuto nel vestirsi e svestirsi, giornalmente Secondo l'assicuratore il fabbisogno corretto è il seguente: - cura del corpo e aiuto per vestirsi al mattino: 30 minuti per intervento, ossia 15 ore al mese - igiene intima e aiuto nello svestirsi la sera: 15 minuti per intervento, ossia 7 ore e mezzo al mese Nel rapporto dell'8 febbraio 2014 redatto da _____ (infermiera in salute pubblica diplomata, case manager FH, infermiera diplomata, del servizio del medico di fiducia) e letto ed approvato, ma solo nella versione tradotta in italiano, dal dr. med. _____, medico di fiducia della convenuta, figura che " la questione dei costi dovrebbe essere chiarita subito e in modo professionale all'inizio del mandato da parte dei fornitori di prestazione. Purtroppo in questo caso non è successo (...) ". Il TCA evidenzia che se ciò non è avvenuto, non può essere imputato né al ricorrente, né ad _____, i quali, sin dal mese di settembre 2012 hanno trasmesso la documentazione richiesta, in maniera puntuale. Semmai va evidenziato che tra l'invio della prima richiesta (settembre/ottobre 2012, doc. 38) e l'allestimento del rapporto in esame, è passato un anno e mezzo e che anche dall'opposizione alla decisione formale emanata il 7 maggio 2013, alla redazione del referto dell'infermiera di fiducia sono passati numerosi mesi. Spettava semmai all'assicuratore agire più velocemente. Per quanto concerne più precisamente le cure di base, l'infermiera di fiducia dell'assicuratore afferma che le prestazioni sono fornite il mattino e la sera e che esse devono seguire il seguente schema (doc. 2, pag. 9): - " tre giorni la settimana " il ricorrente " riceve un lavaggio completo del corpo/doccia, quattro giorni la settimana un lavaggio parziale al lavandino. In quest'occasione si effettuano anche la rasatura e l'igiene della bocca. Non è chiaro se si tratti di cura dei denti o della protesi, poiché sul foglio delle prestazioni e sulla pianificazione delle cure è scritto <<cura dei denti o della protesi>>. Il ricorrente " viene anche aiutato a vestirsi. Per questo calcolo ogni mattina 30 minuti, indipendentemente dalla doccia o dal lavaggio parziale: 15h al mese " - " La sera " l'insorgente " che è descritto incontinente solo dall'agosto 2013, riceve anche una toilette intima e la persona che presta le cure lo aiuta a svestirsi: 15 minuti o 7h ½ al mese ." L'infermiera ha calcolato un tempo complessivo di 22 ore e mezza, rilevando che " tuttavia è a disposizione ulteriore tempo per la consegna dei medicinali. Per il finanziamento della visita mattutina, quindi, è a disposizione più che mezz'ora di tempo " (doc. 2). Nella decisione su opposizione l'assicuratore sostiene che il " servizio del medico di fiducia ha calcolato e motivato il fabbisogno di tempo per le prestazioni sottoposte all'obbligo di assunzione da parte della cassa malati in modo comprensibile secondo i valori basati sull'esperienza pratica e adattata alla situazione complessiva dell'assicurato. Inoltre il fabbisogno di tempo richiesto per alcune singole prestazioni era troppo elevato " (doc. B). Da parte sua il ricorrente ha prodotto una presa di posizione dettagliata e motivata del dr. med. _____, Capo Servizio geriatria presso l'Ospedale Regionale di _____ (doc. D), il quale conosce l'insorgente dal 2008 per averlo visitato più volte in regime ambulatoriale e durante alcune degenze presso il citato nosocomio. Dopo aver posto la (nota, cfr. consid. 1.1) diagnosi, lo specialista ha spiegato nei minimi particolari per quale

motivo la valutazione espressa nei formulari “ valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni e cure a domicilio ” è corretta e va confermata. Il dr. med. _____ ha affermato che “ la combinazione delle multiple patologie di cui soffre il paziente determina dei bisogni di cure molto articolati: in primo luogo tali bisogni sono diretta conseguenza dei disturbi disesecutivi nell’ambito di una problematica dementigena di tipo frontale a causa del pregresso esteso ictus frontale (diagnosticato già nel 2009), per cui il ricorrente “ incontra importanti difficoltà nella gestione di atti della vita quotidiana anche semplici, pur mostrando solo lievi disturbi della memoria e moderati disturbi dell’orientamento spazio-temporale; inoltre, da