

TI_GERICHTE 36.2014.44 vom 22. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.44

FR: TI_GERICHTE 36.2014.44 du 22 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2014.44 del 22 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. 18

giugno 2014, informandone le parti (cfr. doc. XVI), il TCA si è già chinato su una fattispecie simile, di cui riprenderà in ampia misura le motivazioni. 2.2. In sede di risposta l'assicuratore evidenzia che il periodo da luglio 2012 a settembre 2013 è oggetto di un procedimento davanti al Tribunale arbitrale in materia di assicurazione contro le malattie e gli infortuni e che il servizio di cura a domicilio _____ chiede il pagamento di un importo presunto scoperto di fr. 7'896.95 e di fr. 1'300.70 e chiede al TCA, vista la litispendenza, di “ esaminare d'ufficio se si può entrare in materia in queste circostanze ” (doc. VI). 2.3. Le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal tribunale arbitrale (art. 89 cpv. 1 LAMal). E' competente il tribunale arbitrale del Cantone di cui è applicabile la tariffa oppure del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente (art. 89 cpv. 2 LAMal). Il tribunale arbitrale è pure competente se l'assicurato è debitore della remunerazione (sistema del terzo garante, art. 42 cpv. 1); in tal caso, l'assicuratore lo rappresenta a proprie spese (art. 89 cpv. 3 LAMal). Per costante giurisprudenza la competenza del tribunale arbitrale dipende da quali parti sono toccate dall'oggetto litigioso. La controversia deve concernere la posizione particolare dell'assicuratore o del fornitore di prestazione nell'ambito della LAMal, per esempio le questioni riguardanti gli onorari e le tariffe (cfr. DTF 131 V 191 consid. 2 pag. 192 con riferimenti, citata nella recente sentenza 9C_687/2010 del 30 dicembre 2010). Con sentenza K 124/02 del 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 apparenta 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 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 dell'impugnativa. 2.4. Con il ricorso l'insorgente chiede il rimborso delle prestazioni dal 1° luglio 2012 al 31 dicembre 2013 (doc. I). La decisione su opposizione porta tuttavia sul periodo dal 1° ottobre 2012 al 31 dicembre 2013 (doc. A). Nella procedura di ricorso in materia amministrativa sono di massima esaminabili e giudicabili solo i rapporti giuridici sui quali la competente autorità amministrativa si è precedentemente, e in maniera vincolante, determinata con una decisione (sentenza 8C_16/2010 del 3 maggio 2010). Di conseguenza, se non è (ancora) stata emessa una decisione (o una decisione su opposizione), manca l'oggetto impugnato e quindi un presupposto processuale (DTF 131 V 164 consid. 2.1 pag. 164 e seg.; 125 V 413 consid. 1a pag. 414 con riferimenti; cfr. pure sentenza 8C_549/2007 del 30 maggio 2008 consid. 4). Secondo costante giurisprudenza, l'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati (cfr. DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415; 124 V 19 consid. 1 pag. 20 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure DTF 110 V 48). L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza; DTF 125 V 413 consid. 2a pag. 415 con riferimenti). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno (ad es.: diritto alla rendita) o più rapporti giuridici (ad es.: diritto alla rendita e diritto all'integrazione). Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso (in questo senso anche DTF 118 V 431 consid. 3b pag. 313 seg.; inoltre vedasi DTF 119 V 347 consid. 1b pag. 350 come pure Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989 pag. 25). L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 482), le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni H 101/85 del 23 ottobre 1985, in RCC 1986 pag. 317 consid. 4a). Spetta al giudice stabilire, nel singolo caso, cosa compone l'oggetto litigioso e se, datene le condizioni, sono soddisfatti i presupposti per una sua estensione, rispettivamente per un'eventuale estensione dell'oggetto impugnato (DTF 125 V 416 consid. 2a, 122 V 36 consid. 2a con riferimenti). A questo proposito in DTF 122 V 34 (cfr. anche DTF 110 V 51), l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), ha rammentato che per economia procedurale il Giudice può estendere l'oggetto impugnato ad una questione pronta per essere giudicata se vi è un nesso stretto con l'oggetto del contendere dal punto di vista fattuale e se l'amministrazione si è espressa in merito nel corso della procedura (DTF 122 V 34 consid. 2a: "Nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat"). In concreto con il ricorso l'insorgente chiede di esaminare anche il periodo

