

# **TI\_GERICHTE 36.2014.4 vom 13. Oktober 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-10-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.4)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.4 du 13 octobre 2014

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.4 del 13 ottobre 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. 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).

### **E. 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 corrispettive, 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 mobilizzazione, 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 occorra 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.

### **E. 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.

#### **E. 3.1**

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.

### **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 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).

#### **E. 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. (...)" ( le evidenzature sono della redattrice ) 2.5. La Cassa malati resistente ha rimproverato ai fornitori di prestazioni intervenuti di non avere effettuato insieme un'unica valutazione dei bisogni dell'assicurata, come più volte richiesto dall'assicuratore stesso. Le cure sarebbero state strutturate in modo non professionale. In particolare, la Cassa ha rimproverato alle infermiere di non avere avuto una visione d'insieme e che le prestazioni fornite non erano economiche (p. es., 20 minuti per misurare due volte la pressione arteriosa; altre misure non sono state fatturate in base al tempo effettivamente impiegato, ma secondo il tempo previamente calcolato con la valutazione dei bisogni). Inoltre, la dichiarazione delle prestazioni mancava di trasparenza, tanto che alcune prestazioni sono state dichiarate, ma mai fornite (alimentazione parenterale dal novembre 2012 al marzo 2013). 2.6. Secondo il TCA, dall'esame degli atti prodotti dalle parti le critiche mosse dalla Cassa malati devono essere disattese. Non vanno infatti dimenticate le richieste di garanzia intitolate " Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio " (doc. O2-O6), dove, trimestralmente, il \_\_\_\_\_ ed il medico curante hanno congiuntamente indicato, in generale, il preventivato fabbisogno di cure dell'assicurata ai sensi dell'art 7 OPre, suddiviso in consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base. Anche le singole

prescrizioni mediche allestite dall'infermiera indipendente diplomata \_\_\_\_\_, ed approvate dal dr. med. \_\_\_\_\_, indicano le prestazioni che prevedevano di dovere fornire trimestralmente alla ricorrente a dipendenza delle patologie diagnosticate (docc. Q3-Q7). A richiesta della Cassa malati, il 12 febbraio 2013 (docc. Z10 e 54) l'infermiera indipendente ha trasmesso uno scritto con cui le ha fornito ulteriori informazioni sulle cure prestate all'assicurata e ha allegato il decorso " FOCUS " - fogli di sorveglianza dello stato di salute della paziente compilati a mano dall'infermiera (docc. Z6 e 86) -, il " piano delle cure " vecchio e quelli nuovi rivalutati (docc. Z4 e 87), come pure " l'anamnesi infermieristica multidimensionale " (docc. Z5 e 88). Il 21 (doc. 52) ed il 26 febbraio 2013 (doc. 50) l'infermiera ha ulteriormente precisato la sua attività nei confronti della ricorrente, indicando nel dettaglio le cure fornite, i medicinali somministrati, i consigli e le istruzioni date. Il 25 aprile 2013 (doc. 28) ha fatto seguito un ulteriore scritto in cui \_\_\_\_\_ ha contestato le affermazioni del 22 aprile precedente (doc. 30) della Cassa malati e ha nuovamente spiegato quali cure ha effettuato sulla paziente. I FOCUS agli atti descrivono in maniera molto particolareggiata la situazione ed il problema che presenta l'assicurata, gli interventi assistenziali messi in atto dall'infermiera e le sue valutazioni della situazione e degli effetti degli interventi attuati. Le pianificazioni delle cure redatte dall'infermiera diplomata espongono le diagnosi e gli obiettivi da raggiungere da un canto, le azioni intraprese, numerate una per una per maggiore chiarezza d'altro canto. Dalla documentazione risulta inoltre una tabella che riassume le prestazioni di aiuto a domicilio che l'infermiera \_\_\_\_\_ ha dispensato all'assicurata ogni mese dal 1° gennaio 2013 al 30 novembre 2013, esposte in ore di consigli giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre ed in esami e cure ex art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (doc. Q1). A ciò si aggiungono le prestazioni delle infermiere \_\_\_\_\_ (doc. R) per il mese di gennaio 2013 (2 ore e 45 min. per gli esami e le cure, mentre 10 minuti per le cure di base) e \_\_\_\_\_ (doc. R) per giugno 2013 (1 ora di esami e cure), luglio 2013 (1 ora e 10 min. per esami e cure), agosto 2013 (1 ora e 20 minuti per esami e cure), settembre 2013 (1 ora e 15 minuti per esami e cure), ottobre 2013 (30 minuti per esami e cure) e novembre 2013 (20 minuti per esami e cure), entrambe in sostituzione dell'infermiera \_\_\_\_\_. Il \_\_\_\_\_ ha prodotto i " Piano d'intervento elenco dette prestazioni " allestiti il 15 gennaio 2013 (doc. V3), il

## **E. 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.

### **E. 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 segnalata la sentenza 9C\_365/2012 del 31 ottobre 2012 relativa alla contestazione, da parte

dell'assicuratore \_\_\_\_\_, del pagamento di prestazioni Spitex nel Canton \_\_\_\_\_:  
"

