

TI_GERICHTE 36.2018.20 vom 28. Mai 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.20

FR: TI_GERICHTE 36.2018.20 du 28 mai 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2018.20 del 28 maggio 2018

Regeste

Assicurato affetto da grave patologia psichiatrica che si reca regolarmente presso una clinica specializzata. Assicuratore vuole applicare la tariffa ambulatoriale e non quella stazionaria. Rinvio degli atti per l'allestimento di una perizia

Erwägungen

E. 1

LAMal le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. Per l'art. 32 cpv. 2 LAMal l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente. Gli art. da 35 a 40 LAMal indicano i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Circa le cure stazionarie, l'art. 39 cpv. 1 LAMal elenca i criteri affinché gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) possono ottenere l'autorizzazione Secondo l'art. 49 cpv. 4 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50. Quest'ultimo disposto prevede che per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a. I capoversi 7 e 8 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 126 V 326; sentenza 9C_67/2014 del 5 febbraio 2015; sentenza 9C_143/2014 del 22 luglio 2014; sentenza 9C_413/2012 del 14 febbraio 2013, sentenza 9C_276/2011 del 3 gennaio 2012; sentenza 9C_107/2011 del 28 febbraio 2011; sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010; cfr. anche SVR 2001 KV 15 pag. 39; SVR 2000 KV 40 c. 2, pag. 124, DTF 120 V 206 consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg.; 1977 pag. 167 e seg.; 1989 pag. 154 e seg.). Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere presuppone, in applicazione dell'art. 56 LAMal, che la degenza ospedaliera sia richiesta dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo del trattamento. Non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione, senza compromettere il buon esito del trattamento. Il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Tuttavia, l'intensità del trattamento terapeutico, richiesto dalla malattia, non costituisce l'unico criterio per decidere se lo stato di salute giustifichi un'ospedalizzazione, soprattutto quando un assicurato anziano che vive solo si trova nell'impossibilità di

ricevere a domicilio la sorveglianza e le cure richieste dal suo stato morboso. Come più volte ricordato dall' allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), la Cassa è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero anche se lo stato di salute dell' assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). In concreto non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione senza compromettere il buon esito del trattamento, ledendo, così, il diritto dell'assicurato ad essere curato in modo adeguato. 2.2. In una sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010, il TF ha dovuto giudicare un caso di un assicurato, nato nel 1966, degente presso una clinica i cui medici dello “ Psychiatriczentrum ” hanno chiesto un prolungamento della garanzia per una degenza stazionaria. L'assicuratore ha concesso la garanzia per un tempo limitato ed ha informato i medici che per il periodo successivo avrebbe applicato la tariffa in caso di cura ambulatoriale (“ Pflgetaxe ”). L'assicurato ha ricorso al TF chiedendo l'applicazione della tariffa in caso di cura acuta. L'Alta Corte al consid. 2.1 ha rammentato che l'obbligo prestativo per una cura stazionaria presuppone la presenza di una patologia che rende necessaria una cura acuta o una riabilitazione medica in un ambiente ospedaliero (DTF 126 V 323). La necessità di ospedalizzazione (“ Spitalbedürftigkeit ”) in tal senso si realizza, 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. L'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). Il bisogno di una cura acuta è generalmente dato laddove un danno alla salute sorge improvvisamente, all'ultimo momento ed in maniera violenta, ciò che necessita un'assistenza medica od una cura immediata ed intensa. La LAMal non prevede un termine temporale a partire dal quale una malattia durevole ha superato la fase acuta; un termine generale non esiste. La fase acuta dura in ogni caso fino a quando dalla cura ci si aspetta un miglioramento considerevole dello stato di salute. In queste condizioni anche una cura stazionaria di lunga durata in una Clinica psichiatrica può continuare ad avere il carattere di cura acuta. Al consid. 2.2 il TF ha rammentato che di norma in presenza di un danno alla salute cronico con uno sviluppo lento della malattia il bisogno di cura è riconosciuto. Si tratta di una sofferenza permanente dove in primo piano non vi è il trattamento medico ma la cura. Un trattamento medico necessario è tutt'al più eseguibile ambulatorialmente, mentre la cura non è più parte del trattamento medico vero e proprio ma serve ad equilibrare le conseguenze dell'assenza di possibilità di miglioramento dello stato di salute. La LAMal non conosce il concetto di malato cronico, ma prevede delle norme per la cura dei pazienti lungodegenti e per i pazienti che necessitano cure acute (cfr. art. 39 cpv. 3 LAMal). Persone con patologie psichiche o somatiche di lunga durata devono essere trattate alla stessa maniera. Il TF al consid. 2.3, con riferimento alla DTF 125 V 177 ed alla sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006, ha poi rammentato che per pazienti lungodegenti in una Clinica psichiatrica la tariffa delle prestazioni applicabile va valutata in applicazione dell'art. 50 LAMal come prevista per gli assicurati in casa di cura. Decisivo per la delimitazione con le prestazioni stazionarie è la questione di sapere se è possibile assistere medicalmente, adeguatamente e sufficientemente la persona assicurata in un'istituzione per pazienti lungodegenti. Nel caso concreto il TF ha

respinto il ricorso dell'assicurato. I medici curanti non hanno saputo motivare le ragioni di una necessità di una cura acuta stazionaria. Neppure la necessità di un'assistenza intensiva e continuata tramite personale specializzato fonda, da solo, un bisogno di cura in ospedale, poiché anche le case di cura dispongono di personale qualificato che può intervenire per aiutare le persone malate psichicamente nel caso in cui la persona assicurata sia particolarmente aggressiva o in caso di pericolo di autolesioni. Un possibile miglioramento o uno sviluppo favorevole dello stato di salute in forma moderata non è sufficiente a fondare la necessità di cura in ambito ospedaliero, poiché le probabilità di miglioramento devono essere concrete e di una certa importanza. Nella citata sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006 il TF, che ha dovuto giudicare il caso di un'assicurata ammalata di Alzheimer, degente presso un ospedale psichiatrico, e in cui l'assicuratore l'11 luglio 2003 ha informato l'interessata che dal 1° agosto 2003 (poi prolungato al 1° gennaio 2004) il soggiorno sarebbe stato rimborsato fino a concorrenza dell'importo forfetario applicato nelle case per anziani, ha affermato al consid. 4: " (...)

E. 3

. La recourante allègue que divers établissements médico-sociaux n'ont pas été en mesure de l'accueillir (Home Y._____, Foyer Z._____, EMS W._____), eu égard à la gravité de son mal. Dès lors, il avait fallu l'hospitaliser à nouveau à l'Hôpital X._____ et un retour auprès du Home médicalisé S._____ était exclu. Par ailleurs, la recourante soutient que la condition du besoin d'hospitalisation est réalisée en ce qui la concerne, car elle est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état, l'intensité desdits soins n'étant pas seule déterminante pour décider si une hospitalisation est ou non indiquée.

E. 4

Ces moyens sont dénués de pertinence. Dans un arrêt ATF 125 V 177 , où le point de vue du mandataire de la recourante a été discuté, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168) et ses incidences sur le droit aux prestations en cas de séjour dans un établissement a gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 179 consid. 1b et les références). En particulier, d'après cette jurisprudence, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social. La Cour de céans a récemment confirmé ces principes dans un arrêt A. du 14 avril 2005, K 157/04, consid. 2.2, s'agissant d'une assurée souffrant de la maladie d'Alzheimer. Dans l'arrêt ATF 125 V 177 , le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 3, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément

à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal). La Cour de céans n'a pas de raison de revenir sur cette jurisprudence. Au demeurant, il n'appartient pas au Tribunal fédéral des assurances de se prononcer sur les solutions apportées par le législateur à la question de l'hospitalisation de longue durée des personnes âgées et des malades chroniques.

