

TI_GERICHTE 36.2016.29 vom 18. Mai 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-05-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.29

FR: TI_GERICHTE 36.2016.29 du 18 mai 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2016.29 del 18 maggio 2016

Erwägungen

E. 18

febbraio 2011 9C_211/2010) - è comprensibile ampiamente a tutte le persone che conoscano minimamente il senso delle parole usate in lingua italiana ed abbiano anche solo semplici capacità cognitive. Il concetto espresso è elementare: se la procedura non è difficile perché ci sono prove complesse da acquisire, o se non presenta novità giuridiche, può essere decisa da un solo giudice e non da tutti i membri della Corte ticinese.

In concreto, nonostante la lunghezza del presente testo (argomento cui il TF si è dimostrato sensibile nella sua giurisprudenza [citata in precedenza] omettendo però di operare un adeguato distinguo tra quantità e qualità), va qui ricordato come il tema in discussione sia ampiamente stato analizzato da questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni nella sua recente prassi: si vedano in proposito le STCA 36.2014.26 dell'8 settembre 2014; 36.2014.44 del 22 ottobre 2014, 36.2014.4 del 13 ottobre 2014. Nel caso in esame il tema in discussione è anche quello a sapere se, correttamente, l'assicuratore, ha fissato il suo obbligo prestativo nella decisione impugnata e se, correttamente esteso il suo obbligo riconoscendo quanto indicato con la sua principale proposta di giudizio (invero dimostrando una certa confusione e poca dimestichezza con la materia). Il tema è limitato, la materia già analizzata e sviluppata (nel merito, laddove sia qui necessario riprendere tali aspetti) e il caso non presenta complicazioni in fatto unica essendo la carente elencazione degli atti da parte dell'assicuratore che, come dovrebbe sapere, va formulata in italiano. Il giudizio può quindi essere emanato a corte monocratica.

2. Il ricorso è ampiamente tempestivo siccome inoltrato nel termine di 30 giorni dall'intimazione della decisione resa su opposizione. Il provvedimento contestato è stato notificato il 5 febbraio, il termine di 30 giorni scadeva in domenica, il 6 marzo ed è quindi stato riportato al lunedì 7 marzo 2016.

nel merito

3. L'oggetto del contendere, ritenuto come chi rappresenta l'assicuratore non sembra abbia chiarezza di questo aspetto (per quanto emerge dal verbale d'udienza riportato in precedenza), è sostanzialmente definito dalla decisione impugnata e dagli aspetti, di essa, contestati. Nel concreto la decisione resa su opposizione riconosce prestazioni di cure a domicilio in favore del signor RI 1 nel seguente modo: 2 ore settimanali di valutazione e consigli (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), 1 ora per esami e trattamenti (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre) e 1 ora per le cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). Il dispositivo della decisione su opposizione precisa che questo riconoscimento è limitato al periodo 1° luglio - 30 settembre 2014. Per il resto l'opposizione è stata respinta.

Da notare qui che il dispositivo della decisione resa su opposizione è, letteralmente, il seguente:

Il resto della decisione 10 agosto 2015 (doc. 16) è piuttosto confuso siccome fa riferimento a scritti estranei alla decisione stessa, e meglio CO 1 rileva che l'assicurato desidera che CO 1 versi le sue prestazioni legali senza limite per le cure di base prodigate al signor RI 1 da _____, questo apparentemente l'oggetto della decisione.

Nelle sue argomentazioni CO 1 che dal 1° ottobre 2014 ha limitato le sue prestazioni a concorrenza di 2 ore settimanali di valutazioni e consigli e 1 ora per esami e trattamenti conformemente alla lettera 12 gennaio 2015 a _____.

Ora va subito osservato che nello scritto appena ricordato (doc. 11) CO 1 afferma invece di volere garantire la presa a carico di 2 ore al mese di valutazioni e consigli e 1 ora al mese di esami e cure (sottolineatura del redattore) con conseguente rifiuto dei trattamenti fatturati.

La decisione formale contraddice senza specifiche lo scritto cui si riferisce quo alle basi temporali riconosciute e, dopo riesame dell'incarto e dopo un'attenta lettura del parere _____ siamo in grado di riconsiderare parzialmente il vostro scritto 12 gennaio 2015 (ricordiamolo ancora: destinato al fornitore di prestazioni) nel senso che accettiamo di assumere un'ora alla settimana di cure di base nell'ambito dell'art. 7 cpv. 2 lett. c cifra 2 OPre e fatturate dal 1° ottobre 2014.

La decisione formale 10 agosto 2015 non contiene un dispositivo specifico.

Decisione formale e decisione su opposizione non appaiono coerenti quo al loro oggetto e, come evidenziato, contengono elementi contraddittori.

4. Nel merito, il tema in discussione è riferito alle cure dispensate ambulatorialmente. La materia, come ricordano le parti nei loro allegati, è retta dagli art. 7 e ss. OPre secondo cui gli esami, le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni da infermieri, organizzazioni di cure, in casa di cura, sono presi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure.

5. Si richiama qui, senza necessità di riprodurne il testo, quanto esposto da questo Tribunale cantonale delle assicurazioni nella STCA 36.2014.26 dell'8 settembre 2014 consid. 2.2. in merito alla natura delle cure in discussione in questa sede. Come evoca la STCA 36.2014.26 citata, 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 loro 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).

Sono prestazioni ai sensi dell'art. 33 lett. b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al cpv. 2 lett. a e all'art. 8, previa prescrizione o mandato medico, da infermieri (art. 49 OAMal), organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal), in case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal).

L'art. 7 OPre descrive nel dettaglio le prestazioni oggetto del contendere in questa sede nel seguente modo:

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.

2Il rimborso dei contributi di cui al capoverso 1 è calcolato per unità di tempo di 5 minuti. Il rimborso minimo è di 10 minuti.

- 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.

4Nel caso delle strutture diurne o notturne di cui all'articolo 7 capoverso 2ter, 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."

2Il 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."

2La valutazione dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui vive, delle cure e dell'assistenza necessarie.

3La 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.

3bisLa valutazione dei bisogni per le cure acute e transitorie si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme.

4La 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.

5L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati i dati della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

6La 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. ■

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 LAMal2) se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio. ■

3. Attualmente il paziente beneficia della presenza di un aiuto familiare 2 x 3 ore la settimana, e di un colloquio mensile con l' ■ infermiera psichiatrica. Questo dovrebbe protrarsi fino alla fine settembre 2013, quando il figlio maggiore andrà alla scuola materna.

4. Il paziente può effettuare da solo in principio tutte le attività domestiche, in questo caso l' ■ aspetto terapeutico risiede nel ■ coaching facendo assieme ■ da parte delle persone curanti.

5. Prima del 2,5 past/di, Tegretol 800 mg/di, Zyprexa 5-10 mg/di al bisogno.

6. La situazione si è sicuramente migliorata e stabilizzata da quando è intervenuto il prezioso aiuto a domicilio! Inoltre va ricordato come senza questa possibilità di aiuto sarebbe stato difficile permettere un rientro a domicilio rapido al momento del ricovero.

7. Il paziente ha necessitato un accompagnamento e dei consigli sulla gestione del quotidiano, in particolare per quel che concerne l' ■ aspetto psicologico, relazionale ed educativo con bambini molto piccoli, da parte di una persona capace e competente, e adeguatamente supervisionata per quel che concerne l' ■ aspetto psichiatrico. ■ (doc. 73)

Da notare che queste certificazioni sono prodotte all' ■ assicuratore in uno con tutta la documentazione relativa all' ■ anamnesi infermieristica, alle ulteriori certificazioni necessarie e le indispensabili prescrizioni (un esempio per tutti sono i doc. 96 a 100 prodotti agli atti) a soddisfacimento delle procedure di controllo.

In altri termini l' ■ assicuratore, a giustificazione della lettera 12 gennaio 2015 al fornitore delle prestazioni, della decisione formale e quella su opposizione non si fonda su alcuna valutazione di natura medica, in particolare psichiatrica, internistica o infermieristica consegnata agli atti e in qualche modo valutabile da parte dell' ■ assicurato prima e dal Tribunale poi.

Gli atti dell'intero dossier non contengono alcuna base scientifica concreta con obiezioni alle prescrizioni del curante. La patrocinatrice, nel suo allegato di risposta, dall'altra parte ammette la correttezza delle prescrizioni mediche e indica la volontà dell'assicuratore di onorare le prestazioni nei limiti delle prescrizioni mediche del curante, convenendo con le conclusioni del ricorso. L'assenza di concreti elementi medico-sanitari posti a fondamento della decisione dell'assicuratore rende la stessa assolutamente inconferente ai fatti. La lettera 12 gennaio 2015, la decisione formale 10 agosto 2015 e la decisione su opposizione si fondano sul nulla. Il TCA ha chiesto specificatamente alla patrocinatrice, in corso d'udienza, di evidenziare il sostrato medico e psichiatrico, oltre che infermieristico, che smentirebbe o inficerebbe parzialmente l'assunto del curante. La patrocinatrice ha ammesso l'inesistenza di tali verifiche e di tali documenti, postulandone addirittura l'acquisizione per il tramite del Tribunale stesso.

Ne discende che, già solo per questo motivo, la decisione impugnata non può essere assolutamente confermata ma va annullata.