#### **E. 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.

#### **E. 7**

Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 6 lettere a e b possono essere rinnovati.". Secondo l'art. 8a OPre: " 1 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) se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio.". 2.3. Nel certificato dell'8 novembre 2013 (doc. C) il dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, FMH medicina interna che segue la ricorrente come medico di famiglia dalla fine del 2011, ha così descritto la sua paziente: " La signora RI 1 è una donna di 87 anni gravemente polimorbida che vive al domicilio con l'aiuto di diverse figure (la figlia che vive con lei, gli aiuti domiciliari, un'infermeria domiciliare privata ed io). La situazione attuale è gravemente compromessa a causa delle limitazioni dovute alle varie patologie della paziente che comportano un'importante dipendenza da terzi per qualsiasi attività della vita quotidiana. I motivi di tale dipendenza sono in primis una cecità completa da oltre 6 anni, insorta nell'arco di pochi giorni a causa di una malattia che ha provocato una mancanza di ossigeno dei nervi ottici; inoltre la paziente soffre di importanti dolori che ne limitano molto la mobilità; tali dolori sono di origine degenerativa (artrosi della colonna vertebrale, delle anche, delle spalle) e in particolar modo secondari a fratture vertebrali e costali su base osteoporotica. A ulteriormente complicare il quadro clinico vi è una malattia del cuore con insufficienza cardiaca che assieme agli esiti di embolie polmonari estese e a delle metastasi del tumore del seno provocano un'intolleranza allo sforzo di grado severo (nel corso dell'ultima visita la paziente riusciva a stento e con aiuto a camminare per 6 passi). È importante segnalare che lo stato attuale è in realtà già un miglioramento rispetto agli ultimi mesi, quando la signora RI 1 era costretta a letto per diverse settimane a causa di un'insufficienza respiratoria e di dolori ancora molto più intensi di ora. Sulla base di quanto esposto sopra posso affermare che ci sarebbero stati largamente i presupposti per una lunga degenza ospedaliera, evitata grazie alla collaborazione di tutte le figure curanti, che hanno dovuto e devono tuttora fornire delle prestazioni che vanno oltre l'impegno abituale per una cura al domicilio.". A causa di questo suo stato di salute gravemente compromesso, dal 23 novembre 2012 - e questa situazione perdura tuttora - la ricorrente ha dovuto fare capo ad

un aiuto domiciliare e si è rivolta al \_\_\_\_\_ rispettivamente ad un'infermiera indipendente nella persona di \_\_\_\_\_ (in alcuni casi è stata sostituita da delle colleghe, doc. R), i quali hanno agito sulla base delle prescrizioni mediche allestite dal medico curante, e controfirmate dall'infermiera diplomata (docc. Q3-Q7), dopo avere ottenuto il preavviso dell'Ufficio del medico cantonale (docc. O7-O9). Le fatture sono state invece allestite sulla scorta delle effettive prestazioni eseguite dai fornitori di prestazioni e possono comprendere un dispendio di ore maggiore o inferiore rispetto a quanto preventivato dal medico curante, trattandosi infatti di previsioni trimestrali che, a dipendenza delle condizioni di salute della paziente, possono quindi poi mutare. La ricorrente chiede dunque l'assunzione integrale delle prestazioni eseguite dal \_\_\_\_\_ e dall'infermiera diplomata indipendente \_\_\_\_\_. Da una tabella riassuntiva allestita dal \_\_\_\_\_ risultano le ore mensili prescritte dal medico curante, le ore fatturate dal \_\_\_\_\_, la differenza di ore fra quelle prescritte e quelle fatturate, le ore garantite dalla Cassa malati, la differenza fra le ore fatturate e le ore garantite, l'importo fatturato dal \_\_\_\_\_, l'importo garantito da CO 1, quanto ha versato la Cassa malati e l'ammontare scoperto secondo la garanzia della Cassa malati e secondo il \_\_\_\_\_ (doc. Z-A4). Questo schema comprende il periodo, mese per mese, da dicembre 2012 a marzo 2014 compresi. Per ciò che qui interessa: - dal 1° al 31 dicembre 2012: 0.08 ore di esami e cure, 39.42 ore di cure di base; - dal 1° al 31 gennaio 2013: 2 ore di consigli e istruzione, 0.58 ore di esami e cure, 39.67 ore di cure di base; - dal 1° al 28 febbraio 2013: 33.17 ore di cure di base; - dal 1° al 31 marzo 2013: 35.42 ore di cure di base; - dal 1° al 30 aprile 2013: 30.92 ore di cure di base; - dal 1° al 31 maggio 2013: 0.58 ore di esami e cure, 35.42 ore di cure di base; - dal 1° al 30 giugno 2013: 0.50 ore di esami e cure, 33.92 ore di cure di base; - dal 1° al 30 luglio 2013: 0.08 ore di esami e cure, 32.83 ore di cure di base; - dal 1° al 31 agosto 2013: 0.42 ore di esami e cure, 41.67 ore di cure di base; - dal 1° al 30 settembre 2013: 1.58 ore di consigli e istruzione, 0.75 ore di esami e cure, 44 ore di cure di base; - dal 1° al 31 ottobre 2013: 0.17 ore di esami e cure, 44.08 ore di cure di base; - dal 1° al 30 novembre 2013: 0.25 ore di esami e cure, 45.17 ore di cure di base; - dal 1° al 31 dicembre 2013: 38.92 ore di cure di base. L'assicuratore, con la decisione impugnata, riconosce 2 ore per i mesi di novembre e dicembre 2012 e poi per gennaio e febbraio 2013 1 ora al mese per consigli e istruzione, 4  $\frac{3}{4}$  ore al mese per gli esami e cure, mentre 15 ore al mese per le cure di base. Dal 1° marzo al 31 dicembre 2013 ritiene giustificate mensilmente 1 ora per consigli e istruzione, 4  $\frac{3}{4}$  ore per esami e cure e 20 ore per le cure di base, per un totale di 25  $\frac{3}{4}$  ore al mese. In conclusione, CO 1 riconosce per il periodo dal 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 i costi per le prestazioni Spitex di 90 ore (6 ore di consigli e istruzione, 31  $\frac{1}{2}$  ore di esami e cure, 52  $\frac{1}{2}$  ore di cure di base). Per il periodo dal 1° marzo al 31 dicembre 2013, la Cassa malati si assume i costi delle prestazioni Spitex nella misura di 25  $\frac{3}{4}$  ore al mese (1 ora di consigli e istruzione, 4  $\frac{3}{4}$  ore di esami e cure e 20 ore di cure di base). 2.4. 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 articoli da 7 a 7b 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 prescrivente 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](http://www.qsys.ch) o [www.rai.ch](http://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 dell'inc. 36.2014.26 richiamato dal TCA pendente causa trattandosi di una controversia simile alla presente (doc. XIV) e ammesso dalle parti (docc. XVI e XIX)). 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 dell'inc. n. 36.2014.26). Nell'estratto del manuale RAI-HC e definizione dei codici non fatturabili utilizzati presso il Servizio d'assistenza e cure a domicilio coinvolto nella vertenza giudicata l'8 settembre 2014 da questo Tribunale nella composizione completa di tre giudici, 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 del SACD 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 dell'inc. n. 36.2014.26). Quanto all'applicazione del catalogo RAI-HC e del suo carattere di raccomandazione e quindi non avente effetto vincolante per il giudice, con sentenza 8C\_1037/2012 del 12 luglio 2013 in ambito di assicurazione contro gli infortuni, il TF ha rilevato: " 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](http://www.qsys.ch) oder [www.rai.ch](http://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 Tribunale federale ha affermato: "

