

TI_GERICHTE 36.2020.39 vom 21. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.39

FR: TI_GERICHTE 36.2020.39 du 21 décembre 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2020.39 del 21 dicembre 2020

Erwägungen

E. 49

cpv. 5 LAMal). Secondo l'art. 50 LAMal, 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 malati: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per una cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 120 V pag. 206 e seg. 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 forza 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, ledendo, così, il diritto dell'assicurato ad essere curato in modo adeguato (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2a ed., Berna 1997, pag. 165 N. 28). L'art. 56 cpv. 1 LAMal dispone infatti che il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Gli assicuratori malattia, chiamati a vigilare sul rispetto dell'economia di trattamento, possono e anzi devono rifiutare l'assunzione di provvedimenti terapeutici inutili o che avrebbero potuto essere rimpiazzati da altri, meno onerosi. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b; v. anche la STFA K 35/04 del 29 giugno 2004, consid. 3). 2.4. Le terapie destinate a trattare i postumi di malattie possono avere luogo in ambiente ospedaliero. La riabilitazione ha per scopo di ripristinare, con l'ausilio di mezzi di ordine sanitario, funzioni perdute o di migliorare funzioni ridotte. L'evenienza di una ospedalizzazione riabilitativa si realizza a dipendenza della necessità, da valutare secondo l'intensità del trattamento richiesto, il grado di impedimento, l'entità dei dolori o di eventuali complicazioni, ecc. (STFA K 158/00 dell'11 giugno 2001, DTF 126 V 323; Eugster in: SBVR, N 144). Le cure di convalescenza servono, senza che esista una necessità di cure e di trattamenti particolari, al riposo e al ristabilimento dopo affezioni che hanno compromesso in modo essenziale lo stato generale (citata STFA K 158/00). Criterio determinante per la differenziazione tra le cure di convalescenza, non a carico dell'assicurazione obbligatoria, e la riabilitazione medica, è l'obiettivo della misura (DTF 126 V 323 consid. 2d). Il diritto a prestazioni per un trattamento in ambito ospedaliero implica pertanto che quest'ultimo sia necessario e serva alla cura di malattie acute o all'attualizzazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal). Secondo la giurisprudenza resa vigente LAMI, ma che ha mantenuto la propria validità anche nell'ambito LAMal (STFA K 158/00 dell'11 giugno 2001), il solo fatto di soggiornare in uno stabilimento ospedaliero non basta a far

nascere il diritto a prestazioni. Tuttavia, l'intensità del trattamento terapeutico, richiesto dalla malattia, non costituisce l'unico criterio per decidere se lo stato di salute giustifichi una 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 dal TFA, 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 323 consid. 2b). 2.5. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa nella LAMal (SVR 1999 KV Nr. 6 p. 12; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b), sono considerate non economiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). In tale ambito la LAMal attribuisce un ruolo importante al medico fiduciario (art. 57 LAMal) - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI -, 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 persegue lo scopo di evitare agli assicuratori la presa a carico di misure inutili. Egli può inoltre offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (STFA K 87/00 del 21 marzo 2001 consid. 2d). In presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia (in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal [Eugster , Krankenversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Soziale Sicherheit , N. 291, pag. 494]), acquista importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster , op. cit., NN. 293-296, pag. 494-495). Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (DTF 127 V 147 consid. 5; 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer , Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, pag. 52). 2.6. Una misura è efficace quando è dimostrata secondo metodi scientifici e permette oggettivamente di ottenere il risultato

diagnostico o terapeutico ricercato (STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.1, pubblicata in DTF 139 V 135; DTF 128 V 159 consid. 5c/aa pag. 165; cfr. anche sentenza K 151/99 del 7 luglio 2000 consid. 2b, pubblicata in RAMI 2000 n. KV 132 pag. 279). L'adeguatezza della misura si esamina sulla base di criteri medici. L'esame consiste nel valutare, fondandosi su un'analisi prospettiva della situazione, la somma degli effetti positivi della misura ritenuta, comparandola con gli effetti positivi delle misure alternative o in rapporto alla soluzione consistente a rinunciare a qualsiasi misura; è appropriata la misura che presenta, tenuto conto dei rischi esistenti, il miglior bilancio diagnostico o terapeutico (DTF 127 V 138 consid. 5; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). La risposta alla domanda si intreccia generalmente con quella dell'indicazione medica; quando l'indicazione medica è chiaramente stabilita, occorre ammettere che la condizione del carattere appropriato della misura è realizzato (DTF 125 V 95 consid. 4a; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.2, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità interviene quando nel caso di specie esistono delle alternative diagnostiche o terapeutiche appropriate. In tal caso occorre procedere ad una ponderazione degli interessi tra i costi ed i benefici di ogni misura. Se una delle misure permette di raggiungere lo scopo essendo sensibilmente meno cara rispetto all'altra, l'assicurato non ha il diritto al rimborso dei costi della misura più onerosa (DTF 124 V 196 consid. 4; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135, con riferimenti). Il criterio dell'economicità non concerne unicamente il tipo e l'estensione delle misure diagnostiche o terapeutiche, ma riguarda anche la forma del trattamento, segnatamente la questione di sapere se una misura deve essere effettuata in ambito ambulatoriale o ospedaliero (DTF 126 V 334 consid. 2b; STF 9C_685/2012 del 6 marzo 2013, consid. 4.4.3, pubblicata in DTF 139 V 135).

2.7. Nel caso di specie, la Cassa malati ha rifiutato di assumersi i costi derivanti dalla degenza stazionaria del ricorrente presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ dal 22 dicembre 2018 al 22 gennaio 2019, sostenendo che detto ricovero era una misura inadeguata, inappropriata ed ineconomica, giacché una prestazione ambulatoriale avrebbe garantito una giusta presa a carico della situazione. Il ricorrente ha per contro affermato che le sue condizioni di salute non erano tali per poter essere curato ambulatorialmente. Non solo i medici del Pronto Soccorso hanno ritenuto necessario un ricovero di tipo stazionario in detta struttura, ma anche gli specialisti che l'hanno avuto in cura durante un mese presso il reparto psichiatrico hanno confermato che una presa a carico di tipo ambulatoriale non era in concreto ammissibile e giustificata.