E. 5

En l'espèce, il est constant que l'état de santé de la recourante est stationnaire et qu'aucun traitement hospitalier n'est nécessaire pour le maintenir. Les besoins de la recourante résident essentiellement en une surveillance en raison de sa tendance à la déambulation. Ce genre de prestation n'incombe pas à un établissement hospitalier mais à un EMS." Nella sentenza 9C_276/2011 del 3 gennaio 2012 al consid. 3.1 il TF ha rammentato che le nozioni di trattamento ambulatoriale, semistazionario e stazionario non sono state modificate dal nuovo tenore dell'art. 41 LAMal in vigore dal 1° gennaio 2009 e la giurisprudenza resa precedentemente continua ad essere applicabile (cfr. anche la sentenza 9C_67/2014 del 5 febbraio 2015, consid. 2.1 e seguenti dove vengono ripresi i concetti di cui alla sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010 ai consid. 2.1 e seguenti). 2.3. In concreto dagli atti emerge quanto segue. In data 23 febbraio 2017, in seguito al 72esimo ricovero, nel caso di specie, presso la Clinica _____ di _____ (di seguito: _____; cfr. doc. 5), l'assicuratore ha informato l'insorgente che dalla valutazione dei rapporti medici è emerso che le ospedalizzazioni non sono una conseguenza di una malattia acuta che deve essere trattata in regime stazionario e di conseguenza eventuali futuri ricoveri sarebbero stati rimborsati unicamente a livello ambulatoriale, riservato il caso in cui l'ammissione in clinica non rientri nella predetta fattispecie (doc. 6). Il 22 marzo 2017 il dr. med. _____, medico caposervizio presso la _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, preso atto dello scritto del 23 febbraio 2017, ha affermato: " (...) È quindi per me necessario puntualizzare alcuni aspetti della condizione del vostro assicurato che, da un punto di vista clinico, rendono sconveniente la vostra scelta. Il signor RI 1 è affetto sin dalla prima età adulta da un grave disturbo psicotico di natura cronica più correttamente inquadrabile come disturbo schizoaffettivo. Le fasi di acuzie sono caratterizzate da episodi affettivi estremamente intensi con caratteristiche ora francamente maniacali ora più decisamente disforiche con presenza di tachipsichismo, sintomatologia psicotica nel senso di una ideazione delirante megalomantica e persecutoria, agitazione psicomotoria, pervasive alterazioni comportamentali con condotte disorganizzate. Le fasi intercritiche sono comunque delineate da un funzionamento cronicamente patologico. Le difese psichiche – per lo più maniacali – sono estremizzate e coprono una grave sofferenza depressiva cui egli non riesce ad accedere. La modalità di relazione con i curanti sono deformate dalla patologia e si manifestano sia attraverso una attitudine persecutoria e accusatoria verso i servizi sia con una ambivalente richiesta di sostegno e accudimento pressoché costante. Il rischio suicidale rimane sempre presente come sfondo di una condizione esistenziale per lui intollerabile. Non ha mai messo in atto condotte parasuicidarie dal carattere dimostrativo o appellativo bensì un importante mancato suicidio (si gettò sotto un treno circa 4 anni fa) di cui porta tuttora conseguenze somatiche ortopediche. Non raramente si è colto negli anni, soprattutto nei momenti di maggiore consapevolezza ma anche nelle fasi di maggiore irritabilità, un preoccupante incremento del rischio suicidario che, nel suo caso, si esprimerebbe certamente con una gestualità estrema. Nei decenni egli ha subito numerosissimi trattamenti stazionari presso diverse cliniche cantonali; la durata delle degenze è stata di frequente anche lunga per la difficoltà a trovare

con tutti gli strumenti ipotizzabili (farmacologici, psicoterapici, riabilitativi, sociali, familiari educativi) uno stabile compenso. Al momento egli risiede sul territorio presso una pensione del _____. Riceve un trattamento con paliperidone depot (Trevicta, nuova formulazione con somministrazione trimestrale), antipsicotici tipici e BDZ. La presa a carico sul territorio è particolarmente intensa: egli è seguito giornalmente dalla nostra équipe dei Progetti Complessi che si occupa di pazienti particolarmente gravi per patologia e articolazione del progetto. La stessa clinica psichiatrica nella figura dello scrivente e dell'équipe dei reparti Adorna 2 e Adorna 4 (oltreché del medico di guardia che egli contatta) è giornalmente coinvolta direttamente dal paziente vuoi telefonicamente vuoi ambulatorialmente per una forma di contenimento praticamente continuativo della angoscia psicotica. Nel corso degli ultimi anni sono stati raggiunti importanti risultati nella cura del paziente che certamente non potrà verosimilmente trovare mai una condizione di stabilità ma la cui qualità di vita può certamente essere mantenuta a livelli accettabili di sofferenza soggettiva e di decoro umano. Nessuna delle figure terapeutiche coinvolte immagina di trovare una soluzione differente (farmacologica o di altra natura). La presa a carico deve continuare ad essere estremamente intensa, giornaliera e territoriale (l'ipotesi di un inserimento in comunità sinora non è stata mai praticabile). Le degenze dell'ultimo periodo sono state di relativamente breve durata perché informate ai principi di un trattamento moderno e prospettico della sua patologia ma – al di là di ciò – sono state tutte assolutamente necessarie perché estremamente protettive a fronte di una situazione di scompenso grave e pervasivo. In questo senso rimane assolutamente indicata la possibilità che egli venga trattato anche in forma stazionaria quando le condizioni affettive e il rischio di suicidio sono elevati e senza possibilità di contenere ambulatorialmente tale sintomatologia.” (doc. 7) Il 30 marzo 2017 il dr. med. _____, medicina interna FMH, medico di fiducia dell'assicuratore, ha risposto al dr. med. Bolla, rilevando che, dopo aver letto le sue motivazioni ed aver valutato l'intero incarto, compresi i rapporti d'uscita delle ultime degenze “dissentito dal fatto che, come da lei indicato, i ricoveri sono stati tutti assolutamente necessari a fronte di una situazione di scompenso grave. Dai rapporti in nostro possesso emerge che lo status all'ammissione è sempre pressoché identico ovvero in assenza di sintomi psicotici in fase attiva, non ideazione suicidaria, vigile, orientato e senza segni di ideazione auto-eterolesiva. Concordo peraltro con la sua affermazione che venga trattato in forma stazionaria quando e solo in questo caso, le condizioni affettive e il rischio di suicidio sono elevati e presenta sintomi psicotici” (doc. 8). Il 14 aprile 2017 la dr.ssa med. _____, medico assistente presso il _____ ha affermato: “ (...) Dal 21.03.2017 e sino al 06.04.2017 il signor RI 1 è stato ricoverato in modalità volontaria presso la Clinica _____ di _____. Il paziente al momento del ricovero si trovava in uno stato di scompenso affettivo, episodio misto. Si presentava sarcastico con eloquio logorroico, concitato, iperfonico, con tono dell'umore disforico, affettività non modulabile, con insight di malattia parziale e insonnia globale. Le tematiche, di carattere deliroide erano incentrate su prospettive grandiose e persecutorietà. La richiesta di accudimento e contenimento ambientale e farmacologico erano implicite. Presentava importante angoscia di morte. La degenza ha permesso un contenimento dell'angoscia e un sufficiente ristabilizzarsi del tono umorale. Il contenuto, implicito ed esplicito, del trattamento non era operabile in ambito ambulatoriale. È stato dimesso per proseguire le cure ambulatoriali e con la nostra équipe dei Progetti Complessi. Prosegue la sua terapia depot con Trevicta.” (doc. 9) Dopo aver chiesto ed ottenuto copia della cartella medica ed infermieristica informatizzata relativa al citato ricovero (doc. 12), il medico fiduciario ha

negato la necessità della degenza. Dalla documentazione emerge che l'insorgente si è presentato spontaneamente presso la _____ alle ore 8:00 per una richiesta " di ricovero volontario per sintomatologia ansiosa ". Dal test " global of Suicide Risk " del 21 marzo 2017 è risultato un punteggio di 2 su 16, ciò che significa un rischio molto lieve, in una scala che prevede: da 0 a 5 rischio molto lieve, da 6 a 8 rischio lieve, da