## **E. 10**

settembre 2013 (doc. 13) ed il 26 marzo 2013 (doc. 38), come pure i " Piano d'intervento " del 15 gennaio 2013 (doc. V4) e del 26 marzo 2013 (doc. 40), tutti dettagliati, motivati ed approfonditi, in cui sono descritte le patologie di cui è affetta l'assicurata, gli obiettivi da raggiungere, le prestazioni da effettuare e le valutazioni. V'è poi agli atti una tabella riassuntiva delle prestazioni di aiuto a domicilio che, mese per mese, espone le ore prestate dagli operatori del Servizio d'assistenza suddividendole in consigli, esami e cure, cure di base valida dal 1° ottobre 2012 al 30 novembre 2013 (doc. O1). Nelle more istruttorie anche il \_\_\_\_\_, come l'infermiera \_\_\_\_\_ (doc. Z), ha trasmesso una relazione particolareggiata relativa agli interventi effettuati sull'assicurata e, passo per passo, ha contestato le affermazioni della Cassa malati espresse nella sua risposta di causa, spiegando nel dettaglio e giustificando il procedere del suo intervento sulla ricorrente. Unitamente ad essa, il Servizio d'assistenza e cura a domicilio ha prodotto il RAI-HC / MDS-HC allestito il 26 marzo 2013 (doc. V2) e firmato dall'infermiera responsabile per il MDS-HC e dall'infermiera diplomata \_\_\_\_\_, dove figurano le valutazioni ancora più dettagliate inerenti le condizioni di salute dell'insorgente. La ricorrente ha inoltre trasmesso al TCA le prese di posizione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico caposervizio Vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale, la quale ha esaminato la documentazione relativa alla ricorrente e ha confermato le previsioni del \_\_\_\_\_ in merito al fabbisogno di cura dell'interessata. Per esempio, il 22 gennaio 2013 (doc. O7) l'UMC ha confermato la previsione del medico curante di 53 ore mensili, mentre il 10 aprile 2013 (doc. O8) ha valutato questo fabbisogno in 36 ore e 29 minuti suddividendolo in 16 minuti per i consigli e le istruzioni ed in 36 ore e 13 minuti per le cure di base. Il fabbisogno di cura del 13 settembre 2013 (doc. O9) è stato valutato in 38 ore mensili, di cui 31 minuti per i consigli e le istruzioni, 2 ore e 30 minuti per gli esami e le cure e 35 ore per le cure di base. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, le affermazioni della Cassa malati secondo cui " Le ore richieste dall'infermiera \_\_\_\_\_ e da \_\_\_\_\_ per il periodo dal 23 novembre 2012 al 31 dicembre 2013 non sono documentate provatamente secondo gli atti a disposizione. " (doc. V pag. 9) o circa una lacuna nel lavoro svolto - in particolare da parte dell'infermiera indipendente -, in quanto manifestamente infondate, vanno respinte. Dagli atti e dagli accertamenti effettuati nelle more processuali emerge un'attività svolta seriamente, controllata dagli enti cantonali competenti e supportata dal medico curante. Posto che la documentazione prodotta è completa e motivata, va ora esaminato, nel dettaglio, se le prestazioni di cui viene chiesto il rimborso devono essere riconosciute. 2.7. 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 (cifra 1), i 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 (cifra 2) e il coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili (cifra 3). Il \_\_\_\_\_ ha chiesto il riconoscimento di questa voce soltanto in tre occasioni (15 minuti nel novembre 2012, 2 ore nel gennaio 2013 e 1.58 ore - ossia 1 ora e 35 minuti (doc. O1) - nel settembre 2013). L'infermiera \_\_\_\_\_, invece, ha conteggiato tutti i mesi questa attività, nella misura di 1 ora e 50 minuti nel novembre 2012 (di cui 1 ora 20 minuti di consigli e istruzioni e 30 minuti di valutazione dei bisogni con medico/paziente), 6 ore e 10 minuti nel mese di dicembre 2012 (di cui 4 ore 20 minuti di consigli e istruzioni e 1 ora 50 minuti per la valutazione dei bisogni con medico/ paziente), 3 ore e 50 minuti per il mese di gennaio 2013, 1 ora e 30 minuti per febbraio 2013 e 1 ora per i seguenti mesi fino a novembre 2013 compreso, eccetto per agosto 2013 in cui ha fatturato 40 minuti (docc. Q1, Q2, Z2 e Z3). L'assicuratore, con la decisione su opposizione, ha riconosciuto in totale 7 ore di consigli e istruzioni, mentre con le " Garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal ..." che rilasciava di volta in volta a seguito delle richieste dell'assicurata di assunzione dei costi di aiuto domiciliare, aveva a suo tempo garantito il pagamento di 2 ore al mese per novembre e dicembre 2012, dopodiché di 1 ora al mese (docc. 10, 16, 31, 51 e Z/A4). Con la decisione impugnata, quindi, CO 1 ha modificato le sue precedenti prese di posizione a sfavore dell'assicurata e per di più con effetto retroattivo. Questo agire contravviene però al principio della buona fede sancito dall'art. 9 Cost. fed., che 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 cinque condizioni cumulative, che in specie non sono date, sono riunite (STF 9C\_918/2007 del 14 gennaio 2009 consid. 3.1; STF K 107/05 del 25 ottobre 2005 consid. 3.1). In concreto, infatti, avendo ormai beneficiato delle prestazioni a suo tempo garantite dalla Cassa malati la ricorrente, se non ne ottenesse il rimborso, subirebbe inevitabilmente un pregiudizio irreparabile, poiché sarebbe tenuta a pagare personalmente le prestazioni ricevute in funzione delle iniziali assicurazioni date dalla Cassa (STCA 36.2014.26 dell'8 settembre 2014). Di conseguenza, le 16 ore ammesse inizialmente da CO 1 da novembre 2012 a dicembre 2013 vanno certamente confermate. Per quanto concerne le ore supplementari fatturate dai fornitori di prestazioni intervenuti ex art. 7 cpv. 2 lett. a OPre sul medesimo arco di tempo (in totale, l'infermiera ha effettuato 22 ore, mentre il \_\_\_\_\_ 3 ore 55 minuti), la Cassa malati ne ha negato il riconoscimento, affermando che " È provato un certo lavoro di network (lega polmonare, medico di famiglia, istruzione dei famigliari) " dal 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 rispettivamente che " le ore richieste non sono documentate provatamente (...) poiché il team funziona ormai molto bene. " per il lasso di tempo dal 1° marzo al 31 dicembre 2013. Le 10 ore eccedenti la garanzia data dall'assicuratore sono giustificate, d'avviso di questo Tribunale, dalle particolari circostanze che si sono realizzate alla fine del 2012. Non va infatti dimenticato che lo stato di salute della ricorrente era molto compromesso. Come ha rilevato il medico curante nel suo citato referto del 21 febbraio 2013, l'assicurata era gravemente sofferente e debilitata a causa di una malattia acuta, potenzialmente mortale, che ha provocato un serio problema di salute e che ha necessitato di un intervento massiccio di personale curante, grazie al quale sono state fornite prestazioni medico-infermieristiche di un livello ottimale, che hanno permesso alla paziente la permanenza al proprio domicilio, evitando così una degenza di lunga durata in un ospedale acuto. In merito all'elevato

numero di ore prestate in quel periodo, anche l'infermiera indipendente ha avuto modo di esprimersi e di descrivere nel dettaglio il suo intervento. Nel suo scritto del 26 febbraio 2013 (doc. Z10) alla Cassa malati, \_\_\_\_\_ ha ricordato che l'assicurata " è stata dimessa dall'ospedale in stato acuto di malattia, con delle embolie polmonari in corso confermate in seguito dalla TAC del 18 12 2012. Inoltre la sua cecità la rende totalmente dipendente nelle attività di vita quotidiane. I giorni successivi la dimissione dall'ospedale ho dovuto organizzare dapprima l'ossigeno al domicilio richiedendo certificati medici, informazioni alla lega polmonare, istruire la figlia su come, quando usarlo, come cambiare la bombola e l'acqua pack poi i vari mezzi ausiliari per poterla gestire al domicilio garantendole un minimo di qualità di vita. Ho istruito la figlia sui vari posizionamenti della madre allettata per la prevenzione dei decubiti, dei posizionamenti che favoriscono la respirazione. Durante la fase acuta di malattia ho sempre mantenuto uno stretto contatto con i medici per informali dell'evoluzione, per adeguare la terapia farmacologica. Ho dovuto sostenere i parenti quando il medico li aveva informati di un possibile decesso. Ho fornito istruzioni ed informazioni sull'anticoagulazione (complicanze, alimentazione, dosaggi farmaci, prelievi per dosare il Marcoumar). Ho mantenuto un contatto con la fisioterapista per valutarne l'efficacia delle terapie e poter adeguare i farmaci antidolorifici, ho collaborato con l'aiuto familiare del \_\_\_\_\_ per coordinare gli interventi... ogni giorno ho aggiornato i documenti della cartella infermieristica ". Oltre a queste attività, l'infermiera ha allestito i piani di cura, l'anamnesi e ha avuto colloqui con il Servizio di assistenza domiciliare per discutere il caso dell'interessata. In queste circostanze, alla luce, anche, dei FOCUS agli atti che descrivono nel dettaglio gli interventi dell'infermiera, il TCA riconosce che i mesi da novembre 2012 a gennaio 2013 sono stati eccezionali dal punto di vista del monte ore prestato a livello infermieristico, tanto che anche il \_\_\_\_\_ è intervenuto con 15 minuti al momento del rientro dell'interessata al proprio domicilio e con 2 ore nel gennaio 2013. Le gravi condizioni di salute dell'assicurata hanno comportato più tempo per l'organizzazione della sua presa a carico domiciliare. Prova ne è che poi, dal mese di febbraio 2013, la situazione si è stabilizzata e mensilmente l'infermiera ha erogato (solo) un'ora di consigli e istruzioni, così come peraltro calcolato dal medico fiduciario della Cassa malati e da essa poi garantito. Ritenuto che il numero di ore effettivamente prestato dal Servizio di assistenza domiciliare e dall'infermiera diplomata è stato giustificato dalle condizioni di salute della ricorrente, come tali vanno dunque riconosciute e rimborsate integralmente all'assicurata tutte le 25 ore 55 minuti erogate ex art. 7 cpv. 2 lett. a OPre.

2.8. Quanto agli esami e alle cure preventivati e fatturati ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, come per i consigli e le istruzioni ex art. 7 cpv. 2 lett. a OPre anche in tale evenienza l'assicuratore malattia ha inizialmente garantito ai fornitori di prestazioni la copertura mensile per 4 ore e 30 minuti ma, a differenza dell'ipotesi precedente, il monte ore stabilito dalla decisione su opposizione è (addirittura) superiore, raggiungendo infatti le 4 ore e 45 minuti. La Cassa malati ammette infine la necessità di un monte ore di 31 ½ dal 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 e di 4 ¾ ore al mese dal 1° marzo al 31 dicembre 2013 (4 ore 45 minuti x 10 mesi) ossia, complessivamente, di 79 ore (31 ½ ore + 47 ½ ore), indipendentemente se sia il \_\_\_\_\_ o l'infermiera indipendente a prestare le cure. Dal canto suo, il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva prescritto 1 ora al mese dal dicembre 2012 al marzo 2013 compresi, dopodiché 4 ore al mese, tranne per il mese di settembre ed ottobre 2013 in cui, a causa del peggioramento delle sue condizioni di salute, per l'assicurata sono state ritenute necessarie 5 ore 30 minuti (5.5 ore) Dalla tabella riassuntiva allestita dal \_\_\_\_\_ risulta che l'aiuto concreto prestato alla ricorrente è stato in realtà inferiore, in