un lato quale sintomo specifico di una sindrome frontale, dall’altro quale conseguenza della percezione soggettiva delle difficoltà che incontra nella gestione del quotidiano, egli mostrava già da alcuni anni un’accresciuta irritabilità che esprimeva nei confronti dei famigliari ed in particolare della moglie, che si era ammalata gravemente a fine estate 2012 e che era poi deceduta nei primi mesi del 2013; quest’ultimo elemento ha senz’altro avuto un importante impatto psicologico negativo sul paziente. La necessità di controlli stretti e regolari è data pure dalle problematiche cardiovascolari (episodi presincopali recidivanti nell’ambito della stenosi aortica e dell’ipertensione arteriosa con necessità di frequenti riadattamenti della terapia antiipertensiva e dei disturbi del ritmo con flutter atriale intermittente) e dal diabete mellito che può essere ben compensato solo grazie a regolari controlli e a misure dietetiche; in presenza di una sindrome metabolica è ovviamente particolarmente importante il mantenimento di una buona correzione dei fattori di rischio vascolare e dei potenziali danni d’organo (piede diabetico, protezione della unzione renale). Inoltre negli ultimi due anni si è assistito a frequenti recidive di grave anemia, che determinavano fasi di grave astenia ad insorgenza subacuta e necessitanti ripetute trasfusioni di concentrati eritrocitari e di sostituzione marziale, sulla base di uno stillicidio nell’ambito di angiodisplasie recidivanti del tratto gastrointestinale. Quale ulteriore problematica vi sono infine da citare i disturbi inerenti un’incontinenza urinaria cronica di origine verosimilmente mista con balanite recidivante su lichen sclerosus che aveva portato ad una fimosi serrata; l’incontinenza urinaria è già nota da anni, ed ha subito diverse esacerbazioni nell’ambito degli intercorrenti infetti urinari; la problematica è solo parzialmente migliorata dopo l’intervento di circoncisione come descritto in diagnosi ”. Il dr. med. _____ ha confermato che “ le cure domiciliari prescritte sono adeguate sia in termini quantitativi che nel dettaglio come risulta dalla precisa e dettagliata documentazione riassunta nei certificati medici (Formulari “Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni e cure a domicilio”), ottemperando appieno ai criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità nel caso specifico .” Lo specialista ha poi preso posizione sulle affermazioni di _____, infermiera del servizio medico di fiducia dell’assicuratore, criticandone la superficialità. Il dr. med. _____ ha evidenziato come l’infermiera asserisce erroneamente che l’assicurato soffre d’incontinenza urinaria dal mese di agosto 2013, “ quando è chiaramente eruibile dal documento “Piano d’intervento” del 9.2012 che si tratta di un problema già noto almeno dal 2011 e di importanza tanto rilevante sul piano delle diagnosi infermieristiche da essere citato quale “Problema No. 2” in quel documento ”. Lo specialista rileva che l’infermiera si riferisce probabilmente a quanto figura nel “rapporto infermieristico supplementare” del 1° febbraio 2013 dove al capitolo “eliminazione” figura: “non vi sono problemi”, ma che “ in realtà in quello specifico ambito per “non ci sono problemi” si intende che di per sé la funzione dell’eliminazione nel senso di sufficiente diuresi è garantita, pur con incontinenza urinaria di grado importante visto che ha già portato a

plurime conseguenze cliniche (infezioni urinarie, balanite e conseguente fimosi su lichen)”. Il Dr. med. _____ sottolinea inoltre che l’infermiera del servizio fiduciario dell’assicuratore “ nonostante a più riprese nella documentazione si faccia riferimento alla sindrome frontale, confonde il quadro di una demenza su sindrome frontale con quello di una demenza (immagino di tipo alzheimeriano o vascolare) e ritiene quindi a torto di aver capito senza aver visto il paziente quali siano i suoi deficit e quindi i suoi bisogni di cura ”. Nello specifico lo specialista rileva che _____ ritiene di “ poter erogare un’igiene mattutina, sia essa come igiene parziale al lavandino o come doccia, la rasatura, l’aiuto per l’atto del vestirsi, la cura dei denti con un paziente che presenta dei disturbi della marcia, un rallentamento