

## TI\_GERICHTE 36.2014.54 vom 9. Februar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-02-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.54)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.54 du 9 février 2015

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.54 del 9 febbraio 2015

### Erwägungen

#### E. 32

LAMal. A suo dire, infatti, v'era sì la necessità di cure neuroriabilitative, ma non (addirittura) di una degenza stazionaria, tanto che le stesse potevano essere anche dispensate ambulatorialmente o in day hospital alla Clinica di \_\_\_\_\_. In tali evenienze, determinante è che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191; DTF 122 V 160, consid. 1c). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Innanzitutto va evidenziato, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.2), che la necessità di ospedalizzazione si realizza, di regola, da un lato se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale e, dall'altro, se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenti delle possibilità di successo. Per quanto concerne l'esigenza dell'esaurimento delle cure ambulatoriali, va qui evidenziato che in virtù della specificità della patologia di cui è affetta la ricorrente, a mente di questo Tribunale la stessa difficilmente poteva essere trattata soltanto ambulatorialmente, considerata la possibilità - concreta - di un peggioramento delle sue condizioni di salute (cfr. i pareri dei dottori \_\_\_\_\_: " Si ces séances de physiothérapie ne sont pas suivies de manière scrupuleuse et régulière il est certain qu'une aggravation de l'état de santé de cette patiente soit à craindre. " (doc. K) e \_\_\_\_\_: " Raggiungere un "reale e duraturo beneficio... sull'evoluzione del danno alla salute" sarebbe anche nel caso delle distonie focali auspicabile, ma spesso è già un successo poter evitare - almeno in parte - le evoluzioni negative sopra ricordate (evitare l'apparire di contratture, di un peggioramento dei dolori e il coinvolgimento di ulteriori segmenti corporei nella distonia) " e ancora " (...) terapie in un setting di regime stazionario sono da privilegiare rispetto a quelle ambulatoriali, se le terapie specializzate per questo difficile tipo di patologie non possono essere erogate in condizioni da non compromettere il risultato stesso degli interventi. " (doc. X/1 pag. 6)). Alla luce della patologia di cui era affetta la ricorrente nel 2014, degli effetti della stessa sulle sue capacità motorie e delle conseguenze di una riabilitazione di tipo ambulatoriale e/o in day hospital, questo Tribunale ritiene fondata la richiesta che i provvedimenti terapeutici necessari (neuroriabilitazione) le fossero dispensati in un ambiente sicuro e stazionario. Non va infatti dimenticato che l'assicurata sin dal 1990 è affetta da tremore che nel tempo si è evoluto in emidistonia parossistica destra con torcicollo intermittente e afonia intermittente con componente somatoforme. Il dr. med. \_\_\_\_\_, neurologo, ha spiegato che la distonia in generale è un disturbo neurologico