ordine di tempo, a quanto preventivato dal medico curante. In effetti, o l'intervento degli operatori richiedeva solo qualche minuto oppure, addirittura, essi non fornivano all'interessata né esami né cure. In totale, dal 1° dicembre 2012 al 31 dicembre 2013 le ore prestate ammontano a 3 ore 25 minuti (3.41 ore). In compenso, l'infermiera diplomata è intervenuta eseguendo esami e cure nella misura di 9 ore 40 minuti nel gennaio 2013, 2 ore 25 minuti nel febbraio 2013, 4 ore 5 minuti nel marzo 2013, 3 ore 55 minuti nell'aprile 2013, 4 ore 10 minuti nel maggio 2013, 2 ore 15 minuti nel mese di giugno 2013, 3 ore 50 minuti nel luglio 2013, 1 ora 50 minuti nell'agosto 2013, 3 ore 25 minuti nel mese di settembre 2013, 3 ore nell'ottobre 2013 e 3 ore 5 minuti nel mese di dicembre 2013 (doc. Q1). A ciò si aggiungono 2 ore 45 minuti prestate nel gennaio 2013 dall'infermiera \_\_\_\_\_ (doc. R), come pure 1 ora nel giugno 2013, 1 ora 10 minuti nel luglio 2013, 1 ora 20 minuti nell'agosto 2013, 1 ora

#### **E. 15**

minuti nel mese di settembre 2013, 30 minuti nell'ottobre 2013 e 20 minuti nel mese di novembre 2013 dispensate dall'infermiera \_\_\_\_\_ (doc. R). In conclusione, sommando il monte ore delle tre infermiere il totale è inferiore alle ore garantite mensilmente dalla Cassa malati, eccetto per gennaio 2013 (12 ore 25 minuti), periodo che l'assicuratore medesimo aveva ritenuto particolare e per il quale aveva riconosciuto un onere di tempo maggiore rispetto agli altri mesi (va ricordato che soltanto da 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 sono state infatti garantite 31 ore 30 minuti). Anche il mese di luglio 2013 fa eccezione (3 ore 50 minuti + 1 ora 10 minuti), tuttavia il superamento è stato minimo (15 minuti). Se a questi dati si aggiungono gli interventi del Servizio domiciliare, si ha un maggior sfioramento nei mesi di gennaio 2013 (+ 35 minuti), di luglio 2013 (+ 5 minuti) e di settembre 2013 (+ 45 minuti = 5 ore 25 minuti). Tutto ben considerato, secondo questo Tribunale la differenza è talmente esigua che deve essere ammessa come tale senza ulteriori discussioni, oltretutto alla luce delle considerazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, che nel referto del 24 dicembre 2013 (doc. P) ha giustificato un intervento supplementare degli aiuti domiciliari dal settembre 2013. Il curante ha in effetti affermato che la polmonite bilaterale diagnosticata clinicamente per le difficoltà a trasportare la paziente in ospedale necessitava di un trattamento antibiotico. Un tentativo con assunzione perorale del farmaco non ha portato beneficio, perciò è stata adottata una strategia con applicazione endovenosa dei farmaci, che però necessitava di più tempo (posa della via venosa in paziente con accessi estremamente difficoltosi, preparazione del farmaco in un setting non ideale a domicilio, tempo tecnico di somministrazione del farmaco e sorveglianza di assenza di complicanze). Il medico ha inoltre osservato che oltre alle cure per quest'infezione, erano da considerare nelle settimane seguenti il lungo tempo di recupero in cui l'interessata è stata più disorientata ed indebolita e quindi presentava maggiore necessità rispetto al solito aiuto nelle attività di base della vita quotidiana. Tutti gli sforzi profusi dagli attori in campo hanno però dato i loro frutti, visto che v'è stata una ripresa delle condizioni della paziente, che ha riacquisito la situazione esistente antecedentemente alla polmonite. Stante quanto precede, la motivazione della Cassa malati secondo cui queste spese non sarebbero comprovate e motivate è manifestamente priva di fondamento, perciò va respinta. La Cassa malati resistente è pertanto tenuta a riconoscere il monte ore totale fatturato dal \_\_\_\_\_ e dall'infermiera \_\_\_\_\_ così come da essi esposto giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre per quanto attiene al periodo dal 23 novembre 2012 al 31 dicembre 2013, essendo conforme alla legge. 2.9. Da ultimo, le cure di base ex art. 7 cpv. 2 lett. c OPre sono state ammesse da CO 1, con la decisione impugnata, nella misura di 52 ½ ore in totale per il primo periodo