2.8. Nel referto del 21 dicembre 2018 (doc. C), le dr.sse med. _____ e _____ del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____ hanno riferito che la moglie dell'assicurato ha segnalato che negli ultimi giorni v'era stato un aumento del consumo di alcolici e che quel giorno, in particolare, egli aveva assunto quasi una bottiglia di grappa: dagli esami ematochimici è risultata unicamente un'alcolemia di 2,8g/l. I medici hanno diagnosticato un'assunzione metabolicamente incongrua di etile e nel decidere su come procedere nelle cure hanno indicato: " Dopo discussione, d'accordo con il paziente e i familiari, contattiamo la Clinica _____ di _____ per trasferimento in ricovero volontario con scopo di disintossicazione. Il paziente è stato informato sul comportamento da adottare nella continuità delle cure. Il paziente viene trasferito presso _____ in condizioni generali buone. (...)". All'arrivo in Clinica l'alcol test ha dato un esito di 1,31 per mille (doc. D). Il 31 gennaio 2019 (doc. 9) il dr. med. _____, medico aggiunto e la dr.ssa med. _____, medico assistente alla Clinica psichiatrica _____, hanno riferito al medico curante dell'assicurato presso

il Servizio psicosociale di _____, dr. med. _____, che alla dimissione dal periodo di degenza dal 22 dicembre 2018 al 22 gennaio 2019 (10a ammissione) la diagnosi era di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: sindrome da dipendenza (ICD-10: F10.2) e di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: intossicazione acuta (ICD-10: F10.0). Oltre alle diagnosi psichiche sono state segnalate le diagnosi somatiche, fra cui l'epatite virale cronica B senza virus Delta (ICD-10: B18.1) e l'epatite virale cronica C (ICD-10: B18.2). Gli psichiatri hanno specificato che il ricovero è stato volontario su segnalazione di un medico assistente presso l'Ospedale di _____ e che faceva seguito a un precedente ricovero conclusosi a settembre 2018 nell'ambito di una sindrome da dipendenza da alcol, a seguito della quale l'assicurato avrebbe continuato a bere alcolici in misura sempre più sostenuta. Egli ha ammesso il consumo di circa mezzo litro di grappa al giorno e che da un mese non si recava più presso la struttura di _____.

All'arrivo in Clinica, l'interessato era in stato di impregnazione etilica, trascurato nell'aspetto e nell'igiene. Era presente fetore etilico, era tranquillo, non bizzarro, collaborante, accessibile nei vissuti, vigile, lucido, orientato nei quattro domini, non emergevano deficit cognitivi o di memoria. L'eloquio era informativo, monocorde, ipofonico, l'umore subdeflesso, con affettività ridotta. Erano presenti manifestazioni ansiose lievi, la forma del pensiero era priva di particolarità e libero da errori nella forma o nel contenuto; negava ideazione autolesiva o anti-conservativa, non si rilevava aggressività auto o eterodiretta, né discontrollo degli impulsi. L'abuso di etile era stato ingravescente nell'ultimo periodo, negava utilizzo di altre sostanze, non erano presenti discontrollo degli impulsi ed ideazione suicidale. Nel referto sono indicate le terapie all'ingresso e alla dimissione e per quanto concerne il decorso clinico risulta che fin dalla sua entrata nel reparto l'assicurato si è mostrato adeguato nel comportamento, collaborante e motivato nei confronti della prospettiva del ricovero. In considerazione della presenza di tremori su base anche in parte astinenziale, all'entrata è stata impostata la terapia con Seresta, che è stata mantenuta al dosaggio massimo per alcuni giorni, poi è stata ridotta progressivamente e infine sospesa e sostituita con Tranxilium. Nel corso del ricovero sono stati introdotti anche Selincro e Lyrica. L'assicurato è stato preso a carico dalle differenti figure terapeutiche di reparto e per tutta la degenza egli si è mostrato complessivamente attivo e partecipa alle attività, risultando sempre adeguato nelle modalità di relazione e rispettoso delle regole. Durante la degenza, il 17 gennaio 2019, ha avuto luogo in Clinica un incontro con lo psichiatra curante, con il quale è stato condiviso il procedere dopo la dimissione dell'assicurato. L'interessato ha beneficiato di alcuni congedi al proprio domicilio con buona riuscita, visto che si è sempre mantenuto astinente così come durante tutto il periodo di degenza. Pertanto, previa riattivazione della presa a carico territoriale, considerato il buon compenso psichico raggiunto, l'assenza di acuzie psicopatologiche in atto e di elementi di pericolosità per sé e/o terzi, l'assicurato è stato dimesso al domicilio il 22 gennaio 2019. Il referto si conclude con l'indicazione di alcune problematiche somatiche che sono comparse nel corso della degenza e su come sarebbero proseguite le cure dell'assicurato. La cartella clinica informatizzata dell'assicurato raccolta dalla Cassa malati (doc. 10) comprende lo storico della terapia durante la degenza, la terapia attiva, i movimenti dell'assicurato (entrate/uscite dalla struttura), i test Global of Suicide Risk effettuati il 22 dicembre 2018 e il 21 gennaio 2019, lo svincolo e le direttive anticipate, il motivo del ricovero e il raccordo anamnestico, i dati personali (allergie, persone da contattare, i medici di riferimento), l'anamnesi (familiare, formativa/lavorativa, socioculturale, clinica) raccolta all'entrata in Clinica, le diagnosi (principale, secondaria, somatica), lo status psichiatrico dell'assicurato

all'entrata, le misure restrittive della libertà e le misure da prendere in caso di allontanamento, l'anamnesi sistemica, il questionario HoNOS all'entrata/uscita, il piano terapeutico, la scheda statistica sui dati personali, la diagnosi somatica e psichiatrica provvisoria, la valutazione psichiatrica infermieristica all'ammissione e alla dimissione, la valutazione somatica all'entrata e all'uscita, i focus psichiatrici, il questionario BSCL all'entrata e all'uscita, il progetto d'équipe, la socioterapia, l'alcol test e il foglio di controllo sulle condizioni generali. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, l'11 febbraio 2019 (doc. 11) ha scritto alla Cassa malati del ricorrente chiedendo spiegazioni in merito al rifiuto del 15 gennaio 2019 (doc. 4) di assumersi i costi della degenza dal 22 dicembre 2018 al 22 gennaio 2019. Al riguardo, lo psichiatra ha evidenziato che la condizione generale psicofisica dell'assicurato, sia dal profilo somatico sia da quello psichiatrico, non consentiva una rapida dimissione dalla struttura se non prima che si fosse risolta gran parte della sintomatologia ansiosa che era stata rilevata fino agli ultimi giorni della degenza e che ha motivato anche delle modifiche terapeutiche (l'ultima volta il 17 gennaio 2019). Durante il suo ricovero l'interessato ha effettuato delle uscite terapeutiche con il personale per valutare attentamente l'andamento all'interno di alcune attività organizzate. Inoltre, nonostante l'inserimento di una terapia benzodiazepinica ad hoc per la disassuefazione dall'alcol (oxazepam e poi nalmefene), è stata osservata una lenta risoluzione della sintomatologia astinenziale da alcolici (che non è dipendente dalla quantità di consumo effettuato, dalla durata e dall'esordio del consumo, ma è legata piuttosto a caratteristiche individuali). Questa condizione ha comportato la necessità di ridiscutere anche con i curanti territoriali l'adeguata presa a carico ambulatoriale - l'incontro è avvenuto il 17 gennaio 2019 -, con la possibilità di visite al domicilio, presso la sede del servizio per le dipendenze e presso il medico generalista. Inoltre, lo specialista ha segnalato che stante la gravità della patologia medica somatica e psichiatrica di cui era affetto l'assicurato, era stato previsto di effettuare una segnalazione all'Autorità Regionale di Protezione delle sue condizioni, al fine di suggerire, in caso di ricadute, un collocamento presso una struttura intermedia specifica per la cura dell'alcolismo (il Centro residenziale di _____). Questa evenienza è stata discussa con l'interessato che, in caso di nuove ricadute, si è mostrato possibilista a considerare questa offerta terapeutica. Lo psichiatra ha concluso affermando di avere considerato impossibile una dimissione anticipata rispetto alla tempistica prevista, poiché in assenza delle condizioni cliniche e psicopatologiche che lo permettessero, e vista la persistenza della sintomatologia ansiosa a base astinenziale, il paziente sarebbe stato esposto alla possibilità di una ricaduta nel consumo di alcol, che avrebbe allungato il tempo di degenza e peggiorato il decorso clinico. Il dr. med. _____, medico di fiducia di CO 1, si è pronunciato sulla questione ricordando il contenuto del primo referto dell'11 gennaio 2019 redatto dai medici della _____ in risposta alla lettera del 27 dicembre 2018 della Cassa malati, secondo i quali gli obiettivi di disintossicazione e di rivalutazione della terapia farmacologica non sarebbero stati perseguibili con trattamento ambulatoriale a causa del quadro clinico necessitante di un'ulteriore valutazione sulla farmaco-terapia, mentre lo stato clinico presente avrebbe reso impossibile una prosecuzione del trattamento in ambito ambulatoriale. In base a queste affermazioni, il medico fiduciario ha dedotto che l'assicurato presentava una dipendenza cronica da etile e che ha interrotto il processo in corso di disassuefazione. Il 14 gennaio 2019 è stato valutato che non esistevano sufficienti elementi di carattere medico per giustificare un ricovero, ma che un trattamento avrebbe potuto essere eseguito ambulatorialmente; pertanto, il ricovero in esame non era giustificato dal lato medico e non

rispecchiava i criteri dell'art. 32 LAMal, dato che con alta probabilità, vista l'anamnesi, alla dimissione la situazione per quanto riguardava la dipendenza da alcol non sarebbe cambiata e anche un ulteriore percorso specifico avrebbe avuto poche chances di successo. Il dr. _____ ha infine precisato che stante la contestazione della sua decisione, la Cassa malati ha deciso di chiedere una valutazione specialistica. La dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, si è infatti pronunciata il 25 febbraio 2019 (doc. 13) sulla 10a ammissione dell'assicurato presso la Clinica psichiatrica _____ di _____. La psichiatra ha affermato che, dalla documentazione analizzata, non sono emersi elementi che giustificassero una necessità di ricovero psichiatrico acuto e quindi che la disassuefazione da sostanze alcoliche non necessitasse un ricovero in quella struttura. Essa ha in particolare evidenziato che le parole del dr. med. _____, secondo cui la condizione psicofisica dell'assicurato non consentiva una rapida dimissione dalla struttura a causa della sintomatologia ansiosa, non risultavano confermate dall'analisi della cartella di decorso, dove il 31 dicembre 2018 è invece riportato un " decorso stazionario con andamento favorevole. Paziente stabile sul piano clinico, tono dell'umore in asse, assenti ansia libera e tensione endopsichica ". Inoltre, il dosaggio della terapia ansiolitica somministrata era " basso ". In merito all'ulteriore indicazione dello psichiatra curante sulla terapia psicofarmacologica adottata e poi modificata, che ha portato a una lenta risoluzione della sintomatologia astinenziale, la dr.ssa med. _____ ha osservato che tale affermazione non trovava un riscontro oggettivo né secondo quanto annotato nella cartella clinica né secondo il dosaggio della terapia benzodiazepinica. Oltre a ciò, per il fatto che l'incontro di rete con gli operatori coinvolti sul territorio sia avvenuto soltanto il 17 gennaio 2019, secondo l'esperta a cui si è rivolta la Cassa malati non v'erano elementi per giustificare che non potesse essere organizzato tempo prima o a livello ambulatoriale. Da ultimo, nel rispondere alle domande formulate dalla Cassa malati, la psichiatra ha dapprima riportato le diagnosi poste nella lettera di dimissione dalla Clinica (risposta n. 1). Poi, ha precisato che la sindrome da dipendenza è una malattia cronica, che l'intossicazione acuta è un disturbo del comportamento conseguente ad un'assunzione di alcol e che solo quando è grave può essere accompagnata da ipotensione, ipotermia e depressione del riflesso faringeo (risposta n. 2). Allo specifico quesito se v'era la necessità di un ricovero acuto, l'esperta scelta dall'assicuratore malattia ha risposto " No, non vi era un'emergenza medica, il paziente non era in pericolo di vita. Il trattamento, come spiegato, a cui è stato sottoposto poteva essere attuato anche a livello ambulatoriale. " (risposta n. 3). Infine, nello specificare se la cura era stata efficace, appropriata ed economica, la specialista ha indicato che secondo quanto risultava dai due rapporti medici della Clinica psichiatrica, al momento della dimissione v'era ancora un'ambivalenza da parte del paziente per una cura in struttura specializzata per il trattamento delle dipendenze (_____), pertanto essa ha ritenuto che il trattamento dell'intossicazione acuta da alcol poteva essere fatta a livello ambulatoriale o in ospedale somatico (risposta n. 4).

2.9. Sulla scorta di questi pareri medici, il 7 marzo 2019 (doc. 14) la Cassa malati ha confermato all'assicurato che non v'erano elementi per giustificare la necessità di un ricovero psichiatrico acuto, ribadendo così la decisione del 15 gennaio 2019. A richiesta del rappresentante del ricorrente, l'8 novembre 2019 (doc. 18) il dr. med. _____ ha reso un nuovo referto medico in merito alla degenza in questione, che sostanzialmente ricalca il suo precedente dell'11 febbraio 2019. Lo psichiatra curante ha infatti ribadito che la condizione generale psicofisica dell'assicurato non consentiva, né dal punto di vista somatico né da quello psichiatrico, una rapida dimissione dalla struttura se non prima che si fosse risolta gran parte della

sintomatologia ansiosa che era stata rilevata fino agli ultimi giorni della degenza e che ha motivato delle modifiche della terapia in atto e l'assunzione di terapie in riserva giornalmente per tutta la degenza. Il curante ha affermato che lo stato clinico, il persistere della sintomatologia ansiosa e l'insonnia, che hanno motivato l'assunzione regolare di terapie in riserva (fino al 17 dicembre 2019, l'assicurato aveva assunto giornalmente, associate in maniera diversa: atarax 25 mg 1 cp, imovane 7,5 mg 1 cp, stilnox 10 mg 1 cp e dafalgan 1000 mg 1 cp), erano francamente invalidanti per l'interessato e acuivano il suo malessere fino a portarlo a chiedere in maniera compulsiva, più volte, la dimissione senza valutare il reale stato della sua condizione clinica. Per lo psichiatra, la necessità del ricovero era motivata dal fatto che l'assicurato non riusciva a comprendere sia il livello di gravità della sintomatologia presentata che il rischio che avrebbe comportato una repentina dimissione al domicilio (visto il livello di ansia, l'insonnia, l'impulsività crescente, il paziente sarebbe ricaduto nel consumo di alcol in breve tempo) e che lo portava a minimizzare le sue condizioni cliniche. L'8 gennaio 2019 anche il neurologo dr. med. _____ ha indicato che la sintomatologia ansiosa era responsabile della sintomatologia neurologica (tremori agli arti inferiori). Durante la degenza l'assicurato ha effettuato delle uscite terapeutiche con il personale per valutare attentamente l'andamento all'interno di alcune attività organizzate e previste per i degenti, dove è data la possibilità di congedo solamente se presente un operatore sanitario o un familiare di riferimento. Inoltre, durante il ricovero, nonostante l'inserimento di una terapia benzodiazepinica specifica per la disassuefazione dall'alcol (oxazepam, poi clorazepato e infine nalmefene) è stata osservata una lenta risoluzione della sintomatologia astinenziale da alcolici. Peraltro, nonostante le modifiche farmacologiche effettuate, l'assicurato continuava a presentare una sintomatologia ansiosa invalidante e interferente con l'andamento nella quotidianità. Questa condizione ha comportato la necessità di rivedere con i curanti territoriali l'adeguata presa a carico ambulatoriale e il 17 gennaio 2019 è stato effettuato un incontro di rete. Vista la sintomatologia presentata non v'era un'indicazione ad anticipare la data dell'incontro con i curanti esterni, dando piuttosto la possibilità di potere seguire attentamente il decorso clinico dell'assicurato, al fine di dimetterlo al domicilio nella migliore condizione psichica e somatica possibile e al momento più opportuno, dove potesse essere gestito territorialmente e ambulatorialmente da colleghi. Stante inoltre la gravità della patologia medica somatica e psichiatrica, è stato previsto di effettuare un rapporto all'ARP per segnalare le condizioni dell'interessato allo scopo di suggerire, se fossero comparse eventuali ricadute, un collocamento presso una struttura intermedia specifica per la cura dell'alcolismo (_____), possibilità che è stata discussa con l'assicurato stesso che si è mostrato possibilista in caso di nuove ricadute. Il dottor _____ ha concluso che era stata ritenuta impossibile una dimissione anticipata rispetto alla tempistica prevista, poiché in assenza delle condizioni cliniche e psicopatologiche che lo permettessero e vista la persistenza di sintomatologia ansiosa a base astinenziale, l'assicurato sarebbe stato esposto a una possibile ricaduta nel consumo di alcol, che avrebbe pure allungato il tempo di degenza e peggiorato il decorso clinico. Si è quindi voluto offrire all'interessato la migliore terapia che fosse efficace nella risoluzione della sintomatologia acuta. 2.10. La psichiatra dr.ssa med. _____ si è espressa su quest'ultimo parere il 15 dicembre 2019 (doc. 21), ribadendo la precedente valutazione resa il 25 febbraio 2019. Essa ha ricordato gli atti che le sono stati messi a disposizione dall'assicuratore, da cui a suo dire non sono emersi elementi da giustificare una necessità di ricovero psichiatrico acuto. La specialista ha ricordato che nel suo primo rapporto aveva evidenziato che l'assicurato non era in pericolo

di vita al momento dell'ammissione nella _____ e che non presentava patologie che necessitavano di una cura stazionaria in reparto psichiatrico acuto. Essa ha spiegato che la sindrome da dipendenza da alcol diagnosticata dai curanti è una malattia cronica, mentre l'intossicazione acuta da alcol è un disturbo del comportamento conseguente ad un'assunzione eccessiva di alcol e che quest'ultima, solo quando è grave, può essere accompagnata da sintomi che possono mettere in pericolo la vita, ciò che però non è stato assolutamente il caso dell'assicurato, che è giunto in Clinica per un ricovero volontario con un tasso alcolemico dell'1,31 per mille (al Pronto Soccorso era di 2,81 g/l). Dalla descrizione fatta dai curanti dello status all'ammissione, la psichiatra nominata dalla Cassa malati ha concluso che l'intossicazione da sostanze alcoliche poteva essere trattata a livello ambulatoriale o in ospedale somatico (ubriachezza semplice). Inoltre, le affermazioni del dr. med. _____, secondo cui le condizioni generali psicofisiche dell'assicurato non consentivano una rapida dimissione dalla struttura nonostante l'inserimento di una terapia benzodiazepinica specifica, non trovano riscontro oggettivo. D'avviso della dr.ssa _____, né secondo quanto annotato nella cartella clinica (fogli di decorso) né secondo il dosaggio della terapia benzodiazepinica prescritta, vi sono evidenze di queste affermazioni. La psichiatra interpellata dalla Cassa malati ha poi riportato degli estratti quasi giornalieri dalla cartella clinica del ricorrente, in cui è sostanzialmente indicato che egli era " adeguato e collaborante ", " tranquillo " e il " decorso stazionario con andamento favorevole ". Inoltre, dallo storico della terapia essa ha rilevato che dal 21 al 31 dicembre 2018 è stata prescritta quale terapia benzodiazepinica Seresta 15 mg 8 cp/die, dal 31 dicembre 2018 al 2 gennaio 2019 Seresta 5 cp/ die, dal 2 all'11 gennaio 2019 Tranxilium 10 mg 3 cp/die, dall'11 al 17 gennaio 2019 Tranxilium 10 mg 4 cp/die, dal 17 al 21 gennaio 2019 Tranxilium 20 2 cp/die e dal 21 gennaio 2019 Tranxilium 20 1 cp/die e quindi si trattava di " dosaggi sicuramente "bassi" ". Inoltre, fino al 17 gennaio 2019 non è stata prescritta una terapia ipnoinducente "fissa", motivo per cui l'assicurato assumeva spesso in riserva per la notte Imovane 7,5 mg 1 cp e dal 30 dicembre 2018 anche Stilnox. Dall'introduzione di Imovane alla notte quale terapia fissa l'interessato non ha più assunto riserve. Infine, la specialista ha evidenziato che il secondo parere del collega dr. med. _____ riprendeva in gran parte il suo precedente rapporto, che essa aveva già considerato, e non ha condiviso quanto egli ha scritto al secondo capoverso (righe 6-12), visto che dalla documentazione relativa alla degenza " non era assolutamente rilevabile uno "stato clinico, persistere di sintomatologia ansiosa e insonnia... francamente invalidanti ". Neppure erano condivisibili, siccome non rilevabili dagli atti, le sue affermazioni dalla riga 1 alla 8 della seconda pagina. Da ultimo, la dr.ssa _____ ha evidenziato che le esternazioni del rappresentante legale dell'assicurato dalla riga 18 alla 37 della pagina 4, delle pagine 5 e 6 erano prive di fondamento medico. Pertanto, dalla nuova documentazione analizzata non sono emersi elementi atti a modificare le sue precedenti conclusioni. 2.11. Su questo rapporto peritale si è espresso il 5 febbraio 2020 (doc. N) il dr. med. _____, ribadendo che le condizioni cliniche e psicopatologiche del ricorrente non potevano essere gestite correttamente ambulatorialmente, poiché il rischio di ricaduta nel consumo di alcol e la sintomatologia ansioso depressiva, così come la lenta risoluzione della sintomatologia astinenziale presentata, non consentivano una gestione al domicilio e la migliore gestione clinica poteva essere solamente effettuata in ambito protetto acuto. A suo dire, poi, i riferimenti fatti dalla dr.ssa med. _____ a parti dei colloqui della cartella clinica e le varie estrapolazioni della cartella stessa, non erano esaustivi rispetto a quanto globalmente si vinceva dallo stato clinico e psicopatologico generale del paziente. Infine, il 10 giugno

2020 (doc. O) le dottoresse _____ e _____ hanno dichiarato che il 21 dicembre 2018 si era presentato loro al Pronto Soccorso l'assicurato e che, date le circostanze, si era reso necessario un ricovero presso la Clinica psichiatrica _____, scelta che il paziente ha accettato e condiviso. Le stesse hanno inoltre affermato che " Alla luce degli antecedenti del paziente e dei fatti occorsi a quel momento e che hanno portato il paziente in Pronto soccorso si attesta che qualora il paziente il 21 dicembre 2018 avesse rifiutato un ricovero in regime volontario si sarebbe resa necessaria l'apertura di una procedura per un ricovero coatto in stazione psichiatrica. ". 2.12. 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; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Nella sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione , a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione o da servizi specializzati indipendenti in sede di istruttoria amministrativa, il TFA 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 125 V 353, consid. 3b/bb; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). Per costante giurisprudenza, in un

procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante , secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/ 2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.13. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pagg. 628-629; D. Cattaneo , Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare

l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.14. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, questo Tribunale deve concludere che alla valutazione del 25 febbraio 2019 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, medico a cui CO 1 ha fatto capo, va attribuita piena forza probante. La specialista ha infatti esaminato nel dettaglio l'intera documentazione medica agli atti, consistente nella cartella clinica dell'assicurato e nei pareri medici allestiti dagli psichiatri che l'hanno avuto in cura durante la sua degenza presso la Clinica Psichiatrica _____ di _____ dal 22 dicembre 2018 al 21 gennaio 2019. Il 15 febbraio 2019 la dr.ssa med. _____ ha attentamente analizzato il quadro della situazione basandosi sulla documentazione clinica raccolta dalla Cassa malati, comprendente il recente rapporto dell'11 febbraio 2019 del dr. med. _____, il rapporto di dimissione del 31 gennaio 2019 reso da quest'ultimo unitamente alla dr.ssa med. _____ e la cartella clinica completa. In particolare, è proprio esaminando i dati inseriti nella cartella dell'assicurato che l'esperta ha tratto la conclusione che una degenza stazionaria non era necessaria, perché egli non era in pericolo di vita quando si è presentato al Pronto Soccorso e, men che meno, più tardi alla Clinica psichiatrica, visto anche che il tasso alcolemico si era nel frattempo dimezzato. In effetti, dallo "status psichico all'entrata" (pag. 12 della cartella) risulta che il ricorrente era appena stato dimesso dalla stessa struttura soltanto nel mese di settembre 2018 nell'ambito di una sindrome da dipendenza da alcol, ma che già subito alla sua dimissione aveva ripreso a consumare alcolici in misura sempre più crescente. Inoltre, nell'ultimo mese non si era più recato ad _____, arrivando a consumare mezzo litro di grappa al giorno. Al momento del ricovero in Clinica psichiatrica, per la decima volta, il 22 dicembre 2018, era presente fetore etilico e il tasso alcolemico era dell'1,31 per mille; inoltre, l'assicurato era tranquillo, non bizzarro, collaborante, vigile, lucido, orientato nei quattro domini, non sono emersi deficit cognitivi o di memoria. L'eloquio era informativo, l'umore subdeflesso. Da rilevare che la cartella clinica segnala in particolare che erano presenti lievi manifestazioni ansiose e che l'assicurato negava ideazione autolesiva o anticonservativa e non si era osservata aggressività auto o eterodiretta, né discontrollo degli impulsi. Al ricovero era dunque stata posta la diagnosi provvisoria di intossicazione acuta da alcol in alcolismo cronico, diagnosi che alla dimissione è stata di sindrome da dipendenza (ICD-10: F10.2) e di intossicazione acuta (ICD-10: F10.0). Il progetto di cura (pag. 12) prevedeva di valutare il percorso di disintossicazione e di rivalutare la terapia farmacologica. Dalla scheda "Terapia" (pag. 13) si rileva che già il 26 dicembre 2018 l'assicurato è uscito all'interno del parco, il 29 seguente ha potuto uscire per fare la spesa terapeutica, il 31 dicembre 2018 ha beneficiato di un

congedo rientrando in giornata al proprio domicilio con la moglie e il 7 gennaio 2019 ha potuto rimanerci per una notte. L'8 gennaio 2019 il ricorrente è uscito accompagnato da un infermiere per svolgere delle attività, mentre il 5 gennaio 2019 ha effettuato la spesa terapeutica, così come il 12 e il 19 gennaio 2019 e in queste ultime due occasioni era accompagnato. Dal "Piano terapeutico" (pag. 18) emerge che gli obiettivi del ricovero erano il controllo/la risoluzione della sintomatologia, l'impostazione o rivalutazione della terapia farmacologica e la presa a carico territoriale. Gli strumenti per raggiungere questi obiettivi erano la presa a carico multidisciplinare, i colloqui clinici e la terapia farmacologica. In calce a questo foglio, allestito il 22 dicembre 2018 e quindi al momento del ricovero, è indicato che la durata ipotizzabile della degenza era " non valutabile ", ma poi alla riga sottostante, riferita alle "Osservazioni ulteriori", figura che " Ho condiviso con il Dr _____ e il Dr _____ che in caso di ricaduta nel consumo di alcol dopo la dimissione che avverrà nella prossima settimana tra il 22-23 gennaio, sono disposto a effettuare un percorso a _____ ". Nella "Valutazione psichiatrica infermieristica", effettuata il 22 dicembre 2018 (pag. 24), risulta in particolare che al momento dell'ammissione l'assicurato si è presentato adeguato, gentile e collaborante, ha risposto in modo coerente alle domande che gli sono state poste e a volte era ripetitivo nelle domande. L'eloquio, l'attenzione, la concentrazione, la memoria e l'orientamento erano nella norma. La mimica era alterata (triste), la gestualità pure (tremori), lo stato di coscienza era obnubilato (stato indotto), la psicomotricità (irrequietezza) e la postura (rigida) pure erano alterate. Una nota precisa che " da diversi giorni presenta importanti tremori a livello degli arti inferiori, a suo dire sono sempre presenti in particolar modo quando è fermo o seduto ". Inoltre, il contenuto del pensiero e la percezione erano nella norma, mentre la critica e il giudizio erano alterati (coscienza di malattia parziale, autocritica parziale, autonomia nei processi decisionali parziale). L'autoconservazione, l'aggressività e le facoltà psichiche espresse in comportamenti erano nella norma, mentre gli altri stati erano alterati: le emozioni (labilità emotiva), i sentimenti (disagio), il tono dell'umore (abbassamento), l'igiene (trascurata), l'abbigliamento (trascurato, sporco) e le dipendenze (da sostanze alcoliche). La nota conclude che il consumo quotidiano di bevande alcoliche (grappa) era notevolmente aumentato negli ultimi giorni, che in Pronto Soccorso presentava un'alcolemia di 2,81 e che all'arrivo in Clinica era sceso a 1,31. Sempre dalla cartella clinica dell'assicurato risulta dai focus psichiatrici (pag. 28) che durante tutta la degenza egli si è mantenuto astinente; infatti, i due alcol test effettuati a sorpresa il 1° e l'8 gennaio 2019 hanno dato esito negativo (pag. 35). Per l'aspetto somatico, all'arrivo in Clinica psichiatrica risulta pure che l'assicurato soffriva di insonnia e manifestava tremori. Al riguardo è annotato che da diversi giorni egli presentava importanti tremori agli arti inferiori e che, a suo dire, questi tremori scomparivano quando camminava, mentre erano molto presenti quando era fermo o si sedeva (pag. 27). Nella medesima valutazione somatica resa il giorno della dimissione dalla struttura (pag. 26), è stato ancora segnalato che l'interessato presentava forti tremori, precisando che erano stati investigati a livello neurologico. Per quanto concerne il decorso del mese di ricovero presso la Clinica psichiatrica, d'avviso del TCA, dalle sei pagine della cartella infermieristica non emerge, come ha rilevato l'esperto psichiatra a cui si è rivolta la Cassa malati, un quadro particolarmente severo delle condizioni di salute del ricorrente. Non vi sono infatti specifiche indicazioni a sostegno delle affermazioni dei medici curanti secondo cui né lo stato psichico né lo stato somatico dell'assicurato permettevano una rapida dimissione dall'istituto " se non prima che si fosse risolta gran parte della sintomatologia ansiosa che abbiamo rilevato fino agli ultimi giorni

della degenza e che ha motivato anche delle modifiche terapeutiche. ". Anzi. Già lo stesso giorno del ricovero, alle 11.33, è stato annotato che il paziente era tranquillo, adeguato nella relazione, non era aggressivo, l'etilometria era dello 0,44 per mille e, soprattutto, egli ha accettato una breve degenza. Due ore dopo, durante un momento relazionale in cui si è valutata la presenza di sintomatologia astinenziale (tremori imputati anche a problematiche neurologiche), l'interessato era tranquillo e ha espresso il desiderio che la degenza fosse breve per la fase acuta. L'indomani sono stati riscontrati i tremori agli arti, ma l'assicurato era adeguato e collaborante; a tratti ha lamentato malessere generale a causa dei sintomi astinenziali. Il 24 dicembre 2018 il paziente ha chiesto di ridurre la dose di Seresta, perché voleva restare ricoverato ancora pochi giorni. Malgrado il giorno di Natale l'assicurato abbia dormito male di notte, era comunque apparso tranquillo e adeguato, ha assunto correttamente la terapia e ha chiesto di potere uscire. Il giorno seguente, sempre tranquillo, ha chiesto di potere vedere il medico per discutere delle sue dimissioni. Gli è stato permesso di uscire nel parco a camminare. Anche nel colloquio avuto alle ore 21.02 era apparso sereno riguardo al proprio percorso e ha riferito di valutare l'opzione di cominciare la terapia con Antabus. Il 27 dicembre 2018 egli era motivato a intraprendere la terapia di Antabus, mentre era preoccupato per la ricaduta. Il giorno dopo v'è stato un incontro con il medico che lo segue sul territorio e vista la richiesta di essere dimesso è stato proposto all'assicurato un congedo per i prossimi giorni, che ha accettato a fatica. Alla sera la richiesta di dimissione è stata condivisa con il dr. med. _____, il quale a quel momento non l'ha ritenuta ancora possibile in ragione dello status psicopatologico e somatico. Determinante è che l'ultimo giorno dell'anno è stato segnalato che il decorso era stazionario, con andamento favorevole, il paziente era stabile sul piano clinico, il tono dell'umore era in asse, erano assenti ansia libera e tensione endopsichica, non erano presenti allo stato attuale problematiche quali discontrollo degli impulsi, né aggressività né suicidalità attiva, tanto che in considerazione della stabilità del quadro clinico osservato e dell'assenza di acuzie psicopatologiche in atto, è stato autorizzato il congedo con una notte al domicilio con la moglie, congedo che l'interessato era contento di potere effettuare e che è andato bene. Il 2 gennaio 2019 il ricorrente ha avuto un colloquio con delle infermiere, che hanno attestato che era tranquillo, adeguato e collaborante, acritico sulla propria condizione di malattia. Non sono emersi sintomi astinenziali né ulteriori elementi di acuta psicopatologia ed egli ha accettato la prosecuzione del ricovero in clinica almeno fino alla visita neurologica, che era in programma per l'8 gennaio. Gli è stata inoltre modificata la terapia (sospensione di Seresta e introduzione di Tranxilium). Il 3 gennaio 2019 l'assicurato ha manifestato ansia e paura che gli venisse modificata la terapia della sera e l'indomani si era lamentato di non sentirsi abbastanza coperto dal Tranxilium, tanto che il 5 gennaio 2019 continuava a camminare per i corridoi, aveva difficoltà a stare fermo, si sentiva insofferente e annoiato. Alla visita neurologica dell'8 gennaio 2019 gli è stato detto che i tremori erano di origine ansiosa, non degenerativa né per conseguenze alcoliche, tanto che il giorno seguente si è valutato se introdurre un ansiolitico. L'11 gennaio 2019 viene indicato in cartella che il decorso era complessivamente favorevole. Al colloquio infermieristico il ricorrente era adeguato nella relazione, disponibile al dialogo, accessibile nei vissuti, il tono dell'umore era complessivamente in asse, non c'era tensione endopsichica, ma era presente ansia. In considerazione della sintomatologia ansiosa riferita e osservata, è stata incrementata la terapia con Tranxilium. Non c'era discontrollo degli impulsi né aggressività né suicidalità attiva. È stata autorizzata l'uscita per la spesa terapeutica e nel parco con i familiari nel fine settimana, ma non i congedi al domicilio. Il 13 gennaio 2019 l'assicurato

ha riferito un beneficio dalle uscite accompagnate nel parco e ha confermato il desiderio di concludere il ricovero sentendosi pronto a una dimissione, volontà ribadita il giorno seguente non volendo intraprendere un percorso comunitario a lungo termine. Il 17 gennaio 2019 ha avuto luogo l'incontro con vari attori per definire la sua dimissione prevista per il 22; l'interessato era ansioso e chiedeva costantemente di essere dimesso. Il giorno precedente la dimissione, il 21, il quadro psicopatologico e clinico era stazionario e invariato rispetto alla settimana precedente. 2.15. In sostanza, il quadro che è emerso durante il mese di degenza non può definirsi a tal punto grave da necessitare un ricovero stazionario, poiché praticamente quasi ogni giorno viene descritto un decorso stazionario, con un paziente tranquillo, adeguato e collaborante, che non ha mai dato segni di irrequietezza, se non in connessione con il cambio di terapia farmacologica. Anche l'ansia è stata segnalata soltanto in un paio di occasioni e in particolare in occasione dell'incontro di rete che ha avuto luogo il 17 gennaio 2019 con lo psichiatra curante esterno per definire la sua dimissione. Pertanto, come ha evidenziato la dr.ssa med. _____, dagli atti non è ravvisabile quella condizione generale psicofisica che il dr. med. _____ ha descritto l'11 febbraio 2019, e che ha ribadito l'8 novembre 2019, secondo cui essa non avrebbe consentito una celere dimissione dall'istituto se prima non fosse stata risolta la sintomatologia ansiosa. Una tale critica situazione ansiosa non è infatti chiaramente emersa dalla cartella clinica, come neppure è stato segnalato un quadro clinico precario. Al contrario, già a fine anno il decorso era stazionario con andamento favorevole, l'assicurato era stabile sul piano clinico e, come al momento dell'ammissione in clinica, non erano presenti discontrollo degli impulsi, aggressività, suicidalità attiva e, soprattutto, ansia libera. Il fatto che fossero spesso presenti dei tremori agli arti inferiori, e che il neurologo che ha visitato il ricorrente l'8 gennaio 2019 ha ritenuto essere di origine ansiosa non degenerativa e non dovuti a conseguenze alcoliche, per il Tribunale non può portare alla conclusione che l'assicurato era costantemente ansioso e che quindi una sua dimissione è stata espressamente ritardata per cercare di risolvere gran parte della sintomatologia ansiosa. Sulla terapia farmacologica l'esperta incaricata dalla Cassa malati ha riscontrato che i dosaggi dei farmaci ansiolitici somministrati (Seresta, Tranxilium) erano bassi e quindi l'affermazione del dr. med. _____ secondo cui era stata avviata una terapia benzodiazepinica ad hoc per la disassuefazione dall'alcol non è oggettivabile né dalla cartella clinica stessa né dal dosaggio della terapia benzodiazepinica prescritta. Essa ha ribadito e ulteriormente spiegato nel suo complemento peritale del 15 dicembre 2019 che, viste le condizioni di salute del ricorrente all'ammissione in Clinica Psichiatrica _____, l'intossicazione da sostanze alcoliche poteva essere trattata a livello ambulatoriale o in ospedale somatico. La tranquillità, la collaborazione, l'assenza di ideazione auto lesiva o anticonservativa e le lievi manifestazioni ansiose non davano luogo a una situazione tale da porlo in pericolo di vita e quindi alla necessità di ricoverarlo in via stazionaria in una struttura specializzata. Come visto, per quasi ogni giorno di degenza la cartella infermieristica annota che il paziente era tranquillo e adeguato, collaborante, il suo stato era stazionario, voleva ridurre la terapia farmacologica e, visto l'andamento positivo delle sue condizioni di salute, ciò è avvenuto e inoltre gli è stata modificata la terapia ansiolitica. A fine anno 2018 l'andamento era favorevole e a inizio anno non erano emersi elementi di acuzia psicopatologica. In considerazione di ciò, la dr.ssa med. _____ ha contestato la valutazione di uno stato clinico con persistente sintomatologia ansiosa e insonnia che erano invalidanti, proprio perché questa situazione, a ragione, non emerge dagli atti medici allestiti al momento della degenza, ma sono delle informazioni che sono

state riportate soltanto in un secondo tempo dagli psichiatri curanti. Tuttavia, per giurisprudenza, in caso di dubbio essi attestano in favore dei loro pazienti e quindi loro affermazioni, in caso di lite, benché rese da specialisti, non possono godere di valore probante. 2.16. A proposito della critica mossa dall'insorgente riguardo a queste valutazioni peritali, secondo cui le stesse non avrebbero alcuna validità per l'assenza di una visita personale, ma solo sulla base dei documenti medici, va qui ricordato che 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 (STF 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; STF 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4; STF 8C_659/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5; RAMI 1998 U 56 pag. 371 consid. 5b). In concreto, l'intera cartella clinica e infermieristica è sufficiente per stabilire le condizioni di salute del ricorrente al 22 dicembre 2018 e quindi non v'è motivo per procedere né a una valutazione personale dell'assicurato - che, peraltro, a due anni di distanza dall'evento, non potrebbe, vista la tematica, apportare nulla di utile sulle sue condizioni di salute di allora -, né all'audizione richiesta dal ricorrente dei tre medici che l'hanno avuto in cura (dr.sse med. _____ e _____, dr. med. _____). Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser , Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Le audizioni sia dei medici che l'hanno avuto in cura al Pronto Soccorso e che ne hanno disposto subito il ricovero alla Clinica Psichiatrica _____, sia dello specialista che l'ha seguito nella struttura, non potrebbero portare degli elementi utili ulteriori alla procedura, non fosse altro per il fatto che questi curanti si sono già ampiamente espressi per iscritto e le rispettive dichiarazioni sono state compiutamente e attentamente valutate dall'esperta scelta dalla Cassa malati. Il TCA rileva inoltre che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007 ; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara l'indizione di un pubblico dibattito (DTF 136 I 279 consid. 1). Nel caso di specie, l'assicurato ha chiesto di sentire come testi i suoi medici, ma non ha chiesto alcun dibattito, perciò anche per tale motivo la sua pretesa è dunque volta all'insuccesso. 2.17. In conclusione, i due referti specialistici sono dettagliati e approfonditi, l'esperta incaricata dalla Cassa malati ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a

sua disposizione e ha valutato le condizioni cliniche dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dagli atti medici raccolti presso il nosocomio stesso in cui egli è stato ricoverato un mese. Essa ha altresì preso posizione sui pareri del collega dr. med. _____, contestando e spiegando le discrepanze individuate fra quanto descritto durante la degenza e quanto esposto in un secondo momento, e meglio tra quanto è stato oggettivato nella cartella clinica e quanto è stato espresso, a posteriori, dagli psichiatri curanti. Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalle convincenti conclusioni della dr.ssa med. _____, specialista in materia. Quanto alla dichiarazione delle dottoresse del Pronto Soccorso, che il 10 giugno 2020 hanno attestato che se il ricorrente avesse rifiutato un ricovero in regime volontario si sarebbe resa, a loro parere, necessaria l'apertura di una procedura per un ricovero coatto in stazione psichiatrica, nulla muta. Dalla cartella clinica non sono infatti emersi elementi convincenti per ritenere che una degenza stazionaria fosse l'unica soluzione per curare la problematica del ricorrente. In effetti, in quella occasione, il trattamento dell'intossicazione acuta da alcol poteva essere svolto a livello ambulatoriale, non essendo le condizioni dell'assicurato a tal punto critiche da necessitare quale prestazione appropriata, il solo ricovero stazionario. 2.18. Alla luce di quanto precede, un ricovero stazionario non appariva necessario. Ne segue che i relativi costi non devono essere assunti dalla Cassa malati. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione impugnata confermata.

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