cerebrale. Le distonie coinvolgono centri nervosi a livello dei gangli della base, ma anche svariati centri a livello corticale. Sono coinvolti, anche se apparentemente il disturbo sembra essere solo di tipo motorio, centri senso-motori (con iper- e ipoattività) che coinvolgono per esempio le aree premotorie e supplementari motorie caudali. I gangli della base sono coinvolti in svariate operazioni cognitive, che influenzano il comportamento dei pazienti. Secondo i prestatori di cure che sono intervenuti, delle sedute di fisioterapia in regime stazionario effettuate periodicamente presso la Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_ con un programma che si svolga durante tutto il giorno permetterebbero, come in passato, una stabilizzazione della sintomatologia. In caso contrario, ci si deve attendere un aggravamento dello stato di salute dell'assicurata. A proposito dell'effettiva efficacia delle precedenti degenze in via stazionaria presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, i pareri delle parti divergono. Nella richiesta del 15 maggio 2012 (doc. 16) di prolungamento della garanzia per cure riabilitative stazionarie indirizzata dalla Clinica alla Cassa malati resistente, è indicato che la necessaria riabilitazione neurologica iniziata il 30 aprile 2012 ha avuto esito positivo fino a quel momento, visto che dopo due settimane la paziente aveva fatto progressi tangibili in tutti i domini funzionali deficitari, ma non aveva ancora raggiunto uno stato clinico funzionale conciliabile con il progetto riabilitativo complessivo e presentava un decorso tuttora influenzato e rallentato dalle patologie presenti. Quali deficit funzionali attuali erano stati segnalati dei deficit senso motori (deambulazione claudicante) ed una sindrome dolorosa invalidante. Fra i motivi per i quali gli obiettivi previsti non erano perseguibili con un trattamento ambulatoriale è stato indicato un quadro clinico resistente alla terapia ambulatoriale. Gli obiettivi del trattamento erano la deambulazione non claudicante, fluida, e la riduzione della sintomatologia distonica algica all'emisoma destro e del capo. Il prolungamento richiesto era di una settimana, per un totale di quattro settimane di degenza (dal 30 aprile al 26 maggio 2012). Era inoltre segnalato che il decorso della paziente con una lunga storia di distonia ed associati dolori era stato fino a quel momento favorevole. Si erano ridotti sia gli episodi degli attacchi distonici che la loro intensità, ciò che ha portato la paziente a ricorrere meno frequentemente ad analgesici. Prolungando la degenza si sarebbe cercato di ridurre ulteriormente questi episodi e la loro intensità e di stabilizzare questo quadro. Nel rapporto del 1° giugno 2012 (doc. 17) allestito dai dr. med. \_\_\_\_\_ (capo clinica), \_\_\_\_\_ (medico ospedaliero) e \_\_\_\_\_ (primario) all'indirizzo del medico curante, sono espone le diagnosi principale e secondaria, l'anamnesi, i deficit funzionali all'ingresso (a tratti, presenza di scosse di tremore di bassa frequenza ed elevata ampiezza all'arto superiore destro e atteggiamento di rotazione e inclinazione del capo, che si estinguevano spontaneamente. All'esame obiettivo, non evidenti deficit cognitivi, fasici o a carico di nervi cranici. Dal punto di vista funzionale, l'assicurata era autonoma nei transfer e nei passaggi posturali, raggiungeva e manteneva la stazione eretta con ridotte reazioni d'equilibrio, deambulava senza mezzi ausiliari, con zoppia a destra), gli obiettivi riabilitativi (intervento fisioterapico ed ergoterapico volto a diminuire la frequenza degli episodi distonici e l'intensità dei dolori ad essi associati. Il trattamento è stato integrato con sedute di fisioterapia in piscina, massaggio e impacchi a scopo decontratturante e conseguentemente antalgico), il decorso (privo di problematiche internistiche acute meritevoli di segnalazione. L'approccio multimodale, fortemente incentrato sulla persona, ha consentito all'interessata di acquisire delle strategie per gestire gli episodi distonici ed il dolore, rispettivamente ridotti di frequenza ed intensità. Le reazioni di equilibrio erano migliorate, il perimetro di marcia era aumentato fino a 30 minuti di cammino senza pausa, così come la resistenza allo sforzo), la terapia farmacologica alla