e di 20 ore al mese per il secondo periodo, così come già concesso con le garanzie di pagamento per le prestazioni rilasciate di volta in volta ai fornitori di prestazioni. Nelle "Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio", il dr. med. \_\_\_\_\_ ha avallato le previsioni di cura preventivate dal \_\_\_\_\_, il quale aveva stimato un intervento mensile di 40 ore (120 ore trimestrali) da gennaio a marzo 2013 (doc. O3), di 44 ore (132 al trimestre) da aprile a giugno 2013 (doc. O4), di 44 ore da luglio a dicembre 2013 (doc. O5), poi corretto in 40.50 ore (121.50 al trimestre) da settembre a dicembre 2013 (doc. O6). L'Ufficio del medico cantonale ha valutato il fabbisogno di cura della ricorrente per le cure di base una volta in 53 ore (complessive fra consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base), un'altra in 36 ore 15 minuti (doc. O8) e ancora in 35 ore (doc. O9). In realtà, le prestazioni effettivamente fornite dal \_\_\_\_\_ sono state quasi sempre inferiori alle 40 ore previste dal medico curante, eccetto per i mesi di settembre, ottobre e novembre 2013, in cui il monte ore effettivo è stato di 44 ore rispettivamente di 44 ore 5 minuti e di 45 ore 10 minuti (doc. Z-A4). Ad ogni buon conto, le prestazioni erogate effettivamente all'assicurata a titolo di cure di base corrispondono al doppio delle ore mensili garantite dalla Cassa malati, la quale ha interpellato il suo medico fiduciario anche su questa tematica ed il 5 febbraio 2014 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha avallato il corposo rapporto del 25 gennaio 2014 (doc. 2) redatto dall'infermiera in sanità pubblica dipl. Case Manager SUP infermiera dipl. \_\_\_\_\_, la quale ha analizzato nel dettaglio tutti gli atti a disposizione e ha fornito la propria valutazione sui tempi necessari per le cure. Attiva da oltre 30 anni come infermiera in salute pubblica diplomata ed insegnante in una scuola universitaria professionale, \_\_\_\_\_ ha suddiviso la sua relazione, redatta in italiano, in diversi capitoli. Fra i vari temi trattati, l'esperta ha evidenziato che le 12 domande di garanzia di assunzione dei costi per quasi 13 mesi (Valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio) erano eccessive, mentre tre sarebbero state sufficienti. Per mesi entrambi i fornitori di prestazioni hanno effettuato valutazioni dei bisogni e inviato troppo tardi le prescrizioni mediche. Anche le pianificazioni delle cure non sarebbero state effettuate in modo professionale. L'esperta ha poi passato in rassegna le prestazioni ricevute dall'assicurata ed il tempo impiegato dall'infermiera \_\_\_\_\_ e dal \_\_\_\_\_, rilevando un'eccedenza di ore sia nell'attività di consigli e istruzioni (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre) sia di esami e cure (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) ed anche delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). L'infermiera ha passato in rassegna ogni attività effettuata dagli attori intervenuti e ha motivato tutte le discrepanze riscontrate con i tempi proposti e fatturati dai fornitori di prestazioni in questione. Per quanto concerne le cure di base, per il periodo dal 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 essa si è così espressa: " C) Cure di base prestazioni/mese Le cure di base sono prestate dallo Spitex \_\_\_\_\_ · Qtd. un lavaggio completo, incl. misure per la profilassi del decubito per un totale di 70 minuti 35 h · Aiuto per bere qtd. 5 minuti 1 h ½ · Aiuto per mangiare qtd. 10 minuti 5 h ½ · Qtd. mobilitazione attiva e passiva per 17 min 8 h ½ Totale richiesto: Totale: 50 ore, richieste: 50 ore CO 1 aveva autorizzato : 52 ½ per il periodo dal 23 novembre 2012 al 28 febbraio 2013 Motivazioni: Dal punto di vista pratico far valere per mesi oltre un'ora ogni mattina per lavare interamente una persona anziana e applicarle una crema (= profilassi del decubito) è semplicemente ineconomico. Realistica, normale giornata nello Spitex: dopo i primi giorni la paziente e l'infermiera si conoscono e formano un team ben affiatato, la procedura è sempre la stessa. Inoltre la signora RI 1 viene descritta come ancora assolutamente lucida. Le persone anziane non prendono freddo

volentieri e quindi l'infermiera lavora in fretta; perciò il lavaggio intero, compresa l'applicazione della crema e l'accompagnamento della paziente ipovedente alla prima colazione (mobilizzazione) può avvenire in

#### **E. 20**

minuti. Il SMF ha però raccomandato 30 minuti al giorno. Per quanto concerne "Aiuto per mangiare e bere", si tratta della preparazione quotidiana della prima colazione per l'anziana paziente ipovedente, come documentato nel Plan d'intervention, Problema No 5. È ragionevole che la signora RI 1 riceva prestazioni concernenti l'economia domestica, ma non si tratta di prestazioni obbligatorie ai sensi della LAMal. Allegato 5 Definizione dell'aiuto per mangiare e bere nel quadro delle cure: l'infermiera imbecca la persona bisognosa di aiuto, un cucchiaino dopo l'altro. Non è logico che tale aiuto sia stato prestato alla signora RI 1 solo una volta al giorno, come si evince dal fatto che l'infermiera ha chiesto solo una volta al giorno l'aiuto per mangiare e bere. Come prestazione di cura l'aiuto attivo o passivo nella mobilizzazione è sorprendente: se lo Spitex viene in casa una volta al giorno, è necessario l'aiuto per la mobilizzazione e nelle restanti 22 ore la paziente è da sola e si mobilizza da sola o con l'aiuto della figlia, che non è presente 24 ore su

#### **E. 24**

Le cure vanno di pari passo con l'assistenza e i lavori domestici. Fatturare separatamente le prestazioni rappresenta un problema per le infermiere, soprattutto perché i pazienti (che adesso lo Spitex chiama clienti) dovrebbero finanziare personalmente le prestazioni che vanno oltre le cure.". La valutazione dei bisogni per il periodo da gennaio a giugno 2013, e per ciò che concerne in particolare le cure di base, è stata così analizzata dall'infermiera interpellata dalla Cassa malati: " C) Cure di base

prestazioni / mese Sul Piano d'intervento, elenco delle prestazioni, del 26.03.2013

\_\_\_\_\_ fa valere prestazioni che vengono elencate anche dalla signora \_\_\_\_\_: preparazione dei medicinali, controllo dei segni vitali, valutazione dei bisogni, ecc. Salta inoltre agli occhi la nuova elencazione delle prestazioni: ogni prestazione viene elencata separatamente. Obiettivo: L'art. 7a cpv. 2 LAMal prescrive che le prestazioni siano retribuite in unità di tempo di 5 minuti. Esempio: controllo dei segni vitali, ossia pressione, polso, peso, respirazione, temperatura, per il quale in pratica occorrono 5 minuti. Se il fornitore di prestazioni elenca separatamente ogni singola prestazione, può fatturare 25 minuti invece di 5. Con due controlli al giorno si arriva a 50 minuti, ossia 25 ore al mese di prestazioni per due misurazioni della pressione al giorno (da notare: con valori circolatori stabili, si vedano le schede dell'andamento della circolazione). · Aiuto per vestirsi 4/7 giorni / settimana per 10'                    3 h · Lavaggio parziale 4/7 giorni / settimana per 26'                    8 h · Lavaggio completo 3/7 giorni / settimana per 40'                    9 h · Misure per la profilassi del decubito (le misure precise non sono menzionate) qtd. 10'                    5 h · Controllo quotidiano se il pannolino è bagnato                    2 h (urina) per 4'                    In realtà: un'occhiata, 5 secondi · Accompagnamento quotidiano alla toilette 5 min. (solo 1 volta al giorno)                    2 h ½ · Aiuto per bere qtd. 5' · Aiuto per mangiare, nuovo: ancora solo qtd. 5'                    2 h ½ (In realtà: preparazione della prima colazione) · Mobilizzazione attiva e passiva qtd. 15'                    7 h ½ · Infilare qtd. le calze compressive per 5'                    2 h ½ Totale: 44 h ½ ossia 1 h ½ per ogni visita e giorno per le cure di base. Totale:                    44 ½ h, richieste da 42 h a 49 h CO 1 aveva autorizzato: 20 ore al mese Motivazioni Tempi differenti a causa di · prestazioni non obbligatorie secondo la LAMal, come la preparazione della prima colazione · indicazione di