dal 1° luglio 2012 al 30 settembre 2012. Dagli emerge che l'assicuratore si è già espresso in passato su questo periodo (cfr. allegati al doc. X). Inoltre la relativa documentazione, prodotta dal ricorrente con lo scritto del 28 giugno 2014 (doc. X), è stata trasmessa all'assicuratore che ha potuto determinarsi in merito (doc. XI e XII). Ritenuto che la fattispecie e le problematiche sollevate sono le medesime oggetto della decisione impugnata, che la procedura si trascina ormai da molto tempo e che l'amministrazione ha potuto esprimersi in merito, questo Tribunale, come è sua facoltà (cfr. DTF 125 V 413), per economia procedurale esaminerà anche il periodo dal 1° luglio 2012 al 30 settembre 2012.

Nel merito 2.5. 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

E. 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 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. 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. 8a 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." 2.6. Oggetto del contendere è l'assunzione dei costi delle prestazioni spitex dal 1° luglio 2012 (cfr. ricorso, doc. I) al 31 dicembre 2013, ai sensi dell'art. 25a LAMal (cfr. anche sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013).

2.7. Nel caso di specie l'assicurato è affetto da dispnea in paziente con aumento ponderale di 5-6 kg in due settimane, cardiopatia ischemica con angina pectoris da sforzo CCS II-III, iperlipidemia, lieve BPCO su pregresso tabagismo, insufficienza venosa cronica con edemi in particolare alla caviglia destra (D-Dimeri: 0.3 mg/l il 27.11.2012), duplex venoso del 14 dicembre 2012 (assenza di TVP), trombosi venosa profonda fibulare e vene solee distali a sinistra (18.03.2011), stato dopo varico-tromboflebite sottogenicolare segmentale di una collaterale della grande safena (16.01.07), stato dopo tromboflebite grande safena magna destra (21.05.08), vertigini recidivanti di non chiara origine, prostata ostruttiva, vescica trasecolata, sindrome cervico-vertebrale cronica in paziente con disartrosi e artrosi C4-C5 C5-C6 e C6-C7, marcata artrosi atlanto-dentale, lieve restringimento del canale vertebrale osseo a livello di C4-C5 e di C5-C6, dolori recidivanti agli arti inferiori in paziente con ernia discale L5-S1, depressione della limitante superiore di L4, coxartrosi e gonartrosi bilaterale, stato dopo operazione per cataratta e glaucoma occhio sinistro 2005, obesità (allegato doc. 31).

2.8. In concreto il ricorrente chiede l'assunzione delle seguenti prestazioni eseguite da _____ (doc. I, pag. 5): - dal 1.7.2012 al 30.9.2012: 92.40 ore al mese [recte: al trimestre] (2.40 ore di consigli e istruzione, 26.70 ore di esami e cure, 63.30 di cure di base); - dal 1.10.2012 al 31.12.2012: 92.40 ore al mese [recte: al trimestre] (2.40 di consigli e istruzione, 26.70 ore di esami e cure, 63.30 ore di cure di base); - dal 1.1. al 31.3.2013: 81.90 ore al trimestre (1.20 ore di consigli e istruzione, 23.70 ore di esami e cure, 57.00 ore di cure di base); - dal 1.4.2013 al 30.6.2013: 78.90 ore al trimestre (1.20 ore di consigli e istruzione, 20.70 ore di esami e cure, 57.00 ore di cure di base); - dal 1.7 al 30.9.2013: 103.50 ore al trimestre (1.20 ore di consigli e istruzione, 45.30 ore di esami e cure, 57.00 ore di cure di base); - dal 1.10. al 31.12.2013: 81.60 ore al trimestre (1.80 ore di consigli e istruzione, 22.80 ore di esami e cure, 57.00 ore di cure di base). L'assicuratore,

con la decisione impugnata, riconosce per il periodo dal 1° ottobre 2012 al 31 dicembre 2013, un fabbisogno di 15 ore e mezzo (30 minuti di consigli e istruzione, 4 ore e mezza di esami e cure, 10 ore e mezza di cure di base). Inoltre, dal 1° luglio 2013 al 31 dicembre 2013 ha riconosciuto i costi per la misurazione della glicemia per un totale di 3 ore (doc. 5).

2.9. 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 (cfr. sentenza 36.2014.26 dell'8 settembre 2014). 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 (cfr. sentenza 36.2014.26 dell'8 settembre 2014). 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

E. 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. (...)" 2.10. Come già evidenziato nella sentenza 36.2014.26 dell'8 settembre 2014, questo TCA rileva che _____ ed il ricorrente hanno prodotto una documentazione completa e motivata. Oltre alle richieste di garanzia intitolate " valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio " (cfr. ad esempio doc. 34), dove, trimestralmente, _____ ed il medico curante (dr. med. _____) hanno indicato, in generale, il preventivato fabbisogno di cure ai sensi dell'art 7 OPre, il medico curante ed _____ hanno fornito sia dei referti medici relativi allo stato di salute del paziente (cfr. doc. 35, 31, 15, D, E), sia dei piani di intervento dettagliati nel corso del mese di luglio 2012 e 2013 (doc. 37 e allegati al doc. 11, cfr. anche doc. P, Q, R ed S). Nella documentazione trasmessa, già il 6 settembre 2012, all'assicuratore, 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, del 2 luglio 2012 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. P). Nel caso dell'insorgente sono stati descritti 8 tipi di problemi. Per quanto concerne, ad esempio, la patologia principale, ossia l'inefficace autogestione della salute correlato a pluripatologie manifestato con richiesta di aiuto da parte del medico curante, 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 per la prima volta nel quadro delle valutazioni e dei bisogni e nella determinazione del bisogno di cure nel quadro della valutazione dei bisogni. Circa il secondo problema, ossia il rischio di alterazione dei parametri vitali e valori glicemici correlato a problemi cardio-circolatori che si manifesta con edemi agli arti inferiori, capogiri, l'obiettivo consiste nel mantenimento a lungo termine del medesimo stato di salute tramite la misurazione della pressione arteriosa, il controllo del polso e del peso. Nella documentazione sono descritti, con le medesime modalità, gli ulteriori problemi che toccano l'assicurato e le misure da intraprendere. Il 28 ottobre 2013 _____ ha poi presentato un piano d'intervento aggiornato al 20 settembre 2013, oltre al formulario RAI-HC Svizzera con valutazione del 12 luglio 2013 (cfr. allegati al doc. 11). In sede di udienza, il 18 giugno 2014, nell'ambito del parallelo incarto 36.2014.26, è stato 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 familiari, 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. (...) 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%. (...) 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." Alla luce di tutto quanto sopra esposto emerge un'attività svolta seriamente, controllata dagli enti cantonali competenti e supportata dai medici curanti. 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.

2.11. In primo luogo va evidenziato che le ore riconosciute in sede di decisione impugnata sono in parte inferiori rispetto a quelle garantite dallo stesso assicuratore nei mesi precedenti. Ad esempio, nell'ambito dei consigli e delle istruzioni fatturate ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre, l'assicuratore dal 1° ottobre 2012 al 31 dicembre 2013 ammette la necessità di 30 minuti al mese, allorché aveva garantito un'ora al mese fino al 31 dicembre 2012 (cfr. doc. 36), mentre nell'ambito degli esami e delle cure, preventivate e fatturate ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre, l'assicuratore per il periodo dal 1° ottobre 2012 al 31 dicembre 2013 ammette la necessità di un onere orario mensile di 4 ore $\frac{1}{4}$, oltre ad una tantum di 3 ore per la misurazione della glicemia dal 1° luglio 2013 al 31 luglio 2013, mentre aveva garantito 4 ore e 50 minuti fino al 30 giugno 2013 (doc. 36, doc. 33, 17), 14 ore al mese da luglio a settembre 2013 e 6 ore al mese da ottobre 2013 (doc. 12 e 6). Infine per le cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre la cassa ha sempre garantito almeno 12 ore e 30 minuti (cfr. doc. 36, 33 17; 18 ore dal 1° ottobre 2013), mentre con la decisione impugnata è ridotto le ore riconosciute a 10 e mezza. In altre parole l'assicuratore ha in parte modificato le sue precedenti prese di posizione a sfavore dell'assicurato, con effetto retroattivo. Il ricorrente denuncia una "reformatio in peius" (cfr. doc. X). 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. In concreto, nella misura in cui l'assicuratore, prima dell'emissione della decisione impugnata, ha garantito un importo superiore rispetto a quello riconosciuto con la decisione su opposizione, ha violato il principio della buona fede. Infatti, avendo ormai beneficiato delle prestazioni a suo tempo garantite dalla cassa malati l'insorgente, se non ottenesse il rimborso, subirebbe un pregiudizio irreparabile, giacché dovrebbe pagare personalmente le prestazioni ricevute in funzione delle garanzie fornite dall'assicuratore (cfr. anche sentenza 36.2014.26 dell'8 settembre 2014). 2.12. Nel dettaglio, per quanto concerne l'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), va rilevato quanto segue. L'assicurato ha chiesto il rimborso di 0,80 ore al mese da luglio a dicembre 2012 (ossia 48 minuti), poi ridotte a 0.40 ore al mese da gennaio a settembre 2013 (ossia 24 minuti) ed infine aumentate a 0.60 ore al mese (ossia 36 minuti) per l'ultimo trimestre 2013 (cfr. allegato doc. M). L'assicuratore riconosce, dal 1° ottobre 2012, 30 minuti al mese (doc. A). Questo TCA evidenzia innanzitutto che il 12 dicembre 2012 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 luglio 2012", doc. U), rispettivamente il 19 dicembre 2012 ("garanzia di pagamento per prestazioni Spitex valida dal 1 ottobre 2012"; doc. 36) la convenuta aveva riconosciuto, fino al 31 dicembre 2012, 1 ora al mese, ossia più di quanto chiesto dal medesimo ricorrente. Anche per il periodo dal 1° gennaio 2013 al 30 settembre 2013, la Cassa ha riconosciuto 30 minuti, a fronte dei 24 minuti chiesti dall'interessato. Solo per l'ultimo trimestre 2013 l'amministrazione ha riconosciuto un importo inferiore, ossia 30 minuti in luogo dei 36 minuti richiesti. Ritenuto che complessivamente l'assicuratore dal 1° ottobre 2012 al 31 dicembre 2013 ha riconosciuto un monte ore superiore a quello chiesto dal medesimo ricorrente (1 ora per il

secondo semestre 2012 in luogo di 48 minuti, 30 minuti da gennaio a settembre 2013 in luogo di 24 minuti), il fatto che per l'ultimo trimestre 2013 sono stati riconosciuti 6 minuti in meno non è di nocimento al ricorrente. Del resto all'interessato sono comunque state complessivamente erogate solo 5.75 ore (5 ore e 45 minuti) di consigli ed istruzioni dal 1° luglio 2012 al 31 dicembre 2013 (doc. N), a fronte di una garanzia, per l'intero periodo, di 12 ore. Ne segue che le prestazioni fatturate ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre devono essere rimborsate integralmente. 2.13. 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 il periodo dal 1° settembre 2012 al 31 dicembre 2013 ammette la necessità di un onere orario mensile di 4 ore $\frac{1}{4}$, oltre ad una tantum di 3 ore per la misurazione della glicemia dal 1° luglio 2013 al 31 dicembre 2013. L'assicuratore ha tuttavia garantito, nel corso dei mesi, prestazioni superiori rispetto a quanto poi riconosciuto in sede di decisione impugnata, e meglio 4 ore e 50 minuti fino al 30 giugno 2013 (doc. U, 36, doc. 33, 17), 14 ore al mese da luglio a settembre 2013 e 6 ore al mese da ottobre 2013 (doc. 12 e 6), per complessive 118 ore. Occorre pertanto partire da quest'ultimo dato, maggiormente favorevole per il ricorrente (cfr. consid. 2.11). Il medico curante ed _____ avevano richiesto 8.90 ore (8 ore e 54 minuti) per il periodo da luglio a dicembre 2012, 7.90 ore (7 ore e 54 minuti) da gennaio a marzo 2013, 6.90 ore (6 ore e 54 minuti) da aprile a giugno 2013, 15.10 ore (15 ore e 6 minuti) dal luglio a settembre 2013 e 7.60 ore (7 ore e 36 minuti) da ottobre a dicembre 2013, per complessive 139 ore e 12 minuti, ossia una differenza di 21 ore e 12 minuti in 18 mesi, e meglio circa 1 ora al mese. Dalla tabella riassuntiva di _____ (doc. N), risulta che l'aiuto concreto prestato al ricorrente da luglio 2012 a dicembre 2013 è stato in realtà leggermente superiore a quello figurante nei formulari " valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio ", ossia 155 ore e 50 minuti. Ritenuto che l'interessato con il ricorso domanda il rimborso degli importi chiesti in garanzia trimestralmente, la questione non è di rilievo. Secondo l'elenco del piano d'intervento la cura comprende: - preparazione dei medicinali, 1 volta alla settimana - somministrazione di medicinali, 2 volte al giorno - misurazione della pressione, 1 volta la settimana - controllo del peso, 1 volta la settimana - controllo del polso, 1 volta la settimana - osservazione e controllo della respirazione, 1 volta la settimana L'assicuratore nel riconoscere 4 ore e mezza ha affermato che il fabbisogno di tempo è calcolato come segue: - preparazione dei medicinali e controllo dei segni vitali: 1 ora e mezzo al mese; - somministrazione dei medicinali: 2 ore e mezza al mese - pedicure mensile: $\frac{1}{2}$ ora al mese purché sia eseguita da un'infermiera diplomata Da luglio a dicembre 2013 viene inoltre misurata la glicemia, che viene di solito effettuata assieme al controllo dei segni vitali. Per questa prestazione è stato riconosciuto un rimborso di 3 ore per tutto il periodo. Circa l'onere orario mensile delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre), l'assicuratore riconosce 10 ore e mezza. In precedenza aveva tuttavia garantito 12 ore e mezza al mese fino al 30 settembre 2013 e 18 ore al mese dal 1° ottobre 2013 per tutto il periodo litigioso (doc. U, AA, 36, 33, 17,12), ossia complessivamente 241 ore e 30 minuti. Occorre pertanto partire da quest'ultimo dato, maggiormente favorevole per il ricorrente (cfr. consid. 2.11). Il medico curante ed _____ avevano richiesto 21.10 ore (21 ore e 6 minuti) per il periodo da luglio a dicembre 2012 ed in seguito 19 ore da gennaio a dicembre 2013 per complessive 354 ore e 36 minuti. Dalla tabella riassuntiva di _____ (doc. N), risulta che l'aiuto concreto prestato al ricorrente è stato in realtà complessivamente inferiore a quello figurante nei formulari " valutazione dei bisogni e mandato medico per prestazioni di cure a domicilio ", e meglio poco più di 299 ore, per una differenza di 58 ore circa su 18

mesi rispetto a quanto garantito dalla convenuta (ossia poco più di 2 ore al mese). _____, secondo il piano d'intervento, aveva previsto le seguenti prestazioni: - igiene completa in bagno o doccia oppure al lavandino, 1 volta la settimana - taglio unghie della mano, 2 volte al mese - taglio unghie del piede, 1 volta al mese - calze compressive/bendaggio, 2 volte al giorno - frizioni, giornalmente Da parte sua la convenuta riconosce 10 ore e mezza, come segue: - aiuto per la cura del corpo: 3 ore al mese - indossare e togliere le calze compressive e applicare l'unguento Hemeran sulle gambe: 7 ore e mezzo al mese L'assicuratore ha inoltre evidenziato che: " _____ fornisce prestazioni di assistenza utili durante l'esecuzione delle cure. Concretamente: si tratta di attenzioni umane nei confronti di persone socialmente isolate, anziane e che vivono da sole. Per quanto riguarda questa fattispecie, rimandiamo al problema numero 8 nella pianificazione delle cure del 20.09.2013: ascolto attivo, dare sostegno psicologico, rassicurare il paziente . Tuttavia non si tratta di prestazioni soggette all'obbligo di rimborso da parte delle casse malati secondo l'art. 7 cpv. 1 lett. a-c OPre, dunque questi costi non devono essere rimborsati dall'AOMS." Il 22 settembre 2014 il TCA ha interpellato il medico curante, dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale, al quale è stata sottoposta la presa di posizione dell'assicuratore, sottoscritta da _____, infermiera in salute pubblica diplomata Case manager FH, infermiera diplomata e dal dr. med. _____, " Leitender Vertrauensarzt SGV ", e al quale è stato chiesto di presentare osservazioni in merito alla riduzione delle ore da parte dell'assicuratore, dettagliando e motivando per quali ragioni con _____ è stato preventivato un fabbisogno maggiore (doc. XIV). Il curante, dopo aver descritto la diagnosi, ha affermato: "Si tratta di un paziente 90enne che seguo come medico curante dal 04.02.2005. Il paziente è noto per una grave insufficienza venosa cronica con pregresse varico tromboflebiti e trombose venose profonde. Per questo motivo necessita di un aiuto parte del personale _____ per mettere le calze elastiche al mattino dopo aver applicate le creme necessarie agli arti inferiori come pure per togliere le stesse calze elastiche alla sera. Il paziente, che vive solo non è in grado di compiere tale gesto. Il personale dell' _____ effettua inoltre un regolare controllo salute con presa dei parametri di polso e pressione nonché del peso. Il signor RI li presenta inoltre un'evidente difficoltà a svolgere autonomamente la doccia, in parte su una diminuita forza fisica, in parte su una sindrome vertiginosa cronica. Deve quindi essere assistito per l'igiene personale. Dal 22.7.2014 al 12.08.2014 il paziente è stato ricoverato presso il reparto di Medicina dell'Ospedale Distrettale di _____ in quanto recentemente aveva presentato un netto peggioramento concernente la deambulazione, trascorrendo la maggior parte della giornata sdraiato o seduto. Nella lettera di dimissione i colleghi dell'Ospedale di _____ ritengono che il paziente necessiti di aiuti a domicilio per una gestione corretta ed in sicurezza della vita quotidiana, persistendo un non trascurabile rischio di caduta. Il test di Shellong effettuato durante la degenza è risultato patologico. L'ipotensione ortostatica, l'ipovisus e la nota cervicalgia cronica contribuiscono nel provocare una instabilità nella marcia. Il personale dell' _____ prepara inoltre la scatola settimanale dei farmaci in quanto la terapia farmacologica è abbastanza complessa e il paziente non sarebbe in grado di seguirla correttamente. L'assistenza da parte del personale dell' _____ è molto importante per evitare a breve termine un ricovero in casa per anziani. Un paziente polimorbido, a rischio di caduta e quindi di eventuali fratture necessita di almeno 30 ore di prestazioni mensili da parte del personale dell' _____. L'attuale cassa malati del paziente non ha infatti contestato il fabbisogno di cura preventivato dall' _____." (doc. XV) Il 7 febbraio 2013 il dr. med. _____ aveva

inoltre affermato che: “(...) Recentemente il paziente ha presentato un aumento ponderale di 5-6 kg in due settimane (...) associato ad una dispnea aumentata. Per questo motivo è stato ricoverato il 05.02.2013 nel reparto di Medicina Interna dell' _____ per accertamenti. I colleghi della Medicina interna mi hanno comunicato che intendono escludere un'embolia polmonare. Il paziente a mio avviso deve poter beneficiare di un'assistenza di almeno 31 ore mensili da parte del personale _____.” (doc. 31) Il 17 settembre 2013 il dr. med. _____ ha aggiunto: “(...) Il paziente presenta inoltre una sindrome ansioso-depressiva e in questo senso il personale dell' _____ effettua un sostegno psicologico nel rassicurarlo. L'assistenza da parte del personale di A _____ è molto importante per evitare a breve termine un ricovero in Casa Anziani. Vi chiedo quindi di accordare 30 ore di prestazioni mensili da parte del personale dell' _____ per questo paziente polimorbido.” (doc. 15) Va ancora evidenziato che il 18 dicembre 2012 l'infermiera _____, di _____, aveva redatto un rapporto circa le condizioni di salute del ricorrente, affermando: “Anamnesi familiare L'utente vive solo, la moglie è in casa per anziani da 5 anni a causa di una malattia degenerativa. Ha 3 figli che abitano nelle vicinanze (...) Igiene e tegumenti Riceve aiuto per una doccia settimanale da parte del personale di _____. Gli altri giorni fa da solo ma fatica a soddisfare in modo adeguato questo bisogno. Vi sarebbero la necessità e i presupposti per aumentare gli aiuti legati all'igiene. Presenta la cute molto secca, fragile con tendenza ad arrossamenti a livello inguinale e nelle pieghe addominali a causa della sua obesità. A livello degli arti inferiori presenta edemi importanti legati ad un'insufficienza venosa cronica. La cute a livello pre tibiale tende ad arrossarsi, al bisogno viene applicata crema dermatologica. _____ si occupa di mettere e togliere le calze elastiche tutti i giorni in quanto l'utente non è in grado di farlo autonomamente a causa della difficoltà motoria Alimentazione/idratazione Paziente riceve i pasti a domicilio, a colazione beve caffè-latte e fette biscottate. A cena spesso riscalda i pasti già pronti che porta la nuora o la figlia. Ha un appetito discreto. Soffre di obesità nonostante abbia un'alimentazione nella norma. Pesa 100 kg. Idratazione: beve circa 1 litro al dì, necessita di essere stimolato a bere. Eliminazione Diuresi: incontinente, ha avuto disturbi alla minzione in precedenza ma ora è ben gestito con la terapia medicamentosa (per problemi prostatici) Alvo: continente, tende ad essere stitico, al bisogno assume lassativi Attività e riposo Soffre di vertigini e si presenta con un equilibrio instabile, si mobilita con l'aiuto di un bastone. Esce di casa solo se accompagnato, riesce a ritirare da solo la posta e fa qualche passo nel piazzale dove abita. Di notte dorme bene, nel pomeriggio fa un riposino.” (doc. 35) _____, infermiera di salute pubblica, intervenuta per esaminare la fattispecie su richiesta dell'assicuratore, ha inoltre affermato: “(...) Il bisogno di cure del signor RI 1 confronta i suoi familiari e la Spitex _____ con la cura in età avanzata tipica nel lavoro quotidiano della Spitex, quindi automaticamente con numerose attività utili che tuttavia non rappresentano prestazioni obbligatorie secondo la LAMal. Si tratta delle seguenti prestazioni: le attenzioni umane quotidiane, citato dalla pianificazione della cura <<ascoltare pazientemente, richiedere l'intervento dei familiari, calmare>>, per una persona socialmente isolata, anziana e che vive da sola assistenza Si tratta di prestazioni umane assolutamente utili, senza le quali la cura sarebbe un atto prettamente tecnico e tuttavia, si tratta contemporaneamente di prestazioni che il signor RI 1 dovrebbe finanziare da sé se si trovasse in un qualsiasi istituto di cura. Un altro problema è la discrepanza tra pianificazione e realizzazione. Per i tempi calcolati, la Spitex impiega lo strumento di valutazione RAI-HC, creato appositamente per la cura negli istituti di cura. I tempi standard definiti sono stati calcolati di proposito con

margini molto larghi, poiché le tariffe negli istituti di cura sono praticamente la metà di quelle della Spitex. La Spitex _____ prende questi tempi standard così come sono e calcola le prestazioni secondo queste cifre teoriche. La LAMal, tuttavia, prevede che la Spitex debba fatturare i tempi di cura effettivamente prestati, secondo la sua tariffa più elevata, e non secondo i tempi pianificati o secondo i tempi standard di un catalogo che per di più è pensato per un altro tipo di istituzione, dove le persone hanno bisogno, tra l'altro, di più cure rispetto ai pazienti della Spitex. Raccomandazione L'espresso desiderio del signor RI 1 di rimanere a casa il più a lungo possibile (diritto di autodeterminazione) non dovrebbe dipendere dal finanziamento. Consiglio ai famigliari e al medico di famiglia che provvede alle prescrizioni di inoltrare la richiesta per un assegno per grandi invalidi al municipio o alla Pro Senectute, attraverso l'assistenza sociale, che può essere effettuata anche retroattivamente fino a un anno. Obiettivo: finanziamento dei costi per le prestazioni, sì utili, ma non coperte, attorno a quello che concerne la realizzazione delle cure, ad esempio l'assistenza. Se il signor RI 1 adempie i criteri per un assegno grandi invalidi, allora ne avrebbe diritto anche in un istituto di cura. Secondo le possibilità, e per sollevare la Spitex e i famigliari, consiglio al personale di cura di cercare un servizio di visita/sostegno con il signor RI 1 che sia adatto ai suoi bisogni individuali: la maggior parte dei comuni dispone di un centro sociale che possa dare informazioni riguardo alle risorse locali. Inoltre consiglio a Spitex _____ di tematizzare le prestazioni di cura utili, ma non coperte, subito, non appena viene assunta la cura di un paziente. La trasparenza può aiutare a strutturare la cura individuale delle persone come il signor RI 1 in modo professionale, tenendo conto dei loro desideri personali, come quello di restare a casa. In questo modo la vita quotidiana dei pazienti e dei loro famigliari non è sottoposta allo stress dovuto a questioni di finanziamento non chiarite in precedenza e non risolte" (doc. 3) Per quanto concerne la critica all'applicazione del RAI-HC, di cui anche la convenuta è parte, va rammentato, come stabilito dal TF, che, pur se non vincolante, questo strumento 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 "). Circa le divergenze tra il medico curante, dr. med. _____ nonché gli infermieri e i 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. A, sottolineatura del redattore), ossia teoricamente ed astrattamente, mentre le valutazioni dei collaboratori di _____ e del medico curante 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 (6 e 7) sulle 8 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 letto dal medico fiduciario (che si è detto d'accorso) e di cui peraltro non si conosce neppure la specializzazione (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 l'infermiera _____ ha esaminato solo il periodo successivo al 1° ottobre 2012 (cfr. doc. 3, in particolare pag. 6), e alla medesima apparentemente non sono neppure stati messi a disposizione i documenti, dettagliati, prodotti in precedenza da _____, ad esempio l'elenco particolareggiato delle prestazioni effettuate nel mese di agosto 2012 (allegato al doc. R), dove vengono precisate nei minimi particolari le misure adottate, né il piano d'intervento del 2 luglio 2012 (allegato al doc. P). La Cassa malati del resto, tranne per quanto si dirà in seguito, di per sé non contesta che queste prestazioni siano necessarie nel caso di specie, ma sostiene che andrebbero effettuate in un tempo inferiore. Sennonché, l'assicuratore non ha mai esaminato sul posto il paziente, fa completamente astrazione dello stato di salute dell'interessato e non tiene in sufficiente considerazione le difficoltà intrinseche che possono avere gli infermieri nell'intervenire su un paziente polimorbido. In

effetti, le argomentazioni dell'infermiera di fiducia della Cassa malati, che pretende di conoscere il reale stato di salute del ricorrente senza averlo però visitato personalmente, sono superficiali, poco professionali e non possono essere minimamente ritenute per giustificare la riduzione delle ore necessarie e quindi contestare l'effettivo impiego del tempo avvenuto ad opera dei fornitori intervenuti. Neppure la circostanza che il medico curante in una circostanza, e meglio il 17 settembre 2013, ha accennato al fatto che a causa della sindrome ansioso-depressiva di cui è affetto l'insorgente (peraltro indicata solo dal mese di settembre 2013, cfr. allegato al doc. 31 e doc. 15; cfr. anche doc. M, valutazione dei bisogni dal 1° luglio 2013, ma datata 10 ottobre 2013) “ il personale dell' _____ effettua un sostegno psicologico per rassicurarlo ”, può essere un motivo per ridurre il numero delle ore di cui è stata chiesta la garanzia. Come rileva il ricorrente e come emerge anche dalle affermazioni della direttrice sanitaria di _____, _____, sentita da questo Tribunale il 18 giugno 2014 nell'ambito della causa 36.2014.26, il sostegno psicologico non è una prestazione a sé stante effettuata dal personale curante, ma è una componente intrinseca della prestazione già normalmente eseguita (udienza del 18 giugno 2014: “ Preciso che in ogni caso sulla valutazione dei tempi per i vari atti di cura gli stessi sono tariffati ossia sono previsti dei tempi da un tariffario per il prelievo, una pressione, una somministrazione di medicinali e così via. 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 ” e “ 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” , sottolineatura del redattore). 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'assicurato, 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 (...)"). 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. "). Non va poi dimenticato che nell'udienza del 18 giugno 2014 nell'ambito dell'incarto 36.2014.26, qui richiamata, 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. 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. 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 del 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'assicurato, 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, nella misura in cui quest'ultimo sostiene che la documentazione prodotta dai fornitori di prestazioni sarebbe lacunosa e non comprovante, il suo giudizio sul monte ore di cure

necessario all'assicurato 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 degli esami e cure (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) e delle cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) contenute nelle valutazioni “ dei bisogni e mandato di cura medico per prestazioni di cure a domicilio ” per il periodo dal 1° luglio 2012 al 31 dicembre 2013, vanno confermate. 2.14. Alla luce di quanto sopra esposto, l'assicuratore è tenuto a riconoscere al ricorrente tutte le ore fatturate dal 1° luglio 2012 al 31 dicembre 2013 da _____ nella misura in cui non superano quelle contenute nelle valutazioni “ dei bisogni e mandato di cura medico per prestazioni di cure a domicilio ” (cfr. quanto chiesto con il ricorso, doc I, pag. 5). 2.15. Visto l'esito dell'impugnativa, l'assunzione delle ulteriori prove chieste dal ricorrente medesimo si rilevano superflue. In particolare non è necessario, in questa sede, alla luce del richiamo dei verbali del 5 giugno 2014 e del 18 giugno 2014 dell'incarto 36.2014.26 sentire quali testi _____, direttore di _____, _____, direttrice sanitaria di _____ ed il medico cantonale. Risulta pure superfluo sentire il medico curante, essendo stato interpellato per iscritto dal TCA. 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). 2.16. All'insorgente, rappresentato da una persona cognita in materia a partire dal 16 giugno 2014, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPGa).

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