7. L'unico fondamento posto alla base della decisione dell'assicuratore sembra essere l'economicità delle cure (risposta al ricorso, doc. III pag. 3 ultimo capoverso). L'assicuratore confonde però gli alti costi che una cura può avere con la sua economicità. I concetti sono diversi, come questa Corte ha evidenziato nella STCA 36.2015.5 del 1° aprile 2015:

Nel medesimo giudizio, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha esposto le seguenti considerazioni in merito all'efficacia e dell'adeguatezza delle cure:

8. In concreto l'assicuratore non ha fatto altro che muovere un generico rimprovero relativo al numero di ore di cure, ed ha ■ senza apportarne la minima prova o elemento che rendesse il suo dire in qualche modo verosimile ■ genericamente considerato non efficaci le terapie. Non basta all'uopo, come fa la risposta di causa, citare le norme legali senza il minimo riferimento a circostanze fattuali o elementi probatori. La pochezza della posizione della Cassa emerge in tutta la sua evidenza con il petito della risposta di causa per cui, dopo generico richiamo alle norme sull'economicità delle cure, l'assicuratore conviene che le stesse debbano essere onorate nella misura in cui il curante le ha prescritte. Questo atteggiamento la dice lunga sulla leggerezza e la superficialità con cui la procedura è stata affrontata, esaminata e portata avanti innanzi l'autorità giudiziaria e precedentemente.

L'assicuratore non ha incaricato, dopo acquisizione delle necessarie e complete informazioni dal curante psichiatra, dall'infermiera psichiatrica e dai servizi che hanno prestato le cure, nessuno specialista.

Non ha interpellato medici e non si è confrontata con le valutazioni del curante. La sua valutazione è basata, in sostanza, solo su un raffronto (vedi specchietto contenuto nella decisione qui impugnata) tra le cure negli anni 2013-2015.

Per tale motivo, la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati alla Cassa per l'emaneazione di una nuova decisione che rispetti le verifiche e indagini che le incombono (e che non devono essere svolte in prima battuta dal Tribunale contrariamente all'assunto della patrocinatrice).

Nella valutazione del bisogno concreto dell'assicurato, le persone competenti beneficiano di un certo margine di apprezzamento dal quale ci si può scostare solo con riserbo se il prescrivente è il medico di famiglia della persona assicurata, che conosce nel dettaglio lo

stato di salute del proprio paziente (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, sentenza 9C_597/2007 del 19 dicembre 2007, consid. 5.2, sentenza K 161/00 del 25 maggio 2001, consid. 4b). Inoltre, vale la presunzione secondo la quale le prestazioni mediche ordinate ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal sono efficaci, appropriate ed economiche (sentenza 9C_528/2012 del 20 giugno 2013, consid. 4, DTF 129 V 167 consid. 4). Il catalogo Resident Assessment Instrument-Home-Care (di seguito: RAI-HC; cfr. www.qsys.ch/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). Questo aspetto dovrà essere considerato dall'assicuratore per emanare il nuovo provvedimento che è chiamato a rendere. Non solo. CO 1 dovrà puntualmente verificare i motivi per cui la fatturazione della _____ per il periodo 01.07.-30.09.2014 non sia (di primo acchito ed apparentemente) rispettosa della prescrizione del curante (a questo proposito si faccia riferimento alla decisione su opposizione, foglio 5 punto 3 capitolo _____ in fine) e valutare se quelle prestazioni debbano comunque essere onorate. Ciò sulla scorta delle valutazioni dello psichiatra curante e degli esperti che riterrà di dovere incaricare.

In altri termini CO 1 verificherà, interpellando il curante, la necessità di quelle terapie svolte oltre alla prescrizione (così come ritiene l'assicuratore) al fine di accertare se fossero giustificate da specifici motivi non prevedibili al momento della prescrizione.

10. L'assicuratore in luogo di svolgere i compiti ed assolvere gli impegni imposti dalle norme in materia ha proceduto per tappe, prima restringendo (sine causa) i diritti del qui ricorrente, per poi successivamente ammettere, progressivamente, le pretese dello stesso. Il tutto sino alla presentazione della risposta di causa, con cui ha riconosciuto il suo obbligo di pagare quanto fatturato per le prescrizioni erogate in favore dell'assicurato, ciò nella misura e fino a concorrenza di quanto prescritto dal Dr. med. _____, obbligo esteso al 31 marzo 2016.

11. L'atto di risposta contiene una proposta fatta al Giudice poiché l'assicuratore non ha ritenuto di dovere formalizzare, in una decisione formale nuova, le sue ultime valutazioni.

L'art. 6 Lptca permette all'assicuratore di modificare il provvedimento impugnato sino al momento dell'invio della risposta di causa. In concreto CO 1 non ha proceduto in tal modo ma, con la risposta di causa, ha proposto al Tribunale cantonale delle assicurazioni delle conclusioni precise.

Queste conclusioni concernono un periodo addirittura successivo a quello in cui la decisione su opposizione è stata emanata, esse possono certamente essere ritenute condivisibili (alla luce degli atti).

L'assicuratore deve quindi essere obbligato qui a dar seguito a quanto profferito con la risposta di causa e quindi a pagare tutte le prestazioni di _____ e di _____ beneficiate dal ricorrente in base alle prescrizioni del dott. _____. Per il resto CO 1, con il rinvio degli atti qui ordinato, deve concretizzare quanto specificato al punto 9 precedente con riferimento alla fatturazione _____ rendendo un nuovo giudizio impugnabile. Analizzerà cioè se la fatturazione _____ per il periodo 01.07.-30.09.2014 di 193,15 ore su 90 giorni era giustificata alla luce di particolari esigenze, ciò che il dott. _____ lascia intendere, in particolare, nel doc. 12. Una volta

operate le necessarie e complete verifiche CO 1 si pronuncerà di nuovo su questo specifico aspetto.

12. CO 1, da ultimo ancora in sede d'udienza (doc. VIII, pag. 2 in fine) chiede che il TCA svolga l'istruttoria completa per verificare l'entità dei diritti del signor RI 1.

La proposta dell'assicuratore di far svolgere dal giudice un'istruttoria dettagliata, con interrogatori, perizia e audizioni (come descritto nelle considerazioni di fatto) al fine di accertare gli obblighi futuri della Cassa stessa, in difetto di un'istruttoria da parte della medesima e in difetto di una decisione specifica sulle prestazioni future da parte di CO 1, è assolutamente inammissibile e misconosce i principi basilari che reggono la materia. La decisione formale e quella su opposizione non hanno per oggetto specificatamente le prestazioni future dell'assicuratore che vanno valutate alla luce delle norme applicabili e della giurisprudenza federale, a dipendenza delle prescrizioni mediche e delle necessità di cura. Se la cassa riterrà, in maniera seria, approfondita, dopo lo svolgimento delle indagini scrupolose e necessarie che il caso le impone (e che non devono essere svolte dal giudice in prima battuta), nel rispetto del dettato giurisprudenziale evocato potrà se a suo avviso dati i presupposti limitare le sue prestazioni. Preferibilmente ciò dovrebbe avvenire dopo una verifica eseguita in contraddittorio, in uno con il curante, in maniera lo si ripete seria ed approfondita perché in gioco vi è la salute di una persona affetta da una seria patologia. Le cure necessarie, economiche e adeguate, non possono essere poste in discussione per un desiderio di risparmio. Quando in discussione vi è l'essere umano la dignità dello stesso deve essere il centro della preoccupazione dell'assicuratore chiamato ad applicare norme di diritto pubblico.

La soccombenza dell'assicuratore impone il riconoscimento all'assicurato di adeguate ripetibili che considerino la necessità di impugnare il provvedimento, di seguire poi l'udienza e le difficoltà della procedura. Pur considerando la nota d'onorario prodotta al momento dell'udienza, la stessa non può essere interamente riconosciuta in questa sede siccome riferita a periodi di tempo che esuberano la fase processuale.

Nonostante le critiche contenute nello scritto 6 maggio 2016, la nota appare cronologica e adeguatamente dettagliata. Le ore esposte dalla ricevuta della decisione su opposizione, qui 22e½ che paiono comunque eccessive e possono essere ridotte a, complessivamente, 18, vanno onorate a CHF 250.-- cui si aggiungono le spese per il periodo d'interesse che possono essere fissate in CHF 300.-- complessivamente. L'importo per ripetibili va conseguentemente fissato in CHF 4'500.-- + 300.-- cui va sommata l'IVA (8%) per complessivi CHF 5'184.--. Non può essere compresa tra le spese quella per il parere giuridico del signor _____, ritenuto come quanto esplica detto parere costituisce il sapere di un avvocato attivo nel settore delle assicurazioni sociali e va ricompreso negli onorari calcolati.

L'assicuratore va inoltre condannato al pagamento della tassa di giustizia di CHF 1'000.-- e delle spese, che vengono cifrate in CHF 200.--, a seguito della leggerezza e negligenza con cui ha condotto la procedura in discussione. Una disamina conforme al dettato delle norme e della giurisprudenza che le chiarisce, in particolare l'intervento a supporto di specialisti in materia, avrebbe permesso di evitare l'iter che ha condotto il caso al giudizio del Tribunale cantonale delle assicurazioni, l'ossequio della possibilità concessa dall'art. 6 Lptca avrebbe permesso di accorciare i tempi così come le inammissibili richieste probatorie che hanno imposto, esse pure, un'udienza di discussione di apprezzabile durata.

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