tempi non realistici: per un lavaggio intero, senza far indossare gli indumenti e le calze compressive, senza applicazione della crema sulla pelle, senza accompagnamento alla toilette, in pratica con sempre lo stesso team paziente/infermiera, ben affiatato, non occorrono 40 minuti. Inoltre la signora RI 1 non è in uno stato confusionale che, secondo la forma del giorno, spiegherebbe l'impiego di un tempo maggiore. · il fatto di far valere 4 minuti al giorno per controllare visivamente un pannolino contro l'incontinenza non necessita di ulteriori commenti Quanto alla valutazione dei bisogni dal 1° luglio al 31 dicembre 2013, la perizia del 24 gennaio 2014 indica a pag. 20 che: " Le prestazioni A), B) e C) sono le stesse del periodo precedente, come pure il numero di visite a domicilio: 1 al giorno. CO 1 aveva autorizzato gli stessi tempi mensili: A) 1 h, B) 4 h ½ , C) 20 h". Nelle sue conclusioni (pag. 21), l'infermiera \_\_\_\_\_ ha affermato: " Il fatto che le ore Spitex prestate siano rimaste addirittura al di sotto della raccomandazione/prescrizione medica è un'affermazione alla quale come infermiera professionista, rispondo volentieri con la seguente realtà: in tutta la Svizzera chiedere 2 ore e 50 minuti al giorno per le normali cure mattutine è considerato nell'ambito dello Spitex non professionale e non conforme allo standard. Questa esigenza di tempo contraddice inoltre grossolanamente quanto prescritto dalla LAMal: economicità. Realtà: il massimo bisogno di cure, di oltre 220 minuti, p.es. nel caso dei moribondi o dei grandi invalidi di grado massimo, costa in una casa di cure Fr. 108.00 al giorno e la paziente è assistita 24 ore su 24 (sicurezza). 2 ore e 50 minuti di cure Spitex al giorno, con una media di Fr. 65.00 (A-C, Fr. 78.00, Fr. 65.00, Fr. 54.00) costano Fr. 178.00 al giorno. La paziente non riceve il servizio di sicurezza dell'istituzione. Non è assistita 24 ore su 24. Approvazione da parte dell'ufficio del medico cantonale delle cure previste: anche io lavoro come infermiera in salute pubblica per l'ufficio del medico cantonale (Cantone di \_\_\_\_\_). -> non bisogna dimenticare che nel caso della signora RI 1 ogni interessato tutela/deve tutelare i propri interessi: il mondo politico (livello macro), che per motivi di costo possibilmente vuole evitare i ricoveri in case di cura (dal 2011 nuovo ordinamento del finanziamento delle cure) tramite le istituzioni (livello meso: Ospedale: DRG, assicuratori: stabilizzazione dei costi dei premi) fino alla paziente e ai fornitori di prestazioni (livello micro, qualità di vita individuale, mantenere bassi i propri costi e mettere al sicuro il proprio reddito/eredità). (...)." La Cassa malati non contesta che queste prestazioni siano necessarie nel caso di specie, ma sostiene che andrebbero effettuate in un tempo inferiore. Senonché, l'assicuratore non ha mai esaminato sul posto la paziente (al riguardo, l'infermiera \_\_\_\_\_ a pagina 12 della sua valutazione ha affermato che " La signora RI 1 presenta la situazione tipica e quotidiana di una paziente Spitex in età molto avanzata. Le infermiere in salute pubblica esperte (e quindi anch'io) si vedono confrontate con tali situazioni da decenni. Di conseguenza nel caso della signora RI 1 non era necessaria una visita sul posto per valutare le cure necessarie. "), fa completamente astrazione dello stato di salute dell'interessata e non tiene in sufficiente considerazione le difficoltà intrinseche che possono avere gli infermieri nell'intervenire su una paziente polimorbida. In effetti, le argomentazioni dell'infermiera di fiducia della Cassa malati, che pretende di conoscere il reale stato di salute della ricorrente senza averla però visitata personalmente, sono superficiali, poco professionali e non possono essere minimamente ritenute per giustificare il numero di 20 ore al mese di cure di base e quindi contestare l'effettivo impiego del tempo avvenuto ad opera dei fornitori intervenuti. Come ha osservato l'Alta Corte nella citata sentenza 9C\_365/2012 del 31 ottobre 2012, tenuto conto che spetta al giudizio del responsabile dell'associazione Spitex e del medico competente stabilire quali provvedimenti sia opportuno adottare sia dal profilo del tempo sia per quanto concerne il

contenuto e la forma, occorre che l'assicuratore accerti concretamente e non solo teoricamente le condizioni di salute dell'assicurata, non essendo sufficiente fondarsi su semplici valori empirici che potrebbe esprimere il medico fiduciario nella sua valutazione (cfr. consid. 4.1: " 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. (...) 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 (...). Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (...) 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 (...)"). Pertanto, in presenza, come in specie, di divergenza tra i medici curanti (dr. med. \_\_\_\_\_), gli infermieri (\_\_\_\_\_) e i collaboratori Spitex (\_\_\_\_\_) da una parte e l'infermiera in salute pubblica dipl. Case Manager SUP, infermiera dipl. (\_\_\_\_\_) ed il medico fiduciario (dr. med. \_\_\_\_\_) d'altra parte, 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. Nel caso concreto, la Cassa malati stessa ha affermato 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 valori basati sull'esperienza pratica e adattati alla situazione complessiva dell'assicurata. " (doc. B punto 21). In tale evenienza, però, in virtù della citata giurisprudenza federale, la valutazione teorica, astratta, superficiale e poco professionale dell'infermiera di fiducia - avallata senza sostrato adeguato dal medico fiduciario della Cassa malati -, non può prevalere nei confronti delle valutazioni dei collaboratori del Servizio d'assistenza domiciliare e del medico curante (cfr. valutazioni del 21 febbraio 2013 e dell'8 novembre 2013), che si sono basati sulla situazione concreta della paziente, che meglio conoscono (il curante dal 2011) avendola visitata personalmente ed avendo avuto un'esperienza diretta con la stessa. Giova ribadire che, per ammissione della diretta interessata (infermiera \_\_\_\_\_), la stessa non si è recata sul posto per accertare la situazione valetudinaria dell'assicurata e neppure ha dato seguito alla disponibilità del \_\_\_\_\_ di verificare il dossier della paziente presso la sua sede e la situazione reale presso l'assicurata stessa (doc. V punto 14). Il Tribunale federale (citata STF 9C\_365/2012) ha quindi concluso che fondarsi sulle valutazioni dei bisogni di Spitex e sulle prescrizioni del medico curante in particolare, per quel caso in merito all'assunzione dei medicinali e alla cura delle ferite, non viola il diritto federale (cfr. consid. 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. "). Per questo motivo, l'Alta Corte ha affermato che le valutazioni del medico fiduciario sulla ridotta tempistica che determinate operazioni di cura richiederebbero in realtà, non portano ad un risultato diverso (cfr. consid. 4.2: " 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. "). Nemmeno può essere di aiuto al medico fiduciario la circostanza che lo strumento di valutazione dei bisogni di Spitex (il RAI-HC) valuti in 6 i minuti necessari per l'assunzione di medicinali (mentre ne sono stati fatturati 10), visto che si tratta di una media calcolata sulla base di rilevamenti rispettivamente di raccomandazioni non vincolanti per i Tribunali non avendo carattere normativo (cfr. consid. 4.2: " 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 (...). "). Nell'evenienza concreta, il Servizio d'assistenza domiciliare non ha fatto nient'altro che applicare quanto previsto dal catalogo RAI-HC, di cui anche la resistente 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 (STF 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 "; STCA 36.2014.26 dell'8 settembre 2014 consid. 2.9.2). Del resto, secondo l'art. 7a cpv. 2 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. Quanto alle susposte contestazioni dell'infermiera della Cassa malati in merito alla tempistica degli interventi eseguiti dal \_\_\_\_\_ sulla ricorrente, può qui essere richiamata, con il consenso dato da CO 1 (doc. XVI), la testimonianza del direttore sanitario di un'altra associazione Spitex sentito dal TCA in una vertenza avente il medesimo oggetto ( doc. XXI dell'inc. n. 36.2014.26): " (...) 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. \_\_\_\_\_ 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 infermiere 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.". In merito alle affermazioni dell'infermiera \_\_\_\_\_ secondo cui l'approvazione dell'Ufficio del medico cantonale delle cure previste non assume particolare significato, è pure utile richiamare le precisazioni rilasciate dal direttore responsabile del Servizio Spitex coinvolto nella già citata STCA 36.2014.26 (doc. XXI). Egli 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 dal Servizio Spitex. L'UMC rilascia un parere all'indirizzo del medico curante che in sé non è vincolante, ma è recepito come tale. Il teste ha inoltre precisato che la valutazione dell'Ufficio del medico cantonale 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 poi rilevato che " per una cura infermieristica che può costare sino a fr. 137.-- per ora erogata, l'Ente Pubblico corrisponde grosso modo la metà. ". L'Ufficio del medico cantonale ha quindi un onere di verifica non vincolante che, come visto, ha però ripercussioni economiche non indifferenti sui bilanci comunali e cantonali. Per cui non ha alcun interesse a riconoscere prestazioni non dovute. Tutto ben considerato, 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 della ricorrente e le sue capacità, la Cassa malati si è limitata a contestare sistematicamente ogni richiesta senza alcun substrato e sulla base di affermazioni che, oltre a non tener conto della reale situazione valetudinaria dell'assicurata, neppure sono fondate su visite o controlli diretti, ma unicamente su un'esperienza generale che, seppur importante, non può sostituire la verifica diretta. L'assenza di volontà di recarsi in Ticino per esaminare sul posto la situazione

concreta ha infatti reso ancor più astratta la valutazione dell'assicuratore. Del resto, ritenuto che quest'ultimo continua a sostenere che la documentazione prodotta dai fornitori di prestazioni sarebbe lacunosa e non comprovante, il suo giudizio sul monte ore di cure necessario all'assicurata formulato sulla sola base di questi atti (presunti) incompleti non poteva dunque essere sufficiente. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il numero di ore delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) di 40 rispettivamente di 44 al mese preventivato dagli operatori va confermato. Non va poi dimenticato che, come già osservato, il \_\_\_\_\_ ha sempre fatturato un tempo inferiore rispetto a quello preventivato e chiesto in garanzia alla Cassa malati. Fanno eccezione i mesi di settembre ed ottobre 2013, per i quali si è già detto che il medico curante ha giustificato una maggiore necessità di intervento presso l'insorgente da parte dei collaboratori di aiuto domiciliare a causa del peggioramento del suo stato di salute. 2.10. In conclusione, CO 1 è tenuta a riconoscere alla ricorrente tutte le ore di assistenza e cura a domicilio fatturate dall'infermiera \_\_\_\_\_ e dal Servizio Spitex \_\_\_\_\_ rispettivamente a rimborsare a questi fornitori di prestazioni per intero gli importi già fatturati, ma non ancora (integralmente) versati e quindi rimasti (in parte) scoperti (doc. Z-A4). 2.11. Visto l'esito del ricorso, l'assunzione delle ulteriori prove chieste dalla ricorrente si rileva superflua. In particolare, non è necessario, in questa sede, sentire la testimonianza del direttore del \_\_\_\_\_ e dell'infermiera \_\_\_\_\_ (doc. I pag. 4 punto 5), essendosi essi già espressi esaurientemente per iscritto. Nemmeno può essere utile ai fini del presente giudizio l'audizione della responsabile dell'Ufficio del medico cantonale (doc. I punto 9 pag. 6) e degli altri Servizi Spitex del Cantone (doc. IX punto 4 pag. 4). 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 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, 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.

## **E. 29**

cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.12. All'insorgente, vincente in causa e rappresentata da persona cognita in materia, vanno assegnate ripetibili (art. 61 lett. g LPG).

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