

TI_GERICHTE 36.2021.21 vom 26. Juli 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-07-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.21

FR: TI_GERICHTE 36.2021.21 du 26 juillet 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.21 del 26 luglio 2021

Erwägungen

E. 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 il Tribunale federale, al considerando 3.1, ha rammentato che le nozioni di trattamento ambulatoriale, semi stazionario e stazionario non sono state modificate dal nuovo tenore dell'art. 41 LAMal in vigore dal 1° gennaio 2009 e che 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, dagli atti emerge che il 7 novembre 2019 (doc. 6) la Clinica psichiatrica _____ di _____ ha formulato domanda a CO 1 di assunzione dei costi per un trattamento psichiatrico stazionario. Nell'apposito formulario la struttura ha indicato che l'ammissione, urgente, è avvenuta il 5 novembre 2019 su domanda della paziente. La diagnosi era di ICD-10: F00-F99 ed è stato osservato che un precedente soggiorno nell'istituto era avvenuto il 10 ottobre 2019. Oltre al nome del curatore, è stata indicata, quale motivazione della necessità del ricovero stazionario, una " Sintomatologia psichiatrica evidente " e, quale obiettivo del trattamento, un " Ridimensionamento / risoluzione del quadro clinico ". La durata prevedibile del trattamento è stata indicata come " Imprecisabile ". La Cassa malati ha subito interpellato la Clinica psichiatrica di _____ (doc. 7) per avere delucidazioni in merito al ricovero della sua assicurata e nel rapporto medico del 14 novembre 2019 (doc. H) il dr. med. _____, medico Capo Servizio, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, ha precisato che la mattina del ricovero l'interessata ha contattato il 144 per chiedere l'intervento di un'ambulanza che la conducesse direttamente presso la struttura. Il medico di guardia ha parlato telefonicamente con la paziente, che risultava in stato di forte angoscia a causa di contenuti deliranti del pensiero; era stata richiesta una valutazione al domicilio dell'assicurata da parte degli infermieri dei _____. In seguito l'interessata è stata portata al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ per una valutazione, essendo presente un forte stato di angoscia e malessere. Da alcuni giorni essa non si sentiva al sicuro nel suo appartamento, poiché si erano riacutizzati gli aspetti persecutori della malattia di base. È stata inviata alla Clinica psichiatrica di _____ per un ricovero a scopo di rivalutazione e cura e lì le è stato diagnosticato un disturbo delirante (ICD-10:

F22.0). Al momento della stesura del rapporto l'assicurata assumeva due volte al giorno Daflon 500 mg cpr, una volta Dalmadorm 30 mg cpr, Ocuvite Omega caps 90 pce, Orfiril long 1000 mg, Tardyferon 80 mg cp e Xeplion 100 mg IM una volta ogni 28 giorni. In riserva aveva Vitamina D3 Sandoz 1000, Nozinan 4% gtt 125 ml se tensione, Motilium lingual 10 mg cpr se nausea, Dafalgan 1 g cpr se algie, Psychopax gtt se tensione. Buona era la risposta alla rinnovata terapia antipsicotica per efficacia e tollerabilità. Alla domanda se fosse presente un'indicazione medica per il ricovero, lo specialista ha risposto che era opportuno che l'assicurata restasse ricoverata per potere definire un progetto sicuro in merito al suo luogo di domicilio, visto l'elevato rischio di ricaduta nella psicopatologia acuta nel caso in cui avesse dovuto ritornare nel suo attuale appartamento. Inoltre, all'ammissione si sono osservati aspetti di bizzarria, irritabilità, delirio e una certa agitazione psicotica ancora presenti e meritevoli di approfondimento. Al momento dell'ammissione, la paziente era sufficientemente curata nell'aspetto e nell'igiene, era vigile, lucida, collaborante, orientata nei principali domini. Accettava la relazione, nella quale si mostrava completamente adeguata e verosimilmente dipendente da essa; richiedeva attenzioni e rassicurazioni. Eloquio normofonico, fluido, informativo, con focus sul disagio presso l'attuale contesto abitativo. Tono dell'umore in asse, in presenza di ansia libera. Riferiva sentimenti di solitudine, abbandono, ritiro sociale e malinconia, mancanza di una progettualità. Pensiero delirante persecutorio con verosimile intuizione delirante nella notte precedente il ricovero (avrebbe sentito rumori/urla provenire dall'appartamento sotto al suo interpretandoli come un abuso sessuale). Non alterazione della percezione, insonne, non si sarebbe alimentata da circa una settimana. Non franca ideazione anticonservativa attiva o idee di morte. Negava consumo di alcol/sostanze. Pur in assenza di critica di malattia, la paziente collaborava. Alla domanda posta dalla Cassa malati sui motivi per i quali gli obiettivi non erano raggiungibili ambulatorialmente, lo psichiatra ha risposto che l'interessata necessitava di rivalutazioni frequenti, contenimento relazionale e farmacologico dei momenti di acuzie, nonché di rassicurazione costante e dell'organizzazione di un progetto per il seguito che fosse già attivo al momento della dimissione. La situazione complicata al domicilio a quel momento rischiava di fare regredire l'assicurata a un nuovo scompenso acuto. Erano previste tre settimane di ricovero e al termine la paziente avrebbe dovuto proseguire delle cure psichiatriche ambulatoriali. Il progetto concreto di presa in carico era ancora in via di discussione e sarebbe stato affinato e concretizzato nelle settimane successive. Il 18 novembre 2019 (doc. 8) la Cassa malati ha chiesto al suo medico fiduciario se, sulla base di tale rapporto, era possibile accordare la garanzia come caso acuto e il dr. med. _____ ha ritenuto opportuno, quello stesso giorno (doc. 9), raccogliere il rapporto di uscita al termine della degenza e la cartella medico infermieristica da sottoporre alla dr.ssa med. _____. Il rapporto di dimissione del 28 febbraio 2020 (doc. E) inviato all'attenzione del Servizio psico-sociale di _____ precisa che RI 1 è stata degente dal 5 novembre 2019 al 17 febbraio 2020 e che si trattava della 21esima ammissione. Alla dimissione la diagnosi psichica era di disturbo delirante (ICD-10: F22.0) e di episodio depressivo di media gravità (ICD-10: F32.1), mentre la diagnosi somatica era di emorroidi non specificate e di congiuntivite acuta non specificata. Esposta l'anamnesi in cui sono stati ricordati i maltrattamenti subiti durante l'infanzia che l'hanno portata ad essere affidata ai nonni e poi a renderne necessario un collocamento dapprima in istituto dall'età di 6 anni e mezzo, poi alla casa della giovane e in seguito in una comunità, ha effettuato numerosi ricoveri presso la Clinica psichiatra _____ ed era seguita dal Servizio psico-sociale. Il ricovero è avvenuto