psicomotorio, delle difficoltà esecutive e dei tratti comportamentali oppositivi con irascibilità in 30 minuti invece dei 50 minuti richiesti da _____: chiunque nella pratica giornaliera abbia conoscenze di cure geriatriche sa benissimo che è impossibile effettuare questi atti in questa specifica situazione nei tempi indicati ” dall’infermiera e che “ lo stesso discorso vale per l’igiene serale in un paziente incontinente e che deve essere aiutato nello svestirsi: prevedere soli 15 minuti invece dei 25 richiesti in una situazione di questo tipo è semplicemente irrispettoso nei confronti dei bisogni del paziente ” (doc. D). Inoltre, a questo proposito, _____, infermiera diplomata e direttrice sanitaria di _____, sentita quale teste, ha affermato: “ (...) Credo che non si debba assolutamente dimenticare che ci si confronta con persone non semplici da gestire con le quali va instaurato un contatto e l’approccio dev’essere garbato e cortese e questo avviene nel corso dell’atto terapeutico. Nei tempi previsti dal tariffario si riesce in genere a compiere gli atti richiesti senza debordare. Vi sono casi eccezionali in cui i tempi sono superiori ed il RAI ne permette, previa giustificazione, la retribuzione se la motivazione è valida. In generale non si fa nel nostro lavoro dell’assistenza sociale o del sostegno ma mentre svolgiamo il nostro lavoro parliamo con le persone, lo facciamo muovendo le mani e usando la testa per il nostro lavoro. A domanda del sig. RA 1 preciso, dopo avere letto la pag. 9 del doc. 2 della sig.ra _____, che verosimilmente la sig.ra non considera in questa ipotesi l’applicazione del tariffario. Il tariffario fissa dei tempi di esecuzione di atti che comprendono il contatto, l’approccio, l’atto come tale e gli aspetti amministrativi che ne seguono, ossia la redazione del documento amministrativo che attesta l’atto ed il suo risultato. Questa tariffazione è stata voluta dagli assicuratori e da loro accettata. La teste fa osservare che è sulla scorta e sulla base del piano d’intervento per le prestazioni che viene poi di riflesso elaborato il piano di lavoro di ogni infermiera al quale vengono indicati i nominativi dei pazienti e gli interventi da svolgere senza, di conseguenza perdere inutile tempo o disperdere l’energia. Il lavoro è fatturato a prestazione tramite il sistema informatico. Io non posso fatturare prestazioni che non ho svolto e tempi diversi da quelli del tariffario. La teste ha mostrato ora la modalità con cui opera, inserendo addirittura nel suo telefono portatile, ove è stata applicata un’applicazione specifica, le cure prestate mediante indicazione del codice e ciò viene trasmesso direttamente ad un terminale dove i dati vengono scaricati e fatturati immediatamente. È il datore di lavoro ossia _____ che ci fornisce questo telefonico ossia il programma ed io posso quindi sapere i tempi effettivi di presenza presso il paziente, le prestazioni effettive svolte che successivamente vengono fatturate mediante applicazione del tariffario. Questo sistema permette anche il controllo del personale, la verifica delle ore svolte per eventuali indennizzi e per le spese.” (doc. XXI) Circa le divergenze tra i medici curanti, dr.ssa med. _____ e dr. med. _____, nonché infermieri e collaboratori di _____ da una parte e l’infermiera in salute pubblica dipl. Case Manager FH, infermiera dipl. _____ (ed il medico

fiduciario) d'altra parte, questo TCA rileva che nella sentenza 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012, relativa ad un caso _____, e che ha coinvolto anche CO 1, l'Alta Corte ha ribadito, nell'ambito delle cure spitex, che dall'art 8a OPre non può essere dedotto che le valutazioni del medico di fiducia, di principio, siano prioritarie rispetto a quelle del medico curante. Le conclusioni del fiduciario non sono di norma atte a mettere in dubbio quanto stabilito dal medico curante, che meglio conosce la situazione personale del proprio paziente, se il medico della Cassa si limita a valutare il fabbisogno sulla base di valori desunti dall'esperienza e senza aver valutato personalmente lo stato di salute della persona interessata (sentenza 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012 consid. 4.1 [“ Demgegenüber sieht Art. 8a Abs. 3 KLV zwar vor, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen überprüfen können, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden (E. 2 hievor); indes kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der Einschätzung des Vertrauensarztes generell Vorrang zu kommt. Die vertrauensärztliche Einschätzung ist in der Regel nicht geeignet, die Anordnung des mit den gesundheitlichen Verhältnissen der versicherten Person vertrauten (Haus-) Arztes in Frage zu stellen, wenn sie ohne vorgängige persönliche Begutachtung erfolgte und lediglich auf Erfahrungswerten beruht (vgl. Urteil K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4b), wie dies auf die vom Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin (Dr. med. K. _____, Innere Medizin FMH) geprüften Stellungnahmen der Pflegefachfrau W. _____ vom 23. Februar sowie vom 21. und 22. Juni 2011 zutrifft ”] e sentenza K 161/00 del 25 maggio 2001, consid. 4b). Ciò vale anche nel caso di specie, ritenuto che, come afferma lo stesso assicuratore, il ” servizio del medico di fiducia ha calcolato e motivato il fabbisogno di tempo per le prestazioni sottoposte all'obbligo di assunzione da parte della cassa malati in modo comprensibile secondo i valori basati sull'esperienza pratica e adattata alla situazione complessiva dell'assicurato ” (doc. B, sottolineatura del redattore), ossia teoricamente ed astrattamente, mentre le valutazioni dei collaboratori di _____ e dei medici curanti si basano sulla situazione concreta del paziente, che meglio conoscono avendolo visitato personalmente ed avendo avuto un'esperienza diretta. In concreto inoltre non solo l'assicuratore e i suoi servizi medici non si sono recati sul posto per accertare la situazione valetudinaria del ricorrente, ma neppure hanno dato seguito alla disponibilità di _____ di far seguire il proprio personale sanitario da specialisti della convenuta. Del resto in concreto, a fronte di certificati motivati e dettagliati e di documentazione copiosa e precisa, l'assicuratore ha prodotto unicamente una scarna presa di posizione di un'infermiera la quale, per il preciso caso di specie, si è limitata a redigere due pagine, neppure molto fitte, relative alla problematica in esame (8 e 9) sulle 10 di cui è composto il referto (doc. 2). Il Capitolo circa il ruolo, la competenza e la capacità dell'autrice del rapporto, a pag. 5, copre quasi lo stesso spazio. Il referto è poi stato unicamente letto, nella sola versione italiana, dal medico fiduciario, di cui peraltro non si conosce neppure la specializzazione a differenza del dr. med. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa (cfr. , in ambito di assicurazione invalidità la sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 13 dove il TF ha già avuto modo di rilevare che l'assicurato ha diritto di conoscere la specializzazione del medico SMR) . Non va poi dimenticato che in sede di udienza, il teste _____, direttore responsabile di _____, ha rilevato che il piano di cure e le certificazioni mediche sono accessibili a livello informatico all'UMC dove viene verificata la documentazione di cura (il piano delle cure, MDS, catalogo delle prestazioni) e la sua conformità alle indicazioni fornite da _____. L'UMC rilascia un parere all'indirizzo del medico curante che in sé non è

vincolante ma è recepito come tale. Il teste ha precisato che la valutazione dell'UMC è di rilievo " poiché lo Stato, e meglio il Cantone per una quota del 20% ed i Comuni per il restante 80% debbono coprire le spese residue "Restfinanzierung" che corrispondono ad importi piuttosto significativi che dipendono dalla natura delle prestazioni " Il teste ha rilevato che " per una cura infermieristica che può costare sino a fr. 137.-- per ora erogata, l'Ente Pubblico corrisponde grosso modo la metà " (doc. XXI). L'UMC ha un onere di verifica non vincolante, ma che ha ripercussioni economiche non indifferenti sui bilanci comunali e cantonali (doc. XXI). Per cui non ha alcun interesse a riconoscere prestazioni non dovute. Ne segue che a fronte di prese di posizione motivate, documentate, dettagliate e che si riferiscono al preciso caso di specie giacché redatte da medici, infermieri e da collaboratori sanitari che hanno potuto esaminare la situazione concreta, valutando direttamente sul posto lo stato di salute del ricorrente e le sue capacità, l'assicuratore si è limitato a contestare sistematicamente ogni richiesta senza alcun substrato e sulla base di affermazioni che, oltre a non tener conto della reale situazione valetudinaria del ricorrente, neppure sono fondate su visite o controlli diretti, ma unicamente su un'esperienza generale che, seppur importante, non può sostituire la verifica diretta. Inoltre, la non perfetta padronanza della lingua italiana da parte dei funzionari della cassa che si sono occupati della fattispecie e l'assenza di volontà di recarsi in Ticino per esaminare sul posto la situazione concreta, hanno reso ancor più astratta la valutazione dell'assicuratore. Del resto, ritenuto che quest'ultimo continua a sostenere che la documentazione prodotta sarebbe lacunosa, non avrebbe potuto giudicare solo sulla base della medesima. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'onere orario mensile delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) di 34.40 ore al mese va confermato. 2.10. Dagli atti prodotti emerge che _____ non ha fatturato sistematicamente tutto il tempo preventivato, ma solo quello effettivamente impiegato. Per cui il riconoscimento del tempo preventivato ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e c OPre (consid. 2.9.1 e 2.9.3) e di un tempo complessivamente superiore per le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (consid. 2.9.2), non porta ad un rimborso maggiore rispetto a quanto richiesto in sede ricorsuale. Infatti, le prestazioni effettivamente erogate, complessivamente, sono state ben inferiori (cfr. doc. AA e AB) rispetto a quelle inizialmente preventivate nella " valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni e cure a domicilio " del 4 dicembre 2012 (" garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 8 settembre 2012 " ; doc. 30), del 28 gennaio 2013 (" garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 gennaio 2013 " , doc. 28), del 21 marzo 2013 (" garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 aprile 2013 " , doc. 23), del 21 agosto 2013 (" garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 luglio 2013 " , doc. 13) e del 21 ottobre 2013 (" garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 ottobre 2013 " , doc. 9). A fronte di un preventivo di fr. 35'323.40 ([414.96 + 143.64] per l'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre + fr. 4'800.36 [1'327.62 + 3'472.74] per l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre + fr. 29'964.48 per l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre; cfr. anche doc. AA e AB: " totale fatture da certificate ": 26'496 + 8'377.40 [2'094.35 X 4]), sono state emesse fatture per fr. 28'768.95 (cfr. doc. AA e AB, " totale fatture da erogate " : 1'485.10 + 1'893.80 + 1'855.90 + 1'769.55 + 21'764.60), già solute perlomeno nella misura di fr. 15'889.75 (cfr. doc. AA e AB: 11'684.70 + 1'024.40 + 1'024.80 + 1'077.60 + 1'078.25). Ne segue che l'assicuratore è tenuto a rimborsare all'insorgente gli importi non ancora versati e rimasti scoperti relativi alle fatture emesse da _____ per il periodo dal 1° settembre 2012 al 31 dicembre 2013. 2.11. Visto l'esito del ricorso, l'assunzione delle ulteriori prove chieste dal ricorrente si rilevano superflue. In particolare non è necessario, in questa sede, accertare l'eventuale rapporto di

dipendenza/collaborazione tra il dr. med. _____, l'infermiera _____ e l'assicuratore convenuto. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.12. All'insorgente, rappresentato da una persona cognita in materia, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGGA), che tengono conto delle udienze svolte innanzi al TCA. Alla luce dell'atteggiamento dell'assicuratore (descritto in particolare nei consid. 2.9 e 2.10), cognito del contenuto della sentenza del TF 9C_365/2012 del 31 ottobre 2012 e consapevole della necessità di un accertamento diretto (e non teorico) delle condizioni del paziente, e visto l'atteggiamento processuale, con il rifiuto a presenziare ad entrambe le udienze indette ed l'audizione dei testi, va ritenuto il carico di congrua tassa di giustizia.

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