dimissione ed il piano terapeutico all'uscita (per consolidare lo stato funzionale di allora, era indicato che l'assicurata beneficiasse di un trattamento fisioterapico a lungo termine. In merito alla possibilità di intraprendere una presa a carico psicologica visto la lunga durata e l'occasionale disabilità indotta dalla patologia, l'interessata l'ha rifiutata, ritenendo di essere sufficientemente sostenuta dalla cerchia familiare e dagli amici). Il rapporto del 6 marzo 2013 (doc. 18) dei dottori \_\_\_\_\_ (capo clinica), \_\_\_\_\_ (medico ospedaliero) e \_\_\_\_\_ (primario), riferito alla degenza della ricorrente dal 4 al 23 febbraio 2013, nel suo contenuto ricalca per lo più il precedente. Nella valutazione e decorso i curanti hanno indicato che il decorso è stato privo di problematiche internistiche acute. Sono stati segnalati periodici dolori al rachide o alla regione glutea destra, sempre migliorati con la terapia in atto, a volte associati a scosse di tremore di bassa frequenza ed elevata ampiezza all'arto superiore destro. La proposta di una presa a carico psicologica o il tentativo di introdurre nuovi farmaci per la cura di tali eventi è stata categoricamente rifiutata, in quanto la paziente ha riferito di avere già provato senza successo diversi tentativi. Alla dimissione persistevano sporadici episodi distonici e di dolore generalizzato, sempre attenuati con l'assunzione di Piroxicam o Lorazepam. Le reazioni di equilibrio erano migliorate, il perimetro di marcia era aumentato fino a 30 minuti di cammino senza pausa, così come la resistenza allo sforzo. A mente del TCA, alla luce dei suesposti rapporti di uscita, tutti e due i cicli di neuroriabilitazione effettuati in via stazionaria presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ hanno dato esiti positivi sulla ricorrente. Vanno infatti evidenziati i percorsi privi di problematiche internistiche acute e l'acquisizione di strategie per gestire gli episodi distonici ed il dolore, che sono stati ridotti di frequenza e di intensità. Anche le reazioni di equilibrio sono migliorate, così come il tragitto di marcia fino a 30 minuti e la resistenza allo sforzo. Al termine della degenza del 2013 sono persistiti sporadici episodi distonici e di dolore generalizzato. Ciò nonostante, considerato che ogni anno, ogni patologia e le conseguenze che essa trae a sé, così pure ogni degenza debba essere oggetto di una valutazione a sé stante, la circostanza che CO 1 abbia ammesso la necessità, nel 2012 e nel 2013, di una degenza stazionaria dell'assicurata presso la Clinica \_\_\_\_\_ per dei trattamenti neuroriabilitativi è ininfluenza per la soluzione del caso di specie, eccetto l'ipotesi in cui le circostanze siano esattamente le stesse oggi come allora. Considerata la suesposta situazione medica va ritenuto, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali ( DTF 129 V 56 consid. 2.4 ), che nel 2014 le condizioni di salute dell'interessata erano tali che v'era effettivamente la necessità medica di una riabilitazione stazionaria in una struttura ospedaliera acuta, essendo questo tipo di trattamento utile ed appropriato per migliorare - e comunque certamente per non peggiorare - il suo stato di salute. Come visto, scopo della riabilitazione è di ripristinare, con l'ausilio di mezzi di ordine sanitario, funzioni perdute o di migliorare funzioni ridotte. Occorre tuttavia che la cura della malattia sia, di per sé, terminata e che debbano essere effettuate le forme di terapie necessarie per il trattamento successivo della malattia. La riabilitazione conclude la vera e propria cura della malattia e ha come scopo di eliminare totalmente o parzialmente, tramite provvedimenti sanitari, i danni provocati dalla malattia stessa o dalle cure o serve, nei casi di malattie croniche, a mantenere e migliorare le rimanenti capacità funzionali. Dal 1990 la ricorrente è in cura presso degli specialisti per le sintomatologie apparse allora e sin dal 1993 il Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, neurologo attualmente attivo presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_, la segue per l'emidistonia destra con torcicollo intermittente e afonia intermittente con componente somatoforme. Nel febbraio 2014 (doc. 27) questo specialista ha segnalato che l'emidistonia era presente con crampi