volontariamente, accompagnata da una infermiera dei _____. Quale motivo del ricovero i dr. med. _____ e _____ hanno osservato che l'assicurata era nota per 20 precedenti ricoveri, l'ultimo avvenuto dal 10 al 29 ottobre 2019 nell'ambito di un disturbo delirante. Essi hanno poi riproposto come è avvenuto il ricovero, con l'interessata che ha chiamato il 144, la valutazione in pronto soccorso per un forte stato di angoscia e malessere e l'invio a scopo di distacco ambientale, protezione e cura. Gli specialisti hanno in seguito riproposto lo stato all'ammissione così come descritto per il rilascio della garanzia il 14 novembre 2019, con la specifica finale che il difficile contesto abitativo è stato in parte confermato dall'infermiera dei _____. Sulla terapia all'ingresso i medici hanno specificato che la paziente aveva autosospeso la terapia farmacologica che essi stessi avevano impostato alla precedente dimissione avvenuta una settimana prima del ricovero in questione. La terapia all'ammissione era la stessa già descritta nel referto del 14 ottobre 2019. Quanto al decorso clinico, è stato spiegato che la lunga degenza della paziente si era resa necessaria in presenza di una sintomatologia psicotica florida e di una sintomatologia depressiva caratterizzata da un forte isolamento sociale, deflessione del tono dell'umore e anedonia. Era stato difficile mobilizzare la paziente verso delle attività di reparto e all'esterno, con una certa oppositività dell'interessata stessa, ma anche a causa di una forte interpretatività e sentimenti di insicurezza sull'esterno. In nessun momento l'assicurata si era mostrata aggressiva nei confronti di se stessa o di altri, si era notato piuttosto un iperadattamento alla vita di reparto e un senso di sicurezza dato dalla permanenza in ambiente protetto. Le difficoltà al domicilio, reiterate nell'ultimo periodo, hanno condotto gli specialisti ad effettuare una riflessione in équipe allargata, con i _____ e con la curatrice della paziente, in merito a un'alternativa per un nuovo luogo di vita. A seguito di svariati tentativi falliti di reintegrarla in un appartamento, è stato concluso per un inserimento al _____, malgrado un'ambivalenza profonda dell'interessata per questo progetto. Progressivamente, e soprattutto in seguito al cambio di terapia *dépôt* in favore di Zuclopentixolo 200 mg/15 giorni IM, si era messo in evidenza un netto miglioramento dei sintomi psicotici e una apertura progressiva ai vissuti psichici e alla vita della clinica. Pur essendo fragile, si era così potuto proseguire con una dimissione e la integrazione presso il _____. La terapia farmacologica alla dimissione aveva aggiunto Akineton 4 mg retard cpr una volta al giorno, Clopixol 20 mg/ml gtt 20 ml due volte al giorno, in riserva Bioflorin cps se diarrea ed Effortil 15 ml gtt se ipotensione e in *dépôt* Clopixol *dépôt* 200 mg 1 fiala 1 ml ogni 15 giorni. La paziente è stata riaffidata alle cure del Servizio psico-sociale e dell'équipe dei _____. Per potere rispondere alla domanda della Cassa malati se, in base al rapporto di uscita del 28 febbraio 2020 e alla cartella medico infermieristica del 2 marzo 2020, era possibile accordare la garanzia per la 21esima ammissione per tutta la durata della degenza come caso acuto, su raccomandazione della dr.ssa med. _____ (doc. 12) CO 1 ha interpellato il 10 marzo 2020 (doc. 13) la dr.ssa med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, sottoponendole sei domande. L'assicuratore malattia ha trasmesso alla specialista la cartella clinica del 2 marzo 2020, i rapporti di uscita del 10 aprile 2019, del 29 maggio 2019, del 7 novembre 2019 e del 28 febbraio 2020 e nel suo rapporto del 27 aprile 2020 (doc. 15) la dr.ssa _____ si è pronunciata sul ricovero in esame dal 5 novembre 2019 al 17 febbraio 2020, il 21esimo, presso la Clinica psichiatrica _____ di _____. La psichiatra ha analizzato la cartella medico-infermieristica relativa all'ultima degenza e ha riportato degli estratti del foglio "Movimenti", del "Risultato del test Global of Suicide Risk", del foglio "Motivo del ricovero-ricordo anamnestico compilato dall'infermiera", del foglio "Anamnesi", del

foglio "Anamnesi psichiatrica", del foglio "Diagnosi medica", del foglio "Status psichiatrico all'entrata", del foglio "Piano terapeutico", del foglio "Diagnosi psichiatrica provvisoria", del foglio "Terapia attiva" e dei fogli "Decorso _____", riportando in tal caso degli estratti di quasi ogni giornata di degenza. La psichiatra ha poi riassunto i rapporti di dimissione del 28 febbraio 2020 per la degenza dal 5 novembre 2019 al 17 febbraio 2020, del 7 novembre 2019 relativo alla degenza dal 10 al 29 ottobre 2019, del 29 maggio 2019 con riferimento al ricovero dal 26 aprile al 23 maggio 2019 e del 10 aprile 2019 concernente la 18esima ammissione. La consulente ha poi risposto come segue ai quesiti postile: " D 1. Quali patologie psichiatriche vengono riscontrate? R 1. Disturbo delirante ICD-10 F22.0. I colleghi pongono diagnosi durante l'ultima degenza dal 05.11.2019 al 17.02.2020 (21esima) di episodio depressivo di media gravità ICD-10 F32.1. Non vi sono dati clinici del riscontro di tale patologia guardando il decorso registrato nella cartella medico-infermieristica e lo status psichiatrico descritto all'ammissione (tono dell'umore in asse). D 2. La degenza dal 5.11.2019 al 17.02.2020 rientra nel concetto di acuto? - se sì, fino a quando? - se no, motivazione. R 2. No, la paziente presenta infatti un disturbo delirante cronico. Dai curanti stessi il nucleo paranoide che viveva e vedeva nei vicini una minaccia mortale è definito inscalfibile (vedi rapporto del 07.11.2019 di dimissione redatto dai colleghi dr. med. _____ e _____ relativo alla degenza dal 10.10.2019 al 29.10.2019). Da una settimana aveva sospeso la terapia psicofarmacologica. La notte tra il 04.11 ed il 05.11 aveva presentato uno stato di tensione e al mattino contattava il 144 per chiedere l'intervento di un'ambulanza che la potesse condurre in _____. Da alcuni giorni riferiva di non sentirsi al sicuro presso il proprio appartamento. Veniva inviata in _____ per "un ricovero a scopo di distacco ambientale, protezione e cura". " Status all'ammissione: paziente sufficientemente curata in aspetto ed igiene. Si presenta lucida, vigile, collaborante, orientata nei principali domini. Accetta la relazione nella quale si mostra complessivamente adeguata e verosimilmente dipendente da essa; richiestiva di attenzioni e rassicurazioni. Eloquio normofonico, fluido, informativo con focus sul disagio presso l'attuale contesto abitativo. Tono dell'umore in asse in presenza di ansia libera. Riferisce sentimenti di solitudine, abbandono, ritiro sociale, malinconia nonché la mancanza di una progettualità. Pensiero delirante persecutorio con verosimili intuizioni deliranti nella notte precedente l'attuale ricovero (avrebbe sentito rumori, urla provenire dall'appartamento di sotto al suo, interpretandoli come un abuso sessuale). All'attuale non alterazione della percezione. Insonnia; non si alimenterebbe da circa una settimana. Non aggressività, non discontrollo degli impulsi, non franca ideazione anticonservativa attiva o idee di morte. Nega consumo di alcol e sostanza. Si rende noto che il difficile contesto abitativo viene in parte confermato dall'infermieri dei _____ ". Tale stato è poi rapidamente regredito. Nel decorso non si rilevano elementi di acuzia psicopatologica. Il trasferimento della paziente al _____ poteva essere effettuato anche dal domicilio. D 3. Il ricovero è oggettivamente in relazione con le problematiche di cui soffre la signora RI 1? R 3. La signora soffre di un disturbo delirante inscalfibile. Riceve un senso di sicurezza dalla permanenza in un ambiente protetto. D 4. Quale procedere sarebbe consigliabile in futuro per limitare i ricoveri e comunque tutelare la salute della paziente? R 4. L'inserimento attualmente al _____ permette sicuramente di ovviare al sentimento di isolamento e di abbandono della paziente; a permettere l'assunzione della terapia farmacologica prescritta. Il mantenimento del suo collocamento presso il _____ è sicuramente misura utile e consigliabile per tutelare la sua salute ed evitare ulteriori ricoveri. D 5. Indichi ogni informazione o proposta che ritenesse utile. R 5. Nessuna. D 6.

Osservazioni. R 6. Nessuna.". Sulla scorta dell'esposta valutazione, il 14 maggio 2020 (doc. 16) la Cassa malati ha informato l'assicurata che non emergevano elementi che giustificavano una necessità di ricovero psichiatrico acuto. Pertanto, riconosceva la degenza nel concetto di "caso di pertinenza di una casa per anziani medicalizzata", precisando che in questa fattispecie rientrano quei casi per i quali non è data la "necessità di ospedalizzazione" descritta come acuta e che sono normalmente trattati in un reparto medicalizzato di una casa per anziani. Con la decisione del 7 dicembre 2020 (doc. B) la Cassa malati ha ribadito che secondo i suoi specialisti non sussistevano sintomi derivanti da una malattia acuta che doveva essere trattata in regime stazionario acuto, perciò essa si assumeva unicamente i costi a livello cronico. Nel rispondere il 18 gennaio 2021 (doc. G) a dei quesiti sottopostigli dall'RA 1 onde potere formulare opposizione contro la predetta decisione, il dr. med. _____, Medico Capo Servizio della Clinica psichiatrica _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, si è così espresso: " 1. Perché la paziente al momento dell'ammissione aveva bisogno di una cura acuta ? A contrario di un bisogno di cura (Pflegebedürftigkeit) La paziente era particolarmente angosciata e scompensata sulla base di una ideazione delirante (persecuzione, convinzione di un rischio di subire violenze sessuali), rifiutava le cure ambulatoriali o domiciliari, assolutamente necessarie vista la diagnosi e la sua gravità. Contattava ripetutamente l'ambulanza. 2. Perché è dovuta essere ricoverata presso la _____? (Nel senso perché non poteva essere ricoverata presso una casa di cura?). à 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 (necessità di un letto ospedaliero) siccome necessitano obbligatoriamente dei requisiti tecnici e personali che si trovano solo in un ospedale. Certamente necessitava di assistenza specialistica continuativa visto il quadro di angoscia. Durante la degenza è stata rivista e modificata in maniera molto importante la terapia farmacologica (modificazione anche del dépôt). 3. Era da aspettarsi dalla terapia un netto miglioramento dello stato di salute della paziente? Un miglioramento significativo e soprattutto sufficiente a proseguire le cure in altro contesto. 4. Inoltre emerge dalla documentazione che è stata effettuata una valutazione al domicilio della paziente. Le chiederei gentilmente di trasmettermi la relativa valutazione. Eseguita dall'équipe dei _____ al domicilio (Dr. med. _____). In linea generale stiamo parlando di una paziente gravissima come testimoniato dai numerosi ricoveri, dalla presa a carico dall'équipe dei _____, dal fallimento di precedente inserimento in foyer e del successivo tentativo di vita in autonomia (richiesto a suo tempo dalla paziente). La ospedalizzazione non era evento sostituibile con altre misure come facilmente può confermare qualunque specialista che conosca la paziente.". A sua volta, la dr.ssa med. _____, medico psichiatra aggiunto presso la Clinica psichiatrica _____, a richiesta sempre dell'RA 1 ha formulato le seguenti osservazioni in merito alla presa di posizione della consulente della Cassa malati e alla susseguente decisione su opposizione: " Dopo aver letto la decisione di CO 1 del 22 febbraio 2021, in riferimento a quanto valutato dalla perita, dr.ssa _____, ovvero la non necessità di cure acute per la signora RI 1 in quanto affetta da disturbo delirante cronico, vorrei fare alcune annotazioni: - in data 23.01.2020, in considerazione del quadro caratterizzato da angoscia, persecutorietà, ideazioni paranoiche inscalfibili ed assenza di critica di malattia, la pz riceveva in maniera forzata la prima somministrazione di un ciclo di 3 di Clopixol Acutard 150 mg, terapia non somministrabile ambulatorialmente. - Il quadro clinico risultava acuto, peggiorato significativamente rispetto alla cronicità di funzionamento data dalla

malattia di base, e tale stato si è mantenuto, con fisiologiche oscillazioni ma senza una remissione, durante buona parte della degenza, ovvero fino alla fase finale che ha permesso la dimissione. - Solo alla stabilizzazione del quadro acuto, con cambio di terapia neurolettica (scelta che ha necessitato di una valutazione attenta in quanto la precedente terapia era stata assunta per vari anni e dunque ben tollerata dalla paziente, senza effetti collaterali significativi. Ad inizio ricovero si era per tale motivo deciso di mantenere la molecola ed aumentare la posologia del *dépôt* in corso, ovvero Xeplion, ma senza un soddisfacente beneficio clinico) è stato possibile dimettere la paziente per un ingresso al _____.

- Tale sequenza temporale dimostra come la degenza in _____ fosse necessaria e non sostituibile da un ingresso anticipato in Foyer, come CO 1 sembra ipotizzare.". La consulente della Cassa malati non si è pronunciata su questi due ultimi pareri medici prodotti pendente causa dalla ricorrente.

2.5. Per quel che concerne il valore probatorio 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). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 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.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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). Ancora recentemente (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3

febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai 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 -, trattandosi delle divergenze di opinione 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). 2.6. Va poi rammentato che per l'art. 57 cpv. 1 LAMal gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36 e avere inoltre, durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale. Secondo l'art. 57 cpv. 2 LAMal i medici di fiducia abilitati ad esercitare in tutta la Svizzera devono essere designati d'intesa con la società medica del Cantone in cui si trova la sede principale dell'assicuratore o la sede della federazione degli assicuratori. Ai sensi dell'art. 57 cpv. 3 LAMal una società medica cantonale può ricusare per gravi motivi un medico di fiducia; in tal caso statuisce in merito il tribunale arbitrale giusta l'articolo 89. L'art. 57 cpv. 4 LAMal prevede che il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. Per l'art. 57 cpv. 5 LAMal il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni. Secondo l'art. 57 cpv. 6 LAMal i fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l'assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell'esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l'assicurato può esigere che l'esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non si accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta, in deroga all'articolo 58 capoverso 1 LPGa, al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89. Ai sensi dell'art. 57 cpv. 7 LAMal i medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione, calcolare la compensazione dei rischi o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati. L'art. 57 cpv. 8 LAMal prevede che le associazioni centrali svizzere dei medici e degli assicuratori disciplinano la trasmissione delle indicazioni ai sensi del capoverso 7, come pure la formazione permanente e lo statuto dei medici di fiducia. Se non giungono ad un accordo, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni. La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = sentenza del 21 marzo 2001 K 87/00, p. 4 consid. 2d). 2.7. Va ora esaminato se la degenza dal 5 novembre

2019 al 17 febbraio 2020 presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ va assunta secondo la tariffa per cure stazionarie oppure secondo la tariffa per cure ambulatoriali. Alla luce della giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. consid. 2.2), i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acuto se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale o se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenta delle possibilità di successo (sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010; sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006; cfr. anche la sentenza 9C_67/2014 del 5 febbraio 2015, consid. 2.1). È necessario che dal trattamento ospedaliero ci si possa attendere un notevole miglioramento dello stato di salute (sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006). L'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). Se nessuna di queste ipotesi è adempiuta, l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a LAMal (cfr. art. 49 cpv. 4 LAMal e art. 50 LAMal). In concreto, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserito e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'assicuratore. È indubbio che la ricorrente è affetta da un disturbo delirante, che si protrae ormai da diversi anni. Ciò nonostante, occorre rilevare che la modalità dell'invio, il motivo del ricovero, lo status all'ammissione e il decorso clinico della degenza non portano a concludere per una modalità di gestione non acuta e quindi per la non urgenza del ricovero. La circostanza che il ricovero sia stato definito volontario non ha in specie alcuna incidenza sulla definizione della degenza. Non va infatti dimenticato che l'assicurata è arrivata in Clinica accompagnata da un'infermiera dei _____ e ciò dopo che l'interessata, nella mattinata del 5 novembre 2019, aveva contattato il 144 per chiedere l'intervento di un'ambulanza che l'accompagnasse direttamente alla Clinica psichiatrica _____ di _____, poiché non si sentiva al sicuro nel suo appartamento a causa di un pensiero delirante persecutorio che nella notte l'aveva portata a sentire dei rumori/urli provenire dall'appartamento sotto al suo e ad interpretarli come un abuso sessuale. Il ricovero in clinica non è stato immediato, ma è stato filtrato ed attentamente valutato, nel senso che dapprima il medico di guardia ha avuto modo di parlarle telefonicamente giacché risultava in stato di forte angoscia ed era scompensata sulla base dell'ideazione delirante dianzi citata. Per tale motivo gli infermieri dei _____ si sono recati al suo domicilio per una valutazione e in seguito l'assicurata è stata condotta al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ per valutare la situazione, considerato che da alcuni giorni non si sentiva sicura nel proprio appartamento essendosi riacutizzati gli aspetti persecutori della malattia di base. La decisione di inviare l'interessata presso la struttura di _____ per una rivalutazione e cura (cfr. lettera del 14 novembre 2019 per il rilascio della garanzia) rispettivamente a scopo di distacco ambientale, protezione e cura (cfr. lettera di dimissione del 28 febbraio 2020) è stata altresì dettata dal fatto che essa aveva autosospeso la terapia farmacologica che la stessa clinica le aveva impostato al momento della precedente dimissione, avvenuta neanche una settimana prima del ricovero in esame (20esima ammissione dal 10 al 29 ottobre 2019). Inoltre, v'è da considerare che l'assicurata rifiutava le cure ambulatoriali o domiciliari, assolutamente necessarie, come specificato dal dr. med. _____ il 18 gennaio 2021 (doc. G), vista la diagnosi e la gravità della stessa. Per quanto concerne il motivo del ricovero, il TCA rileva

che la ricorrente era alla sua 21esima ammissione presso la Clinica psichiatrica _____ e, soprattutto, che nel corso del 2019 si trattava del quarto ricovero e che soltanto sei giorni prima era stata dimessa dalla medesima struttura dopo un soggiorno dal 10 al 29 ottobre 2019 (doc. 9) per un disturbo delirante. Una volta dimessa, l'assicurata è andata a vivere da sola in un appartamento a _____, ma in quel luogo non si sentiva sicura e la forte angoscia e il malessere che l'hanno assalita hanno acceso un pensiero delirante persecutorio con verosimile intuizione delirante, nella notte, di sentire dei rumori e/o delle urla provenienti dall'appartamento al piano di sotto e tali da interpretarli come un abuso sessuale. Si erano dunque riacutizzati gli aspetti persecutori della malattia di base e una nuova presa a carico si era perciò resa necessaria per rivalutazione e cura (cfr. richiesta di rilascio della garanzia). In effetti, al momento dell'ammissione nella struttura, avvenuta alle ore 12.40 (doc. 11), gli specialisti hanno riscontrato aspetti di bizzarria, irritabilità, delirio e una certa agitazione psicotica ancora presenti e meritevoli di approfondimento, benché le condizioni cliniche all'ammissione erano di una paziente vigile, lucida, collaborante e orientata nei principali domini, l'eloquio normofonico, fluido, informativo. Certo, il tono dell'umore era in asse, ma comunque in presenza di ansia libera, di sentimenti di solitudine, di abbandono, di ritiro sociale e di malinconia, come pure di mancanza di una progettualità, sebbene non vi fossero alterazioni della percezione né idee di morte. 2.8. La giustificazione per una degenza stazionaria è altresì data dal fatto che, stante la particolare patologia, cronica, di cui era affetta la ricorrente, essa necessitava comunque di rivalutazioni frequenti, di contenimento relazionale - e la cartella clinica evidenzia numerosi momenti relazionali cercati dall'assicurata per tranquillizzarsi - e farmacologico, tanto che, come osservato dal Medico Capo Servizio dr. _____ (doc. G), durante la degenza è stata rivista e modificata in maniera molto importante la terapia farmacologica, modificando anche il dépôt. Al riguardo si è espressa più nel dettaglio la dr.ssa med. _____, psichiatra aggiunto, precisando che visto il quadro caratterizzato da angoscia, persecutorietà, ideazioni paranoiche inscalfibili e assenza di critica di malattia, il 23 gennaio 2020 è stata somministrata all'assicurata, in maniera forzata, la prima dose di un ciclo di tre, di Clopixol Acutard 150 mg, una terapia non somministrabile ambulatorialmente. Tale soluzione si era resa necessaria visto il quadro clinico che risultava acuto, peggiorato significativamente rispetto alla cronicità di funzionamento data dalla malattia di base e che si è mantenuto per buona parte della degenza, con fisiologiche oscillazioni, ma senza una remissione, fino alla fase finale che ha permesso la dimissione (doc. F). Il cambio della terapia neurolettica ha portato alla stabilizzazione del quadro acuto, ma proprio perché la precedente terapia era stata assunta per svariati anni ed era dunque stata ben tollerata dalla ricorrente senza particolari effetti collaterali, tanto che all'inizio del ricovero era stato deciso di mantenerla e di aumentare la posologia del dépôt in corso (Xeplion), ma senza ottenere un soddisfacente beneficio clinico, la scelta di modificare la terapia ha comportato un'attenta valutazione della situazione clinica dell'interessata (doc. F). Tutto ciò, unito al fatto che si era in presenza di una sintomatologia psicotica florida e di una sintomatologia depressiva caratterizzata da un forte isolamento sociale, deflessione del tono dell'umore e anedonia, ha inevitabilmente portato al protrarsi della degenza e soltanto quando il quadro acuto è stato stabilizzato grazie alla nuova terapia è stato possibile dimettere la ricorrente per la nuova struttura del _____. L'assicurata necessitava di assistenza specialistica continuativa in presenza di angoscia, che l'ha portata a un iperadattamento alla vita del reparto della clinica e a un senso di sicurezza dato dalla permanenza in ambiente protetto rispettivamente a un senso di insicurezza verso l'esterno. In effetti, come risulta dalla lettera

di dimissione, l'assicurata non si era trovata a suo agio al suo domicilio e le difficoltà insorte soprattutto nell'ultimo periodo hanno portato gli specialisti della struttura, unitamente alla allora curatrice dell'interessata e ai collaboratori dei _____, a cercare un'alternativa per un nuovo luogo di vita. Anche gli infermieri dei _____ hanno d'altronde confermato il difficile contesto abitativo dell'assicurata. Va in proposito osservato che l'assicurata ha praticamente vissuto gran parte della sua vita in strutture protette e che, a seguito dei numerosi tentativi falliti di reintegrarla in un appartamento, durante l'ultimo ricovero, il 21esimo, è stato deciso di inserirla al _____, malgrado l'interessata stessa avesse mostrato una profonda ambivalenza per questo progetto. Questa soluzione è stata possibile grazie al cambio di terapia dépot in favore di Zuclopentixolo 200 mg/15 giorni IM, che ha portato a un netto miglioramento dei sintomi psicotici e a una apertura progressiva ai vissuti psichