

## **TI\_GERICHTE 36.2019.43 vom 23. Oktober 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-10-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.43](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.43)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.43 du 23 octobre 2019

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.43 del 23 ottobre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

cpv. 1 LAMal prevede che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi.

Secondo l'art. 25 cpv. 2 LAMal le prestazioni comprendono:

- per la lett. a: gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico (cifra 1), dal chiropratico (cifra 2) o da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (cifra 3);
- per la lett. b: le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- per la lett. c: un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico;
- per la lett. d: i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico;
- per la lett. e: la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- per la lett. fbis: la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29);
- per la lett. g: un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio;
- per la lett. h: la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b.

Per l'art. 25a cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.

Secondo l'art. 25a cpv. 2 LAMal i costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfetari.

Ai sensi dell'art. 25a cpv. 3 LAMal il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno.

L'art. 25a cpv. 4 LAMal prevede che il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato

secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo di qualità. Il Consiglio federale determina le modalità.

Per l'art. 25a cpv. 5 LAMal i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo.

Ai sensi dell'art. 32 cpv. 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.

2.3. 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 ■Psychiatriezentrums■ 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 (■Pflegetaxe■). 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:

"()

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.

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.

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).

2.4. In concreto va in primo luogo rammentato che il 23 febbraio 2017, in seguito al 72esimo ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ avvenuto dal 9 all'11 gennaio 2017 (di seguito: \_\_\_\_\_; cfr. doc. 5), l'assicuratore ha informato l'insorgente, per il tramite del curatore generale, 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).

In seguito alla sentenza di rinvio 36.2018.20 del 28 maggio 2018 di questo Tribunale, nota alle parti e dove sono stati citati per esteso i referti medici dei ricoveri litigiosi e del dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicuratore ha incaricato il \_\_\_\_\_ di allestire una perizia medica, redatta il 15 febbraio 2019 (doc. 34).

I periti, riassunti gli atti, dopo aver descritto l'anamnesi, hanno citato la valutazione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in psichiatria, che ha avuto un colloquio, il 13 settembre 2018, con il ricorrente.

La specialista, posta la diagnosi di disturbo schizo-affettivo tipo misto (ICD-10 F 25.2), ha affermato:

2. Attestato dai rapporti d'uscita che i ricoveri erano decisi dal signor RI 1 autonomamente (modalità d'invio/ricovero volontario su autosegnalazione): com'è possibile giustificare un tale procedere in ottica medica?

Riteniamo che l'A. in effetti utilizzi i ricoveri in \_\_\_\_\_ quando, come più volte accaduto, è rimasto senza una camera nelle varie pensioni/hotel, dove ha soggiornato negli anni oppure, il più delle volte, quando necessitava di sentirsi rassicurato, tant'è che negli innumerevoli ricoveri, caratterizzati anche da allontanamenti, e rientri nelle ore notturne, di sua sponte, richiede di dormire e poi una volta in camera, senza a volte terapia lo si ritrova addormentato, a nostro parere sufficiente la rassicurazione/protezione dell'essere non solo, tra persone che si prendono cura dell'altro per tranquillizzarlo.

Saturato questo bisogno, se ne va. A nostro parere non è possibile giustificare in un'ottica medico-psichiatrica stazionaria questa modalità di ricovero, che si è rivelata anche antiterapeutica (vedi le decine di ricoveri fotocopia), che nulla hanno giovato all'A., anzi hanno reiterato la modalità patologica di richiesta d'aiuto. Rivelando una non capacità di cura, di un caso cronico, complesso, ma non certo in fase acuta.

3. I provvedimenti diagnostici e terapeutici effettuati potevano essere praticati in modo appropriato, economico, efficace ■ unicamente ■ in ambito stazionario? Perché? Quali?

Riteniamo che, come descritto precedentemente, il luogo ideale per quest'A. non è un ospedale psichiatrico, deputato all'accoglienza delle patologie in fasi acute, bensì, trattandosi di una patologia cronica che va avanti da decenni, certamente più adeguato è un ambiente e un contesto adatto alle patologie croniche, comunità terapeutiche psichiatriche, dove dovrebbe potersi creare una certa alleanza terapeutica tra i pazienti e i curanti, anche dal punto di vista infermieristico, di educatori, in un'ottica bio-psico-sociale questo purtroppo non è accaduto, ma la gestione di questo A. in una struttura che si occupa di casi cronici come quelli dell'A. è sicuramente la situazione ideale, anche per evitare tutti quegli episodi, in cui è incorso negli ultimi anni l'A., con espulsioni, denunce etc.

4. Qualora i trattamenti erogati al signor RI 1 potevano essere effettuati anche a livello ambulatoriale (casa di cura, day hospital) gli stessi avrebbero garantito la medesima appropriatezza/efficacia della cura? Perché?

Come già detto al punto 2, il ricovero stazionario si è rivelato insufficiente se non inutile, tant'è che innumerevoli volte, una volta che si era tranquillizzato anche senza farmaci, con solo la condizione rassicurante dell'essere ■ tra persone fidate ■ come da lui dichiarato, ma che si trova anche agli atti, se ne andava senza neppur sottoporsi alla terapia depot, tant'è che a volte si è dovuto ricorrere alla polizia per andare a recuperarlo. Come già scritto, la stessa modalità di accettare la richiesta di ricovero si è dimostrata anti terapeutica generando circolo vizioso della continua richiesta, senza peraltro portare a cambiamenti delle modalità comportamentali.

Ribadiamo, l'optimum per questo A. è il ricovero presso una comunità terapeutica, anche a media protezione, ma chiusa, con assistenza continuativa, somministrazione farmacologica controllata, tra cui dei regolarizzatori del tono dell'umore, impossibile da somministrare nella situazione attuale, ma a nostro parere capaci di ridurre le fluttuazioni e le esplosioni dell'A. Non solo, ma si può dare quella vicinanza, sostegno emotivo ed affettivo, di cui è

alla ricerca l■A. vedi i suoi goffi tentativi in tal senso, nell■avvicinare le ragazze all■Università, al parco Ciani, in Italia etc. anche le stesse richieste di ricovero al \_\_\_\_\_, una volta ricoverato, si tranquillizzava, dormiva, il più delle volte senza farmaci per poi andarsene, risultando perfettamente inutili ai fini di cura.

5. Per quali motivi la valutazione finale redatta dal Dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. STCA 28.5.2018 consid. 2.3., pag. 21/22 ■sintesi e conclusioni■) sarebbe da declinare? Perché?

Riteniamo che la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ non debba essere declinata. Infatti, possiamo condividere le conclusioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, che dice, ■si tratta di un 51enne, affetto da patologia schizo-affettiva con andamento cronico. Dall■anamnesi 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 d■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, né di un TSO■. Inoltre, pare che durante i ricoveri 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 ripetuti allontanamenti/congedi, spesso dopo soli alcuni giorni dal ricovero; anche le dimissioni sono quasi sempre decise dall■A., che si allontana e telefona all■équipe informandola sul proprio stato di salute. In conclusione, dagli atti clinici in possesso, non si evincono dati oggettivi certi e inequivocabili che indichino motivi chiari della necessità e utilità di trattare le problematiche dell■a. in regime stazionario, rispetto a strategie terapeutiche territoriali/ambulatoriali. E seppur il Dr. med. \_\_\_\_\_ non abbia avuto la possibilità di visitare l■A., ciò che aveva a disposizione come documentazione clinica, anche se non completa, era più che sufficiente a nostro parere, per delineare il caso e le sue dinamiche di cura, inefficaci.

6. Dagli atti si evince come il signor RI 1 sia stato ricoverato diverse decine di volte presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_: detti ricoveri sono oggettivamente in relazione con la problematica cui soffre il signor RI 1? Perché?

Riteniamo che i ricoveri avvenuti presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, sono sì in relazione con la condizione psicopatologica, di cui è affetto l■A., ma non per aspetti acuti, pericolosi per sé o per gli altri, ma solo a nostro parere determinati da una non sufficiente e adeguata presa in carico della patologia cronica dell■A., nei suoi aspetti sia biologici-sociali e comportamentali. Possiamo confermare che gli innumerevoli ricoveri, il più delle volte anche di una notte sola, per poi allontanarsi senza che nessuno se ne accorgesse, e a volte senza scarpe, siano stati determinati dal non aver avuto l■adeguato trattamento a livello ambulatoriale/territoriale o decidere per un progetto alternativo di ricovero in strutture adeguate alla patologia cronica dell■A. (comunità terapeutica).

7. Nel caso in cui i ricoveri erano necessari, com■è possibile stabilire che la durata degli stessi fosse congrua rispetto allo stato morbosità del signor RI 1? Perché? Qual è il criterio di riferimento?

Dalla documentazione messaci a disposizione, in effetti, facciamo notare che i vari ricoveri duravano per lo più pochi giorni, molti anche solo una notte, per poi eventualmente rientrare e fermarsi un giorno, poi allontanarsi di nuovo e far allertare la polizia. Agli atti non abbiamo mai ritrovato un ricovero a lungo termine, di più settimane, necessario per una valutazione della terapia in atto, per poter attivare il bel progetto terapeutico, sulla carta, stabilito per l'■A. A nostro parere poiché l'■organizzazione dei reparti presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non possono garantire l'■impossibilità di fuga, a nostro parere, anche a rischio dell'■incolumità dello stesso paziente. Se, come deve essere, il ricovero è per i casi acuti, questi dovrebbero proseguire per settimane sino alla riduzione dell'■acuzie, impedendo ai pazienti la fuga, e di poterli mettere in condizioni tali da ■reggere■ le condizioni di vita fuori dall'■ospedale.

8. Quale procedere sarebbe consigliabile, in futuro, per limitare dei ricoveri in ambito stazionario e comunque tutelare la salute del signor RI 1?

Il nostro suggerimento è quello di procedere al ricovero, presso una comunità terapeutica psichiatrica, anche a media protezione, ma chiusa, successivamente in base all'■evoluzione delle condizioni psicopatologiche dell'■A. presso un appartamento protetto, con altri pazienti ed operatori; infine se tutto procede positivamente la possibilità di vivere in autonomia, ma con controllo psichiatrico, infermieristico e di educatori (vedi rapporto della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che non ha mai visto l'■A., nonostante fosse affidato al \_\_\_\_\_).■ (doc. 34)

I periti, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver esaminato il consulto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, hanno affermato:

In data 29 maggio 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico caposervizio \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico capoclinica \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, hanno preso posizione sulla perizia ed hanno affermato:

Riteniamo, infatti, sia importante sottolineare come, parlando almeno degli ultimi anni, un progetto di cure sia stato pensato e portato avanti, anche se non condiviso dal paziente a causa della negazione della malattia e peculiarità personologica, già in diversi contesti descritta nell'■ambito della sua storia clinica (si ricorda il mancato suicidio del maggio 2013 nel corso del quale il signor RI 1 attentò alla sua vita gettandosi sotto un treno e riportando gravi esiti somatici). Si ribadisce, inoltre, che le uniche relazioni significative cui lui può accedere sono rappresentate solo dagli operatori e dai curanti della Clinica \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e del Centro \_\_\_\_\_.

Negli anni, pur consapevoli del fatto che la terapia farmacologica non sarebbe stata in grado di contendere ogni aspetto della sua psicopatologia, si sono tentati vari approcci farmacologici, il principale obiettivo farmacologico essendo la stabilizzazione del tono umorale e il controllo dei sintomi psicotici. Il suo fermo e costante rifiuto a ogni prolungata terapia per os non ha mai permesso di utilizzare proficuamente farmaci per os, limitando almeno in parte lo sforzo terapeutico complessivo. La scelta del farmaco depot con emivita maggiore è stata una scelta in qualche modo forzata, in quanto, pur avendo previsto un Trattamento Ambulatoriale Coattivo (TAC) e coinvolto in tutti i servizi a disposizione, nonché la Polizia, la somministrazione della terapia avviene in modo irregolare.

Nel solo 2019 siamo a conoscenza di almeno 2 ricoveri extra Ticino, entrambi in regime di coazione: uno presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e l'altro l'Ospedale \_\_\_\_\_ del Canton \_\_\_\_\_.

Sicuramente il quadro clinico e psicopatologico, evidenziato dai colleghi medici italiani e del Canton \_\_\_\_\_, è stato una condizione di gravità clinica e di acuzie tali da motivare ben diversi ricoveri in regime acuto stazionario anche al di fuori del Canton Ticino. Sottolineiamo inoltre che nel corso di detti ricoveri non solo il paziente è stato trattato farmacologicamente ma anche contenuto meccanicamente.

Il suggerimento della collega perito Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, più volte ribadito di un'ospedalizzazione in ambito chiuso e di un progetto a medio lungo termine in una comunità riabilitativa, appare certamente indicato nella teoria, ma, esattamente come l'indicazione ad una terapia farmacologica con stabilizzatori del tono dell'umore, al momento non percorribile.

Inoltre, ribadiamo come solo la volontarietà permetta l'ingresso in una comunità, e tale volontarietà, che il signor RI 1 ha manifestato in modo ambivalente e discontinuo, è stata costruita dai curanti negli anni verso una struttura non chiusa e non restrittiva, ma a carattere di media protezione come il \_\_\_\_\_. A tutt'oggi il signor RI 1 risiede presso il \_\_\_\_\_ in regime di volontarietà.

Troviamo infine che la relazione della perito Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ sia in alcuni aspetti contraddittoria. Ella infatti si esprime per un'inadeguatezza delle cure offerte al signor RI 1, manifestando una seria preoccupazione per lo stato di abbandono ed ingestibilità nelle quali il paziente versava. Parallelamente, però, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ afferma che il quadro psicopatologico da noi descritto nelle ammissioni era meritevole di un ricovero in ambito stazionario acuto. Pertanto, una ricostruzione dei fatti come quella presentata dal perito Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ de facto conferma sia la necessità dei ricoveri effettuati in \_\_\_\_\_ dal lato clinico psicopatologico, sia per quanto concerne la presa a carico socioassistenziale quando questa per la sua gravità arriva compromettere l'integrità dell'individuo.

Non mancano peraltro da parte nostra alcune notevoli incongruenze nella complessiva azione ricorsiva e decisionale di CO 1 con o senza l'ausilio di periti.

Ad esempio:

Alcune ultime considerazioni rispetto alle degenze in \_\_\_\_\_:

Chiamato ad esprimersi in merito, il \_\_\_\_\_ ha fatto proprie le considerazioni dell'11 settembre 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha affermato:

La via da percorrere, è altra, ribadisco, è quella della comunità terapeutica. Forse a mio parere sono state sopravvalutate le risorse psichiche del sig. RI 1, che è stato lasciato a se stesso, con i ben noti comportamenti disfunzionali (denunce, frequentazioni di luoghi a rischio es. \_\_\_\_\_ etc. \_\_\_\_\_). Infatti torno a precisare che la permanenza presso il \_\_\_\_\_, come ritrovo nello scritto dei colleghi del \_\_\_\_\_, non hanno evitato \_\_\_\_\_ presso l'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e all'Ospedale \_\_\_\_\_ del cantone \_\_\_\_\_, dove leggo che è stato anche contenuto nel 2019, quindi dopo il mio consulto. Nel mio consulto esprimevo la mia preoccupazione di un paziente allo sbando, ed è ancora ospite al \_\_\_\_\_?

Mi permetto di accennare al mancato contatto con i ■curanti■: al momento del mio consulto la collega dr.ssa \_\_\_\_\_, nel suo rapporto scrive di non averlo mai visto, nonostante fosse affidato al \_\_\_\_\_, pertanto ho ritenuto inutile contattarla. Mentre i colleghi del \_\_\_\_\_, direttamente coinvolti nella critica al loro operato, volutamente non li ho contattati per evitare polemiche ed un nulla di fatto. Ciò è confermato dallo scritto attuale che mi è stato posto come obiezioni al mio consulto.

Non sono d■accordo con ciò che scrivono i colleghi del \_\_\_\_\_ circa il rischio suicidale, che i ricoveri di una notte, di un giorno, avrebbero impedito nella pratica realizzazione, a maggior ragione se questo era la spinta al ricovero, qui vi è una contraddizione dei colleghi: non trattiene il paziente a rischio suicidale e lo lasci in autonomia solo, senza sufficiente terapia?

Torno a sottolineare, che è vero, molto è stato fatto per il sig. RI 1, ma non sufficiente, per questo caso che riconosco come molto complesso.■ (doc. VIII/1)

2.5. 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 concluzione 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).

2.6. Alla luce della giurisprudenza del TF (cfr. consid. 2.2.), i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acutose 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).

2.7. In concreto non si tratta di sminuire la gravità della patologia di cui è affetto il ricorrente, né, da parte del Tribunale, di mettere in questione l'approccio terapeutico globale dei curanti, ma di stabilire se, per i 6 ricoveri del 2017 di cui l'assicuratore ha rifiutato il rimborso a livello stazionario, riconoscendolo solo a livello ambulatoriale (doc. 6), i ricoveri erano necessari (considerando 2.6).

Questo Tribunale, alla luce degli atti medici prodotti dalle parti e della perizia del 15 febbraio 2019 del \_\_\_\_\_, per i motivi che seguono condivide le conclusioni dell'assicuratore che non ritiene siano date le condizioni per una presa a carico secondo la tariffa stazionaria dei costi dei ricoveri dell'assicurato presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ avvenuti dal 21 marzo al 6 aprile 2017 (doc. 12), dal 27 aprile al 4 maggio 2017 (doc. 13), dal 10 al 20 maggio 2017 (doc. 16), dal 21 maggio al 23 luglio 2017 (doc. 19), dal 20 agosto al 22 settembre 2017 (doc. 20) e dal 19 ottobre all'8 novembre 2017 (doc. 23).

Gli accertamenti peritali svolti dagli specialisti del \_\_\_\_\_ sono infatti stati scrupolosi e le loro valutazioni sono da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali per conferire ad un referto pieno valore probatorio.

Dopo aver riassunto gli atti ed aver descritto l'anamnesi, rammentata la diagnosi di disturbo schizoaffettivo tipo misto (ICD-10 F 25.2) i periti, sulla base della valutazione della consulente, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, hanno correttamente evidenziato che i ricoveri del 2017 presso la \_\_\_\_\_, avvenuti dopo che il medesimo insorgente era stato informato che in futuro i costi delle degenze, in assenza di un'indicazione medica, sarebbero stati riconosciuti unicamente a livello ambulatoriale (doc. 6), non necessitavano una gestione acuta.

Nello specifico la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ rileva giustamente che nei rapporti di dimissione figura immancabilmente il medesimo status all'ingresso, e meglio ricovero volontario su auto segnalazione, da solo o accompagnato da operatori dei \_\_\_\_\_, per tensione endopsichica e malessere soggettivo. Del resto nel corso del colloquio lo stesso interessato affermava che generalmente i ricoveri avvenivano perché non riusciva a

dormire e si sentiva solo, e aveva bisogno di sentirsi protetto■.

Correttamente la specialista sottolinea inoltre che l■assicurato ha utilizzato la Clinica \_\_\_\_\_, di norma, o quando è rimasto senza una camera nelle pensioni o negli hotel dove aveva soggiornato nel corso degli anni oppure quando necessitava di essere rassicurato.

La modalità dell■invio, il motivo del ricovero, lo status e il decorso clinico delle degenze depongono di conseguenza univocamente per la non urgenza e per una modalità di gestione non acuta.

Nel dettaglio questo TCA evidenzia, circa il ricovero dal 21 marzo 2017 al 6 aprile 2017, 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 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 ( )■.

L■interessato, non solo si è autodimesso dal ricovero, ma nel corso del medesimo ha usufruito di congedi per recarsi in altri luoghi, anche all■estero: il 24 marzo 2017 ■in congedo in giornata in università■, il 28 marzo 2017 ■notte riposata. Ieri in congedo tutto il giorno■, il 31 marzo 2017 ■oggi in congedo in università■, 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.■

Le medesime dinamiche si sono riproposte nei ricoveri successivi.

Dal rapporto di dimissione per il periodo dal 27 aprile al 4 maggio 2017 si legge che si tratta di una degenza volontaria su autosegnalazione e che il ricorrente giungeva a piedi chiedendo un ricovero protettivo. Anche in questo caso non vi erano idee di morte o suicidali (doc. 13: ■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■) e si è allontanato nei giorni successivi l■ammissione, mantenendo contatti con l■équipe curante ed informandola sugli spostamenti e lo stato di salute. In seguito è stato dimesso ed è rientrato in una pensione a \_\_\_\_\_ (doc. 13).

Pure nel rapporto di dimissione relativo al ricovero dal 10 al 20 maggio 2017 figura che si tratta di una degenza volontaria su autosegnalazione, che l■interessato giungeva presso la

Clinica con mezzi propri e ha chiesto un ricovero ■dopo aver preso contatti con gli infermieri di reparto lamentando insonnia, aumento della tensione emotiva e vissuti di solitudine■ (doc. 16). Nessun segno suicidale neppure in questo caso: ■non ideazione auto-eterolesiva■; ■non abuso di alcool o sostanze stupefacenti■; ■pur con la consueta ambivalenza, paziente rassicurato dal ricovero■. More solito, ■il paziente si è poi 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■. L■insorgente è poi stato dimesso presso una pensione a \_\_\_\_\_ (doc. 16).

Relativamente al periodo dal 21 maggio 2017 al 23 luglio 2017, il rapporto di dimissione fa stato di un ricovero volontario su autosegnalazione, con il paziente che giungeva presso la Clinica con mezzi propri, lamentando insonnia, aumento della tensione emotiva e vissuti di solitudine, ma senza ideazione auto-eterolesiva, nessun abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Dopo una modifica della terapia farmacologica, l■interessato si allontanava, mantenendo i contatti con l■équipe curante, informandola sui suoi spostamenti e sul proprio stato di salute. In questa occasione il ricorrente è stato invitato a ritornare in clinica, ciò che lui stesso ha rifiutato di fare (doc. 19).

Le caratteristiche della degenza dal 20 agosto 2017 al 22 settembre 2017, sono le medesime. Ricovero su autosegnalazione, con paziente che giunge con mezzi propri. Due giorni prima del ricovero l■interessato avrebbe ricevuto una diffida da parte del rettore dell■\_\_\_\_\_, che ha comportato una deflessione dell■umore. La terapia messa in atto non ha dato i frutti sperati a causa dei continui allontanamenti dalla struttura, ciò che ha portato ad una somministrazione intramuscolo. Durante la degenza si è allontanato dalla clinica più volte facendovi ritorno spontaneamente o tramite l■équipe ■Progetti complessi■. In un■occasione ■È stato ricoverato presso l■ospedale di \_\_\_\_\_. Veniamo contattati dalla clinica e veniva organizzato e pianificato il trasporto con presenza dei nostri Operatori (\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_■(doc. 20).

Infine, l■insorgente è ancora stato ricoverato presso la \_\_\_\_\_ dal 19 ottobre all■8 novembre 2017. Degenza volontaria su autosegnalazione con paziente che è giunto accompagnato dagli operatori dei ■\_\_\_\_\_. L■interessato ■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 ( )■. Pure in questo caso non c■erano ■disturbi afferenti alla sfera psicotica, non dispercezioni. Non discontrollo, non impulsività, non agitazione, non aggressività auto-eterodiretta, non suicidalità attiva■ (doc. 23).

Alla luce delle risultanze degli atti medici, segnatamente la volontarietà dei ricoveri, la circostanza che l■insorgente entrava ed usciva dalla struttura in sostanza liberamente, recandosi anche all■estero, che non sono stati riscontrati pericoli suicidali, come rileva la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ed i periti del \_\_\_\_\_ che hanno fatto proprie le sue valutazioni, non vi erano motivi per ritenere necessario un ricovero stazionario nei casi oggetto del contendere. Le degenze del resto non hanno giovato all■interessato ed hanno al

contrario aumentato la modalità patologica di richiesta di aiuto. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ evidenzia che i ricoveri stazionari si sono rivelati inutili ed antiterapeutici, generanti un circolo vizioso di continua richiesta senza portare a cambiamenti delle modalità comportamentali.

Le valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 29 maggio 2019 non sono atte a sovvertire le conclusioni peritali (doc. A).

La circostanza che l'interessato, nel 2019, ossia in un periodo non oggetto della procedura, sia stato ricoverato in due strutture extracantonali, a \_\_\_\_\_ ed a \_\_\_\_\_, con modalità non solo farmacologiche ma con contenzione meccanica, non porta ad una diversa valutazione dei ricoveri avvenuti nel 2017 e durante i quali non vi erano motivi per ritenere necessaria una degenza in una struttura acuta.

Come del resto già indicato nello scritto del 23 febbraio 2017 dell'assicuratore, laddove vi è una necessità medica comprovata, il ricovero stazionario è riconosciuto (doc. 6). Tuttavia ogni degenza deve essere valutata singolarmente. La circostanza che in casi specifici la necessità sia data non significa che tutti i ricoveri sono necessari dal punto di vista medico.

Anche l'asserita difficoltà di procedere con una cura del ricorrente in un ambiente protetto come suggerito dalla consulente, non permette di giungere ad una diversa conclusione, giacché i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acutose e 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. Ciò non è il caso. Da una parte, come visto, malgrado i numerosi ricoveri, la situazione del ricorrente non è cambiata, dall'altra parte da marzo 2018, dopo l'inizio del contenzioso amministrativo (decisione su opposizione del 21 febbraio 2018; doc. 27) l'insorgente è stato collocato presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, a comprova che un altro approccio è possibile.

I curanti sollevano poi un'apparente contraddittorietà in quanto affermato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, giacché da una parte evidenzia un'inadeguatezza delle cure prestate e dall'altra affermerebbe che il quadro psicopatologico dell'insorgente nelle ammissioni sarebbe stato meritevole di un ricovero in un reparto acuto, confermando in sostanza le necessità dei ricoveri.

In realtà, la consulente non ha sostenuto che l'interessato avrebbe dovuto essere ospedalizzato in un reparto acuto, ma che il suo caso avrebbe dovuto essere gestito in maniera diversa, con un ricovero presso una comunità terapeutica, anche a media protezione, ma chiusa, con assistenza continuativa e somministrazione farmacologica controllata.

Nella presa di posizione dell'11 settembre 2019, la specialista ha rilevato che con quanto affermato intendeva sostenere che non è stata posta una corretta valutazione del caso in cui la cronicità della psicopatologia è caratterizzata da agiti e comportamenti che sono solo espressione della patologia psichica dell'interessato ma non costituiscono aspetti di acuzie psichiatriche con scompensi psicotici tali da decidere per un ricovero coatto nel periodo oggetto di valutazione. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ rileva correttamente che le degenze presso la Clinica \_\_\_\_\_ sono spesso state caratterizzate da allontanamenti spontanei dell'interessato e che questa modalità di aiuto non ha sortito alcun effetto terapeutico.

Circa la mancanza di consultazione dei medici coinvolti, segnatamente del dr. med. \_\_\_\_\_, del dr. med. \_\_\_\_\_ e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, va rilevato come nell'ambito dell'acquisizione della documentazione per l'allestimento della perizia, il 9 agosto 2018 l'assicuratore ha interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 32), già medico psichiatra aggiunto presso l'équipe \_\_\_\_\_ e il 13 novembre 2018 la risposta è giunta tramite la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (doc. 33), la quale ha affermato che dal suo ingresso al \_\_\_\_\_ (23.03.2018), non è mai stato possibile vedere l'insorgente in setting organizzato in quanto rifiuta gli appuntamenti. Il dr. med. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ hanno da parte loro diffusamente preso posizione sulla perizia amministrativa con le osservazioni del 29 maggio 2019.

I medici della \_\_\_\_\_ non possono neppure essere seguiti laddove sostengono che i periti e l'assicuratore avrebbero sbagliato a far leva sul contenuto delle diarie o delle lettere di dimissioni, giacché non vengono scritte ad usum degli assicuratori ma come strumento di comunicazione tra colleghi. Questo TCA rileva invece che questa documentazione è rilevante nell'ambito della valutazione della necessità di un ricovero, proprio perché allestita sul momento, quando ancora non è in atto alcuna controversia e dunque esente da possibili fraintendimenti.

Infine, per quanto concerne il rischio suicidale, questo Tribunale evidenzia come siano gli stessi rapporti di dimissione della \_\_\_\_\_ che fanno stato di assenza di ideazione auto-eterolesiva o di non suicidalità attiva e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ giustamente evidenzia che l'interessato, nei ricoveri in esame, è stato lasciato libero di abbandonare la Clinica in autonomia, senza essere in alcun modo impedito di muoversi come meglio intendeva.

In queste condizioni è a giusta ragione che l'assicuratore ha negato il rimborso dei costi stazionari ed ha deciso di assumere le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale.

Ne segue che la decisione su opposizione impugnata va confermata.

2.8. Il ricorrente, oltre a richiamare l'intero incarto 36.2018.20, chiede la testimonianza del dr. med. \_\_\_\_\_, del dr. med. \_\_\_\_\_, della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e si riserva la facoltà di chiedere una perizia.

Questo Tribunale, alla luce del contenuto della perizia del \_\_\_\_\_ del 15 febbraio 2019, a cui, come visto in precedenza, va conferito pieno valore probatorio, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Del resto il dr. med. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ hanno già potuto esprimersi tramite il loro referto del 29 maggio 2019, dove hanno compiutamente spiegato le ragioni delle loro contestazioni al referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Gli atti medici prodotti dalle parti sono già sufficienti per decidere nel merito del ricorso, senza che sia necessario procedere con ulteriori accertamenti.