sempre più importanti sul lato destro, che il torcicollo era piuttosto tremolante con sempre una postura distonica, ma in compenso l'assicurata non aveva più crisi di afonia. Per la problematica cervicale, da anni l'assicurata si sottopone ad iniezioni di tossina botulinica, con beneficio parziale e limitato nel tempo. Specificatamente per la distonia, l'interessata ha beneficiato di numerose cure fisioterapiche di carattere ambulatoriale e domiciliare (almeno) dal 2008 al 2014. Parallelamente, dal 2007 al 2011 compreso l'insorgente è stata degente in via stazionaria presso la Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_ per il medesimo scopo, mentre negli anni 2012 e 2013 le riabilitazioni di tipo neurologico sono avvenute alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. G pag. 3). Come ha rilevato lo specialista in neurologia consultato pendente causa dalla ricorrente, le terapie impostate dai medici curanti sono state quelle consigliate dalle linee guida in caso di una distonia come quella mostrata dall'assicurata. Gli interventi ripetuti e a localizzazione multipla con tossina botulinica hanno avuto, anche se non sempre, effetti benefici. Anche i diversi approcci farmacologici vertenti a combattere la sintomatologia distonica e la sindrome algica hanno dato luogo ad effetti positivi sulla paziente. Contemporaneamente sono state messe in atto anche soluzioni di tipo riabilitativo, basate su diversi tipi di esercizi volti ad influenzare le possibilità plastiche del sistema nervoso centrale e di esercizi atti a mantenere la funzionalità del sistema muscolo-scheletrico coinvolto e ad evitare la tendenza a contrazioni muscolari secondarie e allo sviluppo di sindromi algiche, come pure la generalizzazione della sintomatologia verso altre parti del corpo. Il neurologo ha al riguardo citato della letteratura medica secondo cui gli approcci improntati a training specifici sono molto promettenti, anche se i successi terapeutici hanno i loro limiti, ma il fatto che i pazienti possano essere seguiti dal punto di vista della prevenzione delle complicazioni e dell'estensione della sintomatologia ad ulteriori regioni è un punto molto importante. Secondo questo esperto, gli effetti delle terapie sullo stato di salute dell'assicurata portano ad alleviare la sofferenza a livello delle limitazioni funzionali e del dolore, a mantenere il livello funzionale migliore possibile, ad evitare complicazioni quali l'apparire di contratture, di un peggioramento dei dolori ed il coinvolgimento di ulteriori segmenti nella distonia. A suo dire, i precedenti ricoveri alla Clinica \_\_\_\_\_ hanno ottenuto questi effetti terapeutici, perciò egli ha consigliato un approccio in regime stazionario piuttosto che uno in via ambulatoriale, poiché il primo dà maggiori possibilità di successo per l'assicurata. La Cassa malati, sentiti i suoi medici di fiducia - uno dei quali ha peritato l'assicurata -, ha invece sostenuto che le cure riabilitative necessarie alla ricorrente possono essere dispensate anche ambulatorialmente o in day hospital alla Clinica di \_\_\_\_\_. Infatti, ai referti specialistici inviati dall'assicurata alla sua Cassa malati a suffragio della bontà della sua reale necessità di terapie neuroriabilitative stazionarie presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, si contrappongono in primo luogo i dettagliati rilievi peritali del 2 aprile 2014 (doc. G) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna generale, i quali sono stati poi oggetto, nel settembre 2014, di una specifica e chiara presa di posizione da parte del dr. med. dipl. phys. ETHZ \_\_\_\_\_, FMH in neurologia. Tuttavia, malgrado si sia trovato di fronte ad un dettagliato e logico parere medico specialistico, l'assicuratore non ha dato seguito a queste valutazioni dando modo ad uno specialista della medesima branca medica di esprimersi al riguardo, ma ha chiesto al dr. med. \_\_\_\_\_, suo medico di fiducia, anch'egli FMH in medicina interna generale, di prendere posizione. Il TCA osserva che sia le valutazioni del neurologo intervenuto a ricorso inoltrato sia quelle dello specialista che da 20 anni segue l'assicurata, non sono state smentite da certificazione specialistica di senso contrario, ma sono state solo contestate con allegazioni non specialistiche da parte di due

medici non aventi conoscenze approfondite sulle specifiche patologie emerse. Parte resistente cerca così di fondare la sua tesi sulla base di dichiarazioni di parte non specialistiche (dal profilo della disciplina medica in esame), che avrebbero dovuto imporre di chiedere una ulteriore valutazione specialistica ad altri esperti (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.1). Infatti, tanto la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che ha peritato l'insorgente quanto il dr. med. \_\_\_\_\_ che ha commentato il referto peritale della collega e così pure il dr. med. \_\_\_\_\_ richiesto da CO 1 di esprimersi da ultimo sulle perizie e sui referti dei medici curanti, sono specialisti FMH in medicina interna generale. Le loro valutazioni di medici non specialisti per gli aspetti in discussione non hanno pieno valore probatorio (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C\_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.35 del 28 ottobre 2013; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012). Dette valutazioni sono in contrasto non solo con la perizia del 26 settembre 2014 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del suo complemento del 9 novembre 2014, ma anche con i pareri del curante della ricorrente (docc. 27 e K), dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in materia. La Cassa malati resistente avrebbe dovuto semplicemente sottoporre tutta la documentazione medica a dei medici con specializzazione pari a quella degli esperti consultati dalla ricorrente e non a dei suoi collaboratori (esterni), con il diploma di medico e la specializzazione FMH in medicina interna generale. La giurisprudenza citata è infatti chiara al riguardo (STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013). Anche a prescindere dalle qualifiche mediche, le opinioni espresse dai dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ non sono in grado di contrastare né i referti peritali del dottor \_\_\_\_\_ né tanto meno i pareri dei medici curanti che, essi pure, forniscono comunque il quadro della situazione dell'assicurata e, soprattutto, sono stati allestiti da specialisti in materia. Questa differenza sostanziale emerge chiaramente nei tipi di terapia riabilitativa suggeriti dai medici intervenuti. Da una parte si ha un neurologo che, al di là del fatto che, contrariamente alla perita consultata dalla Cassa malati, non ha effettuato un'analisi completa dello stato di salute della paziente, ha invece ben chiarito quali siano i trattamenti riabilitativi che giovano all'assicurata e quali siano lo scopo e gli effetti che si vogliono ottenere per mezzo di questo tipo di riabilitazione nei confronti di una persona affetta da emidistonia parossistica. L'esperto ha in particolare ben spiegato che questi trattamenti devono influenzare e quindi interagire con il sistema nervoso centrale della paziente e devono mantenere la funzionalità del sistema muscolo-scheletrico. Per contro, le misure mirate alla mobilitazione passiva, lo stretching della muscolatura distonica, il rinforzo della muscolatura antagonista ipostenica e gli esercizi posturali suggeriti dai medici fiduciari non sarebbero adatti alla distonia. D'avviso di questo Tribunale, va certamente tenuta maggiormente in considerazione l'esperienza clinica nel campo specifico piuttosto che l'opinione, seppur data da un medico, riferita però a soluzioni teoriche applicabili in generale ad una determinata patologia e quindi forzatamente non adeguate alla persona ed alla sua specificità. D'altronde, come è chiaramente emerso dagli atti, la riabilitazione necessaria all'assicurata deve essere di tipo neurologico, visto che la distonia è un disturbo neurologico cerebrale. Pertanto, la "classica" fisioterapia non sembrerebbe sufficiente, nel caso concreto, ad apportare dei miglioramenti oggettivabili. Data la particolarità della malattia che colpisce l'insorgente, la letteratura medica citata dal dottor \_\_\_\_\_ precisa espressamente che sono note le difficoltà che esistono ad affrontare la distonia dal profilo terapeutico, perciò una maggiore conoscenza ed esperienza clinica in questo campo risulta molto importante e va ad esclusivo beneficio della salute dei

pazienti. Alla luce delle esaurienti spiegazioni fornite dal neurologo che ha peritato l'assicurata pendente causa, il quale non soltanto si è basato sulla sua personale esperienza medica in merito a questa problematica, ma ha altresì citato alcuni testi scientifici di autori che si sono chinati sulla riabilitazione neurologica, d'avviso del TCA va ritenuto che il tipo di terapia neuroriabilitativa suggerita dal dr. \_\_\_\_\_ sia più adeguata ed appropriata per curare la patologia di cui è affetta l'assicurata. Gli esercizi di cui quest'ultima necessita devono infatti essere mirati ad evitare le contrazioni muscolari secondarie, lo sviluppo di sindromi algiche e l'estensione della sintomatologia ad altre parti del corpo. Non va poi dimenticato che sia il medico curante \_\_\_\_\_ sia il dr. \_\_\_\_\_ hanno evidenziato come la distonia sia aggravata dalla stanchezza e dallo stress psicologico, perciò una trasferta giornaliera dal proprio domicilio alla Clinica di \_\_\_\_\_ (circa 60 km a tratta) certamente non gioverebbe alle condizioni di salute dell'assicurata, la quale ne otterrebbe soltanto tanta stanchezza e tanto stress, oltre ad un aumento del carico psichico; tutti fattori che minerebbero gli effetti positivi della riabilitazione appena effettuata. Vanno inoltre presi in considerazione le difficoltà oggettive di deambulazione e di guida di un veicolo da parte dell'interessata stanti il torcicollo e l'emidistonia che coinvolge anche l'arto inferiore destro, ciò che renderebbe oltremodo difficile la percorrenza del lungo tragitto casa-clinica di riabilitazione. Al di là della circostanza che egli sia stato primario della Clinica di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e che tuttora sia legato a questo istituto, ciò che potrebbe dare luogo a supposizioni sulla sua imparzialità e mancata oggettività nella valutazione del caso in esame, non v'è però dubbio alcuno sulla maggiore esperienza del dr. med. \_\_\_\_\_ nel campo specifico della neurologia e quindi delle patologie come la distonia. Ne discende che il suo parere deve essere comunque ritenuto più affidabile rispetto a quello dei tre medici generalisti consultati dalla Cassa malati resistente. Quanto alla questione della possibile origine somatoforme della sintomatologia tremorigena, individuata da entrambi i neurologi che hanno visitato l'assicurata (dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) e vivamente sottolineata dai medici fiduciari della Cassa malati tanto che, a loro dire, senza una presa a carico specialistica (psichiatrica) nessun tipo di trattamento riabilitativo stazionario avrebbe alcun successo e quindi nemmeno dovrebbe essere assunto dall'assicuratore, il TCA ritiene che la stessa debba essere relativizzata. In effetti, risulta che nel 2011 l'assicurata sia stata visitata dal dr. med. \_\_\_\_\_, il quale non avrebbe riscontrato alcuna turbe psichica inquietante. Nessun medico ha poi negato che vi siano delle componenti somatoformi nei disturbi che presenta la ricorrente. Tuttavia, al riguardo il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che nel caso concreto dominino le componenti della sintomatologia di tipo clinico piuttosto che di origine funzionale/somatoforme, sebbene una componente emotiva accentui la sintomatologia tremorigena, mentre i movimenti distonici del collo, del braccio, dell'arto inferiore e dell'avambraccio sono di (sola) origine distonica. È però possibile che le vicissitudini psicologiche quotidiane che intervengono nel vissuto dell'interessata influenzino la sua funzionalità con l'apparire di componenti emotive, fermo restando che l'espressione della patologia di base è di tipo distonico. Di conseguenza, nei casi come quelli dell'assicurata non sarebbe la componente psicologica ad impedire i successi terapeutici, bensì le sostanziali difficoltà nelle terapie delle distonie focali con localizzazioni multiple. In conclusione, secondo l'esperto occorrerebbe un approccio indiretto alla componente somatoforme, coinvolgendo l'aspetto somatico primario di tipo distonico e quindi senza scorporre la terapia con approcci specificatamente psicologici, poiché un tale agire accentuerebbe le somatizzazioni e le resistenze inconsce nella maggior parte dei pazienti. Pertanto, sarebbe opportuno un approccio che deve considerare anche

quelli che li integrano nelle attività della vita di tutti i giorni tramite il contributo delle cure infermieristiche riabilitative; in altre parole, gli addetti alla neuroriabilitazione devono essere integrati da personale con competenze in psicoterapia, giacché il coinvolgimento mentale del paziente è molto importante nel trattamento della distonia. Una consulenza psichiatrica separata non sarebbe invece indicata nei pazienti come la ricorrente, perciò l'insistente suggerimento dei medici fiduciari non apporterebbe dei concreti vantaggi clinici all'interessata. Stante la necessità di misure terapeutiche considerate le condizioni di salute complessive dell'assicurata nel 2014, secondo questo Tribunale non si poteva certo evitare una presa a carico stazionaria dell'assicurata in una struttura adeguata quale una clinica riabilitativa. In particolare, come hanno osservato i sanitari intervenuti, l'interessata necessitava di un periodo di ricondizionamento specifico in ambito ospedaliero, onde evitare un peggioramento delle sue condizioni di salute che, come visto, un eccessivo carico di stress dovuto alle trasferte quotidiane, la stanchezza derivante dai lunghi viaggi e dalla riduzione del tempo di riposo avrebbe potuto comportare. In conclusione, tutto ben considerato, una terapia di tipo neuro-riabilitativo in regime stazionario avrebbe maggiori possibilità di successo sulla ricorrente rispetto a un trattamento in day hospital o ambulatoriale e quindi sarebbe da privilegiare, a prescindere dal fatto che, come scientificamente riconosciuto per la distonia, gli effetti benefici di questi trattamenti possano anche non essere duraturi, ma almeno hanno scopo preventivo delle complicazioni e dell'estensione della sintomatologia ad altre parti del corpo. 2.9 Va infine rilevato che con il ricorso l'assicurata ha censurato l'atteggiamento della Cassa malati resistente in merito alla ricusa del perito già formulata al momento della convocazione per la visita medico fiduciaria, giacché la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non disporrebbe della specializzazione neurologica richiesta nel caso di specie, perciò il rapporto redatto dalla stessa il 2 aprile 2014 e su cui si è basata CO 1 non dovrebbe avere il valore probatorio auspicato dall'amministrazione medesima. A suo dire, solo un neurologo potrebbe effettivamente valutare se, visto il suo stato di salute, le cure neuroriabilitative possano essere erogate anche in via ambulatoriale, senza che ciò possa ripercuotersi in modo negativo sul suo stato di salute già precario e se le cure di cui necessita possano essere erogate con analogo successo anche in via ambulatoriale (doc. I punto 4). Quando la ricorrente è stata contattata telefonicamente per sottoporsi ad una visita medica da parte di un medico fiduciario della sua Cassa malati, disponibilità peraltro spontaneamente data dall'interessata, la scelta del nominativo del perito è stata subito contestata per iscritto dalla paziente, giacché " Trovo scandaloso e poco professionale che dopo che avete ricevuto un rapporto, tra l'altro da voi richiesto, dal Prof. \_\_\_\_\_ primario in neurologia all'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il quale mi segue da ben 20 anni, debba andare per una ulteriore valutazione, da un medico generico e non da un neurologo, vista la complessità della mia malattia. Pretendo una vostra sollecita presa di posizione scritta alla quale eventualmente possa fare ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni. " (doc. 31). Il 26 marzo 2014 (doc. 34) il dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della Cassa malati, ha risposto a questa obiezione affermando che " Lo scopo della visita, è quello di stabilire la modalità adeguata per il trattamento prescritto. Il perito dispone della necessaria esperienza nel campo della riabilitazione, per poter valutare l'indicazione per una cura di riabilitazione in ambito stazionario, semistazionario o ambulatoriale. Accertamenti diagnostici o valutazioni della farmacoterapia non fanno parte delle domande poste al perito. Confermo pertanto il mandato conferito alla dott.ssa med. \_\_\_\_\_ e la prego di dare seguito alla convocazione. ". Come evidenziato nei considerandi precedenti, in effetti