E. 5.1

Giusta l'art. 61 lett. g LPGa, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Trattandosi di una questione di diritto federale, questo Tribunale esamina liberamente l'interpretazione e l'applicazione della prima frase dell'art. 61 lett. g LPGa, concernente il diritto in quanto tale a ripetibili della parte vincente in causa (SVR 2004 AIV no. 8 pag. 21 consid. 2 [C 56/03]). In questa misura, l'art. 61 lett. g LPGa è escluso dall'ambito applicativo delle disposizioni transitorie dell'art. 82 cpv. 2 LPGa e osta all'applicazione di ogni eventuale norma (contraria) di diritto cantonale (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 121/03 del 10 agosto 2004, consid. 6.1.1; cfr. pure DTF 130 V 320 consid. 2.4 pag. 324).

E. 5.2

Stabilire di conseguenza se e a quali condizioni un'indennità possa essere accordata alla parte vincente in procedura cantonale è una questione di diritto federale e dipende, da un lato, dall'esito della lite, e, dall'altro, dalla persona avente diritto (cfr. DTF 129 V 113 consid. 2.2 pag. 115 e le sentenze ivi citate; quanto alla giurisprudenza sviluppata a proposito del vecchio art. 87 lett. g LAMal, in vigore fino al 31 dicembre 2002, ma comunque tuttora attuale [sentenza citata K 121/03, consid. 6.2.1], cfr. RAMI 1997 no. KV 15 pag. 320). (...)

E. 5.4

Quanto al giudizio sulla persona avente diritto a ripetibili in sede cantonale, giova rammentare che questa Corte a più riprese ha avuto modo di confrontarsi con la questione e di rilevare a tal proposito l'opportunità di considerare anche la propria prassi in materia (art. 159 OG) per risolvere il tema (DTF 126 V 11 consid. 1).

E. 5.4.1

Essa ha in particolare già avuto modo di riconoscere il diritto all'indennità di assicurati rappresentati segnatamente dall'Associazione svizzera degli invalidi (ora: Procap), dal servizio giuridico della Federazione svizzera per l'integrazione delle persone portatrici di handicap, dalla Pro infirmis, da un Sindacato, da un Patronato, dalla Caritas, ecc. (v. DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

E. 5.4.2

Un diritto a ripetibili (ridotte), in applicazione dell'art. 159 cpv. 1 OG, è pure stato riconosciuto a un'assicurata patrocinata da un medico (consid. 7 non pubblicato in DTF 122 V 230): in quella occasione il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha evidenziato come il mandatario - che tutte le circostanze facevano ritenere agisse dietro remunerazione - fosse particolarmente qualificato per rappresentare l'interessata nello specifico processo (concernente la presa a carico, da parte dell'assicurazione contro gli infortuni, delle conseguenze di una puntura di zecca che aveva provocato l'insorgere di una borreliosi).

E. 5.4.3

Il diritto a ripetibili è per contro stato rifiutato - in applicazione del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, abrogato in seguito all'entrata in vigore, il 1° gennaio 2003, della LPGGA - a un assicurato, che, pur vincendo in causa, era stato patrocinato da un ente incaricato dell'assistenza pubblica. Questa Corte ha ritenuto non giustificarsi in simile evenienza l'assegnazione di un'indennità di parte poiché il mandatario assisteva l'interessato a titolo gratuito e quest'ultimo non aveva pertanto da assumersi le spese per la tutela dei suoi interessi (DTF 126 V 11 consid. 5 pag. 13; giurisprudenza che è stata confermata anche sotto l'imperio della LPGGA dalla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 245/04 del 14 aprile 2005).

E. 5.4.4

Con particolare riferimento alla rappresentanza da parte di un curatore o tutore, questo Tribunale ha proceduto a distinguere due situazioni: quella in cui l'assicurato è patrocinato da un "semplice" curatore/tutore e quella in cui il rappresentante è allo stesso tempo avvocato o comunque giurista. Richiamandosi alla giurisprudenza sviluppata in relazione agli (abrogati) art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS e 87 lett. g LAMal, questa Corte si è così, da un lato, pronunciata in favore del diritto all'indennità per ripetibili di una persona assistita da un avvocato (o comunque da un giurista), precedentemente designato curatore o tutore, che aveva ottenuto successo in causa per conto del suo pupillo (DTF 124 V 338 consid. 4 pag. 345; in questo senso pure le sentenze inedite del Tribunale federale delle assicurazioni I 178/88 del 29 luglio 1988, e H 199/80 del 26 febbraio 1982). Dall'altro lato, essa ha per contro negato, in applicazione dell'art. 159 OG, lo stesso diritto in relazione all'operato di un "semplice" curatore intervenuto a prendere posizione su un ricorso di diritto amministrativo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (sentenza I 459/05 del 24 luglio 2006, consid. 4). In quest'ultima vertenza, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha giudicato che la parte resistente (l'assicurato) non era rappresentata da una persona (il curatore) particolarmente qualificata, motivo per il quale non poteva vantare il diritto a ripetibili, e ciò nemmeno a dipendenza di un dispendio lavorativo superiore al normale di quest'ultimo (sentenza citata, ibidem; v. inoltre pure sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, consid. 9).

E. 5.5

Dagli atti di causa non risulta che la curatrice dell'assicurato sia giurista o comunque in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. Conformemente alla suesposta giurisprudenza il suo intervento non poteva di conseguenza giustificare l'assegnazione di un'indennità per ripetibili, come per contro ha giudicato il primo giudice. Né la Corte cantonale ha per il resto ravvisato un comportamento temerario della qui ricorrente; comportamento che, datene le condizioni, avrebbe eventualmente pure potuto legittimare l'assegnazione di simili indennità (cfr. per analogia DTF 127 V 205 , 110 V 132 consid. 4d pag. 134). Ne discende che il ricorso dell'assicuratore ricorrente merita di essere accolto.” Anche nel caso di specie, dagli atti di causa non emerge che il curatore dell'insorgente sia giurista o comunque in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. Né si può ravvisare un agire temerario da parte dell'assicuratore. Ne segue che non vanno assegnate ripetibili.

E. 9

a 11 rischio medio, da 12 in poi rischio alto. Dallo status psichiatrico all'entrata emerge che " il paziente giunge in Clinica riferendo malessere, insonnia da giorni, ansia e umore eccessivamente euforico. Chiedeva quindi un ricovero protettivo che si accordava (...) Paziente vigile, lucido ed orientato, non presenta grossolani deficit mnesici. Eloquio spontaneo, concitato, logorroico ma arginabile, espresso con toni aumentati. Si presenta sarcastico. Pensiero libero da errore. Umore rivolto al polo positivo, con affettività consona non modulabile. Non emergono idee di morte o suicidali. Nega aggressività auto ed eterodiretta. Nega consumo di sostanze. Riferisce insonnia globale. Insight di malattia parziale (...) ". Dal decorso e dai colloqui con lo psichiatra emerge che il 21 marzo 2017 " nel mio studio mi parla della favola del Leone Morente. Contenuto dal ricovero ", il 22 marzo 2017 " umore tendenzialmente euforico. Notte riposata ", il 23 marzo 2017 " ieri disturbante in reparto. Umore euforico ", il 24 marzo 2017 " in congedo in giornata in università Dormito con riserve ma sonno a tratti disturbato ", il 27 marzo 2017 " notte riposata. Leggermente disforico ", il 28 marzo 2017 " notte riposata. Ieri in congedo tutto il giorno ", il 29 marzo 2017 " notte riposata. Non richiesta di riserve. Riduzione delle quote di ansia libera ", il 30 marzo 2017 " Notte riposata ", il 31 marzo 2017 " oggi in congedo in università ", il 3 aprile 2017 " adeguato in reparto. Umore in asse. Uscito con progetti complessi andato bene ", il 4 aprile 2017 " adeguato e gestibile in reparto. Notte riposata ", il 5 aprile 2017 " condizioni soddisfacenti ", il 6 aprile 2017 " il paziente annuncia l'intenzione di dimettersi e rientrare in pensione. Ieri è stato a _____. Oggi si reca a _____ (senza concordare con equipe ma tenendoci costantemente informati telefonicamente) (...) prosegue ambulatorialmente le cure con i casi complessi e rientra in pensione oggi. Dimissioni in condizioni soddisfacenti ". Dal rapporto di dimissione del 7 aprile 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, emerge che: " (...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ a piedi, chiedendo un ricovero. Motivo del ricovero – Problema attuale Paziente noto per pregressi ricoveri nell'ambito di una Sindrome schizoaffettiva, attualmente in terapia con Paliperidone long acting trimestrale. Il paziente, che da qualche settimana alloggiava presso una pensione di _____, è seguito dall'équipe Progetti complessi. Il paziente giungeva in Clinica riferendo malessere, insonnia da giorni, ansia e umore eccessivamente euforico. Chiedeva quindi un ricovero protettivo che si accordava. Status all'ammissione Paziente vigile, lucido ed orientato, non presentava grossolani deficit mnesici. Eloquio spontaneo, concitato, logorroico ma arginabile, espresso con toni aumentati. Si presentava sarcastico. Pensiero libero da errore. Umore rivolto al polo positivo, con affettività consona non modulabile. Non emergevano idee di morte o suicidali. Negava aggressività auto ed eterodiretta. Negava consumo di sostanze. Riferiva insonnia globale. Insight di malattia parziale. (...). Decorso clinico Nel corso della degenza il paziente si è mostrato adeguato e sempre collaborante nei confronti dell'équipe medico-infermieristica. Nei primi giorni di ricovero il paziente presentava uno scompenso affettivo, con episodio misto, si presentava sarcastico con eloquio logorroico, concitato, iperfonico, con tono dell'umore disforico, con affettività consona non modulabile, con insight di malattia parziale e insonnia globale. Ha giovato della vicinanza dell'équipe medico-infermieristica. Durante la degenza si riscontrava infezione delle vie urinarie sintomatica, che veniva trattata con terapia antibiotica, con risoluzione della sintomatologia. Il paziente si è allontanato il 06.04.2017, pur mantenendo i contatti con l'équipe curante, rendendola informata sia rispetto al proprio stato di salute, sia rispetto ai propri spostamenti. Visto lo stato psicopatologico caratterizzato da eutimia, l'assenza di pensieri negativi o autolesivi, piuttosto che di

tensione endopsichica, si dimetteva il paziente. Egli faceva così rientro presso la Pensione dove soggiorna. Prosegue la presa in carico medico-infermieristica con l'équipe progetti complessi." Dal 27 aprile 2017 al 4 maggio 2017 l'insorgente è stato nuovamente ricoverato presso la _____. Dal rapporto di dimissione dell' 11 maggio 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, emerge: "(...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ a piedi, chiedendo un ricovero. Motivo del ricovero – Problema attuale Paziente noto per pregressi ricoveri nell'ambito di una Sindrome schizoaffettiva, attualmente in terapia con Paliperidone long acting trimestrale. Il paziente, che da qualche settimana alloggia presso una pensione di _____, è seguito dall'équipe Progetti complessi. Il paziente giungeva in Clinica riferendo malessere, insonnia da giorni, ansia e umore eccessivamente euforico. Chiedeva quindi un ricovero protettivo che si accordava. Avrebbe litigato con la gerente della pensione rinunciando alla camera. Status all'ammissione Paziente vigile, lucido ed orientato, non presenta grossolani deficit mnesici. Eloquio spontaneo, concitato, logorroico ma arginabile, espresso con toni aumentati. Si presenta sarcastico. Pensiero libero da errore. Umore rivolto al polo positivo, con affettività consona. Non emergono idee di morte o suicidali. Nega aggressività auto o eterodiretta. Nega consumo di sostanze. Insight di malattia parziale. (...). Decorso clinico All'ingresso in clinica il paziente si presentava sarcastico con eloquio logorroico, concitato, iperfonico, con tono dell'umore disforico, affettività consona non modulabile, insight di malattia parziale e insonnia globale. Nel corso della degenza il paziente ha giovato della vicinanza dell'équipe infermieristica ed ha potuto inoltre beneficiare di terapia sedativa (Flurazepam e Diazepam). Il paziente si è allontanato nei giorni successivi l'ammissione, pur mantenendo i contatti con l'équipe curante, informandola sui propri spostamenti e rispetto al proprio stato di salute. Dopo discussione del caso con i curanti dei progetti complessi e con il curatore signor RA 1, dato il sufficiente stato di benessere psicopatologico, si dimetteva il paziente. Egli faceva così rientro presso una pensione di _____ come stabilito con l'équipe curante. Proseguirà la presa in carico medico infermieristica con l'équipe Progetti complessi." (doc. 13) Il 19 maggio 2017 l'assicuratore ha rifiutato l'assunzione dei costi (doc. 15). Dal 10 maggio 2017 al 20 maggio 2017 l'insorgente è stato nuovamente ricoverato presso la _____. Dal rapporto di dimissione del 24 maggio 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, emerge: "(...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ con mezzi propri. Motivo del ricovero – Problema attuale Il paziente, noto per numerose precedenti ospedalizzazioni nell'ambito di una Sdr schizoaffettiva, attualmente seguito dall'èquipe Progetti complessi chiedeva un ricovero dopo aver preso contatti con gli infermieri di reparto lamentando insonnia, aumento della tensione emotiva e vissuti di solitudine. Status all'ammissione Paziente trascurato nell'aspetto e nell'igiene personale. Lucido, orientato S-T e sul sé. Eloquio logorroico, scarsamente arginabile con nessi associativi mantenuti. Umore disforico con affettività sintona ai contenuti idetici espressi. Nel pensiero tematiche deliroidi megalomaniche, persecutorie con rivendicatività nei confronti delle istituzioni e dei familiari. Non ideazione auto-eterolesiva. Progettualità futura irrealistica. Atteggiamento relazionale provocatorio ma sfuggente. Clamoroso sul piano comportamentale. Non abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Pur con la consueta ambivalenza, paziente rassicurato dal ricovero. (...). Decorso clinico All'ingresso in clinica il paziente si presentava inadeguato dal punto di vista comportamentale con eloquio logorroico, concitato, iperfonico. Si notava tono dell'umore disforico, affettività consona non modulabile, insight di malattia parziale e insonnia globale. Nel corso della degenza il

paziente ha giovato della vicinanza dell'equipe infermieristica ed ha potuto inoltre beneficiare di terapia sedativa (Flurazepam e Diasepam). Il paziente si è poi allontanato nei giorni successivi l'ammissione, pur mantenendo i contatti con l'equipe curante, informandola sui propri spostamenti e rispetto al proprio stato di salute. Dopo discussione del caso con i curanti dei progetti complessi e con il curatore signor RA 1, in virtù del quadro clinico compensato pur in presenza della nota cronicità psichiatrica, il paziente è stato dimesso presso una pensione a _____. Proseguirà la presa in carico medico infermieristica con l'equipe Progetti complessi." (doc. 16) Dal 21 maggio 2017 al 23 luglio 2017 l'insorgente è stato nuovamente ricoverato presso la _____. Nel rapporto di dimissione del 25 luglio 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, si rileva che: " (...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ con mezzi propri. Motivo del ricovero – Problema attuale Il paziente, noto per numerose precedenti ospedalizzazioni nell'ambito di una Sindrome schizoaffettiva, attualmente seguito dall'equipe Progetti complessi, si recava in clinica lamentando insonnia, aumento della tensione emotiva e vissuti di solitudine. Si accoglieva il paziente in _____. Si contattavano i progetti complessi. Status all'ammissione Paziente trascurato nell'aspetto e nell'igiene personale. Lucido, orientato nei classici domini. Eloquio logorroico, scarsamente arginabile con nessi associativi mantenuti. Umore disforico con affettività sintona ai contenuti idetici espressi. Nel pensiero tematiche deliroidi megalomane, persecutorie con rivendicatività nei confronti delle istituzioni e dei familiari. Non ideazione auto-eterolesiva. Inadeguato sul piano comportamentale. Non abuso di alcool o sostanze stupefacenti. (...). Decorso clinico All'ingresso in clinica il paziente presentava umore disforico, con ideazioni a stampo deliroidi megalomane, persecutorie con rivendicatività nei confronti delle istituzioni e dei familiari. Nel corso della degenza il paziente ha giovato della vicinanza dell'equipe infermieristica ed ha potuto inoltre beneficiare di terapia sedativa (diazepam e clotiapina). In accordo con l'equipe dei progetti complessi si sostituiva la terapia depot trimestrale di paliperidone (Trevicta 525 mg 1 fl ogni 90 gg,) con quella mensile (Xeplion 150 mg ogni 28 gg, la prossima somministrazione è prevista per il 14.08.2017) per poter meglio monitorare il paziente. Il paziente si trovava in una fase di espansione maniacale con caratteristiche disforiche e degrado sociale. Si riteneva utile intervenire farmacologicamente con terapia neurolettica aggiuntiva a lunga azione (clopixol acutard), diazepam I.M e monitoraggio in reparto. Il paziente si allontanava nei giorni successive all'intervento pur mantenendo i contatti con l'equipe curante, informandola sui propri spostamenti e rispetto al proprio stato di salute. Si invitava il paziente tramite l'equipe dei casi complessi a ritornare in clinica per un'ulteriore valutazione, ma il paziente rifiutava di far ritorno presso la _____. Dopo la discussione del caso con i curanti dei progetti complessi e con il curatore signor RA 1, dato il sufficiente stato di benessere psicopatologico, si dimetteva il paziente. Proseguirà la presa in carico medico infermieristica con l'equipe Progetti complessi." (doc. 19) Dal 20 agosto 2017 al 22 settembre 2017 l'insorgente è stato nuovamente ricoverato presso la _____. Dal rapporto di dimissione del 22 settembre 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, emerge: " (...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ con mezzi propri. Motivo del ricovero – Problema attuale Paziente, noto per numerose precedenti ospedalizzazioni di cui l'ultimi conclusa nel mese di Luglio 2017, nell'ambito di una Sindrome schizoaffettiva. Due giorni prima del ricovero il paziente avrebbe ricevuto una diffida da parte del rettore dell'università di Lugano, tale notizia avrebbe determinato una deflessione dell'umore;

negli ultimi giorni il paziente effettuava numerose chiamate alla clinica, mostrando forte risentimento nei confronti della decisione. Il giorno dell'ammissione il paziente si presentava autonomamente chiedendo un ricovero. Si accoglieva quindi il paziente in _____ e venivano avvisati i referenti dell'equipe progetti complessi e il curatore signor RA 1. Status all'ammissione Il paziente veniva accolto in clinica dall'equipe infermieristica, in attesa del medico. All'arrivo del medico il paziente dormiva profondamente per cui non era stato possibile effettuare uno status psichico all'ammissione. (...). Decorso clinico Nei primi giorni di ricovero il paziente appariva scarsamente curato nell'aspetto e nell'igiene personale, presentava eloquio logorroico iperfonico ma arginabile, mimica e gestica iperespresse, umore disforico. Accettava la somministrazione della terapia depot con Xeplion 150 mg (somministrato in data 22.08.2017). Dato il quadro disforico e la segnalazione di anomalie comportamentali si impostava una terapia orale con clotiapina 80 mg/die e diazepam 20 mg/die, che assumeva in maniera discontinua, per i continui allontanamenti, pertanto si rendeva necessaria la somministrazione intramuscolo di zuclopentixolo acutard 150 mg, una fiala di prometazina e di diazepam 10 mg. Ricontrando un quadro di compenso psichico si sospendeva la terapia orale con Cotiapina e diazepam. Si organizzavano incontro con l'equipe dei casi complessi nell'ottica di rivalutare il progetto territoriale, ossia l'individuazione di una struttura residenziale e di un'occupazione del tempo. Infatti, recentemente il paziente è stato diffidato e allontanato dall'_____ di _____, ciò è stato una causa di frustrazione e ha dato luogo a dei sentimenti di abbandono e di sconfitta. Durante la degenza si allontanava dalla clinica a più riprese facendovi sempre ritorno accompagnato dall'equipe dei casi complessi o spontaneamente. Infine il paziente si è allontanato definitivamente dalla Clinica. È stato ricoverato presso l'ospedale di _____. Veniamo contattati dalla clinica e veniva organizzato e pianificato il trasporto con presenza dei nostri Operatori (Coordinatore _____ ed altri operatori dei _____) dell'_____ anche per meglio coordinare il rientro del paziente presso la nostra clinica. All'arrivo degli operatori dei _____ presso _____ di _____ per il previsto trasporto presso la nostra clinica (che il paziente rifiutava), il paziente si allontanava ed i colleghi del _____ di _____ non ritenevano e non rilevavano condizione clinica o psicopatologica tale da motivare una coazione medica per trattenere il paziente in _____. Alla luce del ricovero effettuato presso altra struttura in Italia (che motivava chiusura cartella clinica), si chiude la cartella clinica" (doc. 20) Dal 19 ottobre 2017 all'8 novembre 2017 l'insorgente è stato nuovamente ricoverato presso la _____. Dal rapporto di dimissione del 10 novembre 2017 della dr.ssa med. _____, medico assistente, emerge: " (...) Modalità di invio Ricovero volontario su autosegnalazione. Il paziente giungeva in _____ accompagnato dagli operatori dei _____. Motivo del ricovero – Problema attuale Paziente noto per precedenti ricoveri in ambito psichiatrico (ultimo ricovero in _____ conclusosi nello scorso mese di settembre) nell'ambito di una Sindrome schizoaffettiva. Il paziente contattava il medico di picchetto della Clinica, chiedendo un ricovero volontario, e riferendo uno stato di tensione endopsichica e di malessere soggettivo. Indicava, inoltre, di essere stato allontanato da una pensione ove avrebbe risieduto negli ultimi tempi. Venivano, quindi avvisati i _____ e il paziente veniva in seguito ammesso in _____ accompagnato dalle infermiere dell'equipe. Status all'ammissione Al colloquio medico-infermieristico di ammissione il paziente appariva inizialmente collaborante, vigile ed orientato, parzialmente curato in igiene e abbigliamento. Eloquio accelerato, iperfonico, informativo. Umore disforico. Non disturbi afferenti alla sfera psicotica, non dispercezioni.

Non discontrollo, non impulsività, non agitazione, non aggressività auto-eterodiretta, non suicidalità attiva. (...). Decorso clinico Nei primi giorni di ricovero il paziente presentava eloquio accelerato, iperfonico, informativo, umore disforico. In considerazione dello stato di acuzie psicopatologica ed in accordo con il paziente, si somministrava terapia intramuscolare con zuclopentixolo Acutard 150 mg, prometazina 1 fiala diazepam 10 mg. Veniva eseguita la terapia depot con paliperidone 150 mg ogni 28 giorni (ultima somministrazione il 20.10.2017). Durante la degenza nei momenti di maggior tensione ed insonnia assumeva di propria volontà clotiapina prescritta in riserva. Si riscontrava una condizione di buon compenso psichico, di adeguatezza e collaborazione nei confronti dell'equipe curante, pertanto si dimetteva il paziente per una pensione, con l'aiuto dell'équipe dei _____." (doc. 23) Con rapporto del 28 gennaio 2017 (recte: 2018), il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, incaricato dall'assicuratore, ha esaminato l'intera fattispecie sulla base della documentazione messa a sua disposizione, ossia i rapporti d'uscita sopra citati (doc. 26). Lo specialista, circa i ricoveri contestati, ha affermato: " (...) Primo ricovero: degenza dal 21 marzo al 06 aprile 2017 (...) 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (Il paziente giunge a piedi in clinica chiedendo il ricovero), il motivo del ricovero (il paziente riferiva malessere, ansia, insonnia), lo status (emerge un eloquio concitato ma arginabile, l'umore rivolto al polo positivo, ma non francamente euforico, assenti disturbi del pensiero e assente ideazione di morte e/o suicidale; non vi era aggressività auto/eterodiretta) il decorso clinico (con congedo già in terza giornata e ripetuto ancora il 27, il 31 marzo, le auto dimissioni avvenute in data 6 aprile), depongono per la non urgenza del ricovero e per una modalità di gestione non acuta. Dai dati in nostro possesso non si ravvisano dunque motivi sufficientemente chiari che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale dal 21 marzo al 6 aprile. 4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Secondo ricovero: degenza dal 27 aprile al 02 maggio 2017 (...). 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (Il paziente giunge a piedi in clinica chiedendo il ricovero), il motivo del ricovero (il pz. chiedeva un ricovero di tipo protettivo non avendo più la camera nel pensionato), lo status (eloquio spontaneo, logorroico ma arginabile, umore rivolto al polo positivo ma con affettività consona, nessun disturbo del pensiero, assenti idee di morte, assenti aggressività auto/eterodiretta), il decorso e la modalità di dimissione (il paziente si è allontanato nei giorni successivi l'ammissione, tenendo informata l'equipe sul proprio stato di salute; dopo discussione con i curanti esterni e con il curatore, dato il sufficiente stato di benessere psicopatologico, si dimetteva il paziente) depongono per la non urgenza del ricovero e per una modalità di gestione non acuta. Dai dati in nostro possesso non si ravvisano motivi sufficientemente chiari che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale, dal 27 aprile al 02 maggio. 4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Terzo ricovero: dal 10 al 17 maggio 2017 (...). 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (ricovero volontario, il paziente giungeva in clinica con mezzi propri), il motivo del ricovero (il paziente lamentava insonnia, tensione emotiva e vissuti di solitudine), lo status (eloquio logorroico ma con nessi associativi mantenuti, umore disforico con affettività sintona ai contenuti idetici, assenza di ideazione

auto/eterolesiva), e il decorso con dimissioni per allontanamento volontario dopo qualche giorno di ricovero (si è allontanato nei giorni successivi l'ammissione, mantendo informata l'equipe sul proprio stato di salute; dopo discussione con i curanti esterni e con il curatore, in virtù del quadro clinico compensato, pur in presenza della nota cronicità psichiatrica, il paziente veniva dimesso) depongono per la non urgenza del ricovero e per una modalità di gestione non acuta. Dai dati in nostro possesso non si ravvisano dunque motivi sufficientemente chiari che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale, dal 10 al 17 maggio. 4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Quarto ricovero: dal 21 maggio al 23 luglio 2017 (...). 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (ricovero volontario, il paziente giungeva in clinica con mezzi propri), il motivo del ricovero (il paziente lamenta insonnia, tensione emotiva e vissuti di solitudine), lo status (eloquio logorroico ma con nessi associativi mantenuti, umore disforico con affettività sintonica ai contenuti ideatici, assenza di ideazione auto/eterolesiva), non mostrano dati oggettivi che giustifichino il ricovero acuto. Nel decorso si evince che si è resa necessaria una rivalutazione della terapia neurolettica (anche se è stata sostituita solo la settimana prima della dimissione). La degenza, di nuovo, come negli altri 3 ricoveri precedenti analizzati, viene interrotta volontariamente dal paziente che si allontana dalla clinica (il paziente si allontana nei giorni successivi all'intervento, mantenendo i contatti con l'equipe curante, informandola sui propri spostamenti e sul proprio stato di salute; dato il sufficiente stato di benessere psicopatologico il paziente veniva dimesso). Anche in questo ricovero dei dati clinici in nostro possesso non si ravvisano dunque motivi certi ed inequivocabili che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale dal 21 maggio al 23 luglio 2017. 4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi certi ed inequivocabili che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Quinto ricovero: dal 20 agosto al 22 settembre 2017 (...). 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (ricovero volontario, il paziente giungeva in clinica con mezzi propri), il motivo del ricovero (il paziente avrebbe ricevuto una diffida da parte del rettore dell'_____ di _____, motivo per cui avrebbe una deflessione dell'umore e risentimenti; non vengono indicati altri motivi psicopatologici), lo status psichico non registrato all'ammissione (il paziente dormiva all'arrivo del medico), né al suo risveglio, il decorso (al paziente viene somministrata la terapia depot prevista per il 14 agosto, dunque già in ritardo di una settimana, solo dopo due giorni dall'ammissione; come negli altri ricoveri la dimissione avveniva per allontanamento spontaneo del paziente e susseguente dimissione), depongono per la non urgenza del ricovero e per una modalità di gestione non acuta. Dai dati in nostro possesso non si ravvisano dunque motivi chiari che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale dal 20 agosto al 22 settembre. 4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi certi ed inequivocabili che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Sesto ricovero: dal 19 ottobre al 08 novembre 2017 (...). 3) C'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente? La modalità dell'invio (ricovero volontario su autosegnalazione), il motivo del ricovero (tensione endopsichica e malessere soggettivo; di nuovo era stato allontanato dalla pensione dove alloggiava), lo status psichico (collaborante,

vigile, orientato; eloquio accelerato ma informativo, non disturbi della sfera psicotica né dispercezioni, non discontrollo, non impulsività, non agitazione, non aggressività auto/eterodiretta, non suicidalità) ed il decorso, depongono per la non urgenza del ricovero e per una modalità di gestione non acuta. Dai dati in nostro possesso non si ravvisano dunque motivi chiari che giustifichino la necessità di una gestione stazionaria mediante ricovero, rispetto ad una gestione territoriale/ambulatoriale dal 19 ottobre al 08 novembre.

4) Il ricovero è avvenuto in fase di acuzie? Dagli atti clinici in nostro possesso non si evincono dati oggettivi certi ed inequivocabili che indichino motivi chiari di una fase di acuzie. Sintesi e conclusioni Trattasi di un paziente 51 enne, affetto da una patologia schizoaffettiva, con andamento cronico. Dall'analisi degli atti si evince una difficoltà di gestione della "cronicità psichiatrica", così come espresso alla dimissione del terzo ricovero. In effetti i problemi che determinano la richiesta, sempre volontaria, di un ricovero, sono spesso legati a problemi ambientali (vedi motivi dei ricoveri e modalità di invio) e non in senso stretto a problematiche psicopatologiche acute (vedi status psichico all'ammissione). Non si ravvisa praticamente mai, nonostante la presa a carico costante sul territorio, una richiesta di ricovero da parte di un operatore sanitario, né tanto meno di un medico. Inoltre pare che durante il ricovero il paziente usufruisca in senso positivo della "vicinanza dell'équipe infermieristica", più che di strategie terapeutiche specifiche. Il decorso della degenza si caratterizza regolarmente per frequenti e ripetuti allontanamenti/congedi, spesso dopo soli alcuni giorni dal ricovero; anche le dimissioni sono quasi sempre decise dal paziente, che si allontana e telefona all'équipe informandola sul proprio stato di salute. In conclusione, dagli atti clinici in nostro possesso, non si evincono dati oggettivi certi ed inequivocabili che indichino motivi chiari della necessità e dell'utilità di trattare le problematiche del Signor RI 1 in regime stazionario rispetto a strategie terapeutiche territoriali/ambulatoriali." (doc. 26) 2.4. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. DTF 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo

dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 469 seg.). Giova altresì ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi a favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza 8C_85/2017 del 20 aprile 2018). Va poi rammentato che per l'art. 57 cpv. 1 LAMal gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36 e avere inoltre, durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale. Secondo l'art. 57 cpv. 2 LAMal i medici di fiducia abilitati ad esercitare in tutta la Svizzera devono essere designati d'intesa con la società medica del Cantone in cui si trova la sede principale dell'assicuratore o la sede della federazione degli assicuratori. Ai sensi dell'art. 57 cpv. 3 LAMal una società medica cantonale può ricusare per gravi motivi un medico di fiducia; in tal caso statuisce in merito il tribunale arbitrale giusta l'articolo 89. L'art. 57 cpv. 4 LAMal prevede che il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. Per l'art. 57 cpv. 5 LAMal il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni. Secondo l'art. 57 cpv. 6 LAMal i fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l'assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell'esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l'assicurato può esigere che l'esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non si accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta, in deroga all'articolo 58 capoverso 1 LPGa, al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89. Ai sensi dell'art. 57 cpv. 7 LAMal i medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione, calcolare la compensazione dei rischi o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati. L'art. 57 cpv. 8 LAMal prevede che le associazioni centrali svizzere dei medici e degli assicuratori disciplinano la trasmissione delle indicazioni ai sensi del capoverso 7, come pure la formazione permanente e lo statuto dei medici di fiducia. Se non giungono ad un accordo, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni. La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = sentenza del 21 marzo 2001 K 87/00, p. 4 consid. 2d). 2.5. L'insorgente contesta in primo luogo la trasmissione del medico di fiducia dell'assicuratore al dr. med. Passoni dei rapporti d'uscita delle degenze in questione per l'allestimento di un referto medico e ravvede una violazione dell'art. 321 CP e dell'art. 33 della legge (cantonale) sulla protezione dei dati. A torto. In DTF 131 II 413 il

TF ha stabilito che la trasmissione a uno specialista dell'incarto medico dell'assicurato da parte del medico di fiducia dell'assicuratore è permessa dall'art. 84 LAMal. Salvo eccezioni non realizzate nel caso giudicato dal TF, essa non presuppone il consenso dell'assicurato né la sua preventiva informazione (cfr. anche, a questo proposito, Eugster, in: Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, n. 11 ad art. 57; cfr. anche DTF 133 V 359; cfr. in un caso relativo ad un tribunale arbitrale, la sentenza 9C_812/2016 del 30 dicembre 2016). Il TF ha rammentato che per il controllo del carattere economico delle prestazioni è a volte necessario far capo a specialisti esterni. La base legale che permette la trasmissione dei dati agli specialisti si trova all'art. 84 LAMal che prevede che gli organi incaricati di eseguire la LAMal possono trattare o far trattare dati personali, compresi dati degni di particolare protezione. Ciò comprende la trasmissione di dati personali nell'ambito di una perizia. L'Alta Corte ha pure evidenziato che l'assicuratore malattie ha la qualità di organo federale ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 lett. b della legge federale sulla protezione dei dati (LPD), così come il medico fiduciario. La trasmissione dei dati si fonda sulla LPD e sulla LAMal. La LPGa non regola questa fattispecie, con l'eccezione dell'art. 33 che prevede l'obbligo del segreto per le persone che partecipano all'esecuzione e al controllo o alla sorveglianza delle leggi d'assicurazione. Per l'art. 3 lett. e LPD qualsiasi operazione relativa a dati, ossia il fatto di rendere accessibili i dati, ad esempio l'autorizzazione della consultazione, la trasmissione o la diffusione (lett. f), costituisce un trattamento ai sensi degli art. 16 e seguenti LPD. Tale trattamento necessita una base legale (art. 17 cpv. 1 LPD). Un dossier medico contenente informazioni sulla salute del paziente contiene dati sensibili ai sensi dell'art. 3 lett. c cifra 3 LPD, ciò che rende necessaria la presenza di una base legale. Le eccezioni sono elencate all'art. 19 cpv. 1 lett. da a a d LPD. Gli art. 84 e 84a LAMal, nel frattempo aggiornati tramite modifiche successive, costituiscono la base legale formale esatta dall'art. 17 cpv. 2 LPD. L'art. 84 LAMal (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2016) prevede che gli organi incaricati di eseguire, controllare o sorvegliare la LAMal o la LVAMal possono trattare o far trattare dati personali, compresi dati degni di particolare protezione e profili della personalità, di cui necessitano per adempiere i compiti conferiti loro dalla LAMal o dalla LVAMal segnatamente per (lett. c) stabilire il diritto alle prestazioni, nonché calcolarle, versarle e coordinarle con quelle di altre assicurazioni sociali. L'art. 84a LAMal prevede, nel suo tenore in vigore dal 1° gennaio 2017, che purché nessun interesse privato preponderante vi si opponga, gli organi incaricati di applicare la LAMal o di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione possono comunicare i dati, in deroga all'articolo 33 LPGa. Lo statuto dei medici fiduciari è definito all'art. 57 LAMal; si tratta di medici incaricati di consigliare l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esaminano in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore (cpv. 4). Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni (cpv. 5). L'Alta Corte ha rammentato che l'istituto del medico di fiducia ha quale scopo di garantire i diritti della personalità degli assicurati nei confronti degli assicuratori. La legge regola restrittivamente la trasmissione dei dati dal medico fiduciario all'assicuratore (art. 42 cpv. 5 LAMal e 57 cpv. 7 LAMal). La legge permette invece al medico di fiducia di trasmettere dati a medici terzi: la protezione dei dati è assicurata, in questo caso, da una parte dal segreto professionale al quale è soggetto il medico che riceve le informazioni e dall'altra dalla circostanza che il medico fiduciario è responsabile lui stesso dei dati che fa trattare (art. 16 cpv. 1 LPD e 22 OLPD). Per l'art. 57 cpv. 5 LAMal il medico di fiducia decide

autonomamente. La decisione di far capo a referti di specialisti appartiene solo a lui, è libero di scegliere il consulente che ritiene necessario. Deve potergli trasmettere tutti i dati necessari alla risoluzione delle domande poste, senza che l'assicuratore e il fornitore di prestazioni e neppure l'assicurato debbano dare il loro assenso. Nella sistematica dell'art. 17 LPD il consenso della persona assicurata non è necessaria se esiste una base legale formale per il trattamento dei dati sensibili. Il medico di fiducia è tuttavia tenuto, in applicazione del principio della proporzionalità, a trasmettere unicamente i dati necessari allo scopo perseguito, nel rispetto dei diritti della personalità della persona assicurata (art. 84a cpv. 6 LAMal e per analogia art. 57 cpv. 7 in fine LAMal). Alla luce di quanto sopra, nel caso di specie, il medico di fiducia dell'assicuratore poteva attribuire l'incarico al dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, e sottoporgli i rapporti d'uscita della _____ affinché quest'ultimo potesse redigere un parere medico circa la necessità dei ricoveri.

2.6. Va ora esaminato se le degenze dal 21 marzo al 6 aprile 2017, dal 27 aprile al 4 maggio 2017, dal 10 al 20 maggio 2017, dal 21 maggio al 23 luglio 2017, dal 20 agosto al 22 settembre 2017 e dal 19 ottobre all'8 novembre 2017 presso la Clinica _____ di _____ vanno assunte secondo la tariffa per cure stazionarie oppure secondo la tariffa per cure ambulatoriali. Alla luce della giurisprudenza del TF (cfr. consid. 2.2.), i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acuto se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale o se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenta delle possibilità di successo (sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010; sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006; cfr. anche la sentenza 9C_67/2014 del 5 febbraio 2015, consid. 2.1). È necessario che dal trattamento ospedaliero ci si possa attendere un notevole miglioramento dello stato di salute (sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006). L'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). Se nessuna di queste ipotesi è adempiuta, l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a LAMal (cfr. art. 49 cpv. 4 LAMal e art. 50 LAMal). In concreto, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'assicuratore. Il referto del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia non può essere considerato completo, ciò per diversi motivi. Allo specialista non è stata trasmessa tutta la documentazione medica agli atti. Il dr. med. _____ ha avuto a disposizione solo i 6 rapporti d'uscita allestiti dalla Clinica _____ (cfr. doc. 26) e non gli è stata sottoposta né la cartella medica già agli atti, inerente il primo ricovero (doc. 12), né le successive cartelle mediche, malgrado il dr. med. _____, medico caposervizio della _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il 28 luglio 2017 (doc. F) ed il 24 ottobre 2017 (doc. G), avesse insistito presso l'assicuratore sia per far visionare sul posto tutta la documentazione raccolta dalla _____, sia per far esaminare personalmente l'assicurato. All'esperto non sono neppure stati trasmessi i referti del 22 marzo 2017 del dr. med. _____ (doc. 7), lo scritto del 14 aprile 2017 dei dr. med. _____ e della dr.ssa med. _____ (doc. 9) e i rapporti d'uscita, agli atti, dell'8 novembre 2016 (doc. 3), del 5 dicembre 2016 (doc. 4) e del 12 gennaio 2017 (doc. 5), che avrebbero permesso al medico di rilevare eventuali differenze rispetto ai ricoveri in esame.

Il dr. med. _____ ha redatto il suo referto senza mai aver visitato l'insorgente, malgrado la grave malattia di cui è affetto l'assicurato sin dalla prima età adulta (sindrome schizoaffettiva, tipo misto, ICD-10; F25.2; cfr. doc. 7). È vero che di norma una perizia basata sui soli atti ("Aktengutachten"), senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). Tuttavia, nel preciso caso di specie, in presenza di un assicurato affetto da una grave patologia psichica, seguito da un'équipe di specialisti sull'intero territorio cantonale, già ricoverato 72 volte in una struttura psichiatrica, che si reca regolarmente e spontaneamente presso la Clinica _____ di _____ dove viene preso a carico da personale specializzato, lo specialista non poteva prescindere da un'accurata visita del ricorrente, che prendesse in conto tutte le sofferenze da lui lamentate e che esaminasse nel dettaglio le conseguenze di un'eventuale mancata presa a carico stazionaria. Va infatti ribadito che l'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura. Come emerge dalla giurisprudenza (consid. 2.4) per stabilire la valenza probante di un rapporto medico è determinante che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. In concreto, oltre all'assenza dell'anamnesi, al carente esame di della documentazione (medica) agli atti poiché incompleta e, nel caso di specie, alla mancata visita del ricorrente, non sono sufficienti neppure le domande formulate dall'assicuratore. Al dr. med. _____ sono stati posti solo 4 quesiti per ogni singolo ricovero ([1] quali patologie psichiatriche vengono riscontrate?; [2] si tratta di patologie croniche?; [3] c'era la necessità di ricovero oppure poteva essere trattato ambulatorialmente?; [4] i ricoveri sono avvenuti in fase di acuzie?) che non sono sufficienti per stabilire se vi è un obbligo, per l'assicuratore, di assumersi i costi dei ricoveri secondo la tariffa per casi stazionari (cfr. anche sentenza 36.2008.16 del 16 giugno 2008 e sentenza 36.2011.29 del 12 dicembre 2011). Sarebbe infatti stato necessario chiedere allo specialista (cfr. consid. 2.2 e giurisprudenza citata) se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari potevano essere praticati in modo appropriato unicamente in ambito stazionario (in tal caso, per quale motivo); se i trattamenti potevano essere effettuati ambulatorialmente (eventualmente in una casa di cura o in un day hospital; in tal caso per quale motivo); se i medesimi obiettivi terapeutici potevano essere conseguiti con una cura ambulatoriale (eventualmente in una casa di cura o in un day hospital; in caso di risposta negativa per quale motivo non sarebbe stato possibile); se i ricoveri si sono resi necessari a causa della particolare situazione personale di RI 1 (quale situazione personale) e la cura medica non poteva essere realizzata al di fuori di una tale struttura e se queste degenze hanno portato benefici (quali, per quanto tempo e in che misura i ricoveri sono stati necessari per raggiungere questi benefici). Infine, se fosse risultato che i ricoveri erano necessari, si sarebbe dovuto chiarire anche il lasso di tempo di queste degenze (cfr. anche sentenze 36.2008.16 del 16 giugno 2008 e 36.2011.29 del 12 dicembre 2011). Alla luce di quanto sopra, in assenza di un esame approfondito e

conforme alla giurisprudenza, non è possibile concludere con la necessaria tranquillità se i ricoveri in esame devono essere rimborsati secondo la tariffa stazionaria oppure ambulatoriale, come sostenuto dall'assicuratore. Ragione per cui s'impone un approfondimento peritale. 2.7. Nella DTF 137 V 210, in ambito AI, il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale, in precedenti vertenze, ha già avuto modo di rinviare l'incarto o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Nel caso di specie, rilevato come ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, ribadita la necessità dell'allestimento di una perizia, si giustifica il rinvio degli atti all'assicuratore affinché metta in atto gli accertamenti necessari. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di assunzione di ulteriori prove del ricorrente (produzione cartella clinica _____, testimonianza dr. med. _____, eventuale perizia; doc. I). 2.8. L'insorgente è rappresentato dal suo curatore. Per l'art. 61 lett. g LPGA il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 129 II 297 consid. 5, DTF 119 Ib 412, DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef, "Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht", in SZS 1991 pag. 180 ss) ed è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329; cfr. la sentenza 30.2009.32 del 2 aprile 2010). Inoltre, l'Alta Corte federale riconosce eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 129 II 297 consid. 5; DTF 119 Ib 412; DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a). Con sentenza K 63/06 del 5 settembre 2007 (cfr. anche sentenza K 123/06 del 6 dicembre 2007 e sentenza K 139/06 del 31 gennaio 2008, consid. 8), il TF, a proposito del riconoscimento di ripetibili ad un'assicurata in quel caso rappresentata da un curatore, ha affermato: "La ricorrente contesta il diritto dell'assicurato a indennità di parte per la procedura cantonale. Osserva che quest'ultimo ha agito per il tramite di un curatore e quindi non con l'assistenza di una persona particolarmente

qualificata nello specifico settore del diritto delle assicurazioni sociali. In via subordinata, contesta l'importo riconosciuto, ritenuto del tutto arbitrario. 5.

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