la Cassa malati avrebbe dovuto far peritare l'assicurata da uno specialista in neurologia, date le particolari patologie di cui essa è affetta. Ciò, a maggior ragione visto che l'interessata stessa ne aveva fatta esplicita richiesta. Secondo il TCA, le spiegazioni fornite dal dr. med. \_\_\_\_\_ all'assicurata sulla bontà del perito scelto non sono però accettabili. In effetti, se è vero che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non ha messo in dubbio le diagnosi poste dal Prof. dr. med. \_\_\_\_\_ e da altri specialisti e quindi si è attenuta al quadro clinico esposto dai curanti dell'interessata, limitandosi a pronunciarsi soltanto sui metodi riabilitativi possibili e necessari all'assicurata, tuttavia, come sopra rilevato, la stessa non ha (forzatamente) le stesse competenze e conoscenze nello specifico campo delle distonie e quindi anche nel relativo campo della riabilitazione necessaria ai pazienti che ne sono affetti. Prova ne è il diverso approccio di tipo riabilitativo esposto dai due periti: uno di tipo meccanicista con riabilitazione di tipo passiva, l'altro di tipo neurocognitivo, con coinvolgimento mentale della paziente.

2.10. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici ed attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, stante il quadro clinico complessivo della ricorrente questo Tribunale non può confermare l'operato della Cassa malati. Stanti le considerazioni esposte, il ricorso deve essere accolto e la decisione impugnata annullata. Di conseguenza, CO 1 deve assumersi secondo la LAMal i costi derivanti da un trattamento di tipo neuroriabilitativo effettuato in via stazionaria dalla ricorrente presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ stanti le sue condizioni di salute così come allora accertate nel 2014.

Vincente in causa e patrocinata da un legale, la ricorrente ha diritto all'attribuzione di indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGa). 2.11. Con la trasmissione della perizia di parte la ricorrente ha contestualmente chiesto l'audizione in qualità di teste dello stesso dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. X), richiesta ribadita nel suo ultimo allegato (doc. XX). Dal canto suo, la Cassa malati ha invece osservato che vista la divergente opinione medica delle parti, sarebbe utile fare erigere una perizia (doc. XVIII). Questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, poiché la causa ha potuto essere giudicata sulla base degli atti dell'incarto. In particolare va rammentato, come già accennato nei precedenti considerandi, che i pareri dei medici prodotti dalle parti permettono a questo Tribunale di statuire in merito alla vertenza senza dover far capo ad una perizia che non potrebbe portare alcun elemento di novità.

Conformemente alla costante giurisprudenza, se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo 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 del 20 aprile 2005 nella causa Z., K 24/04; 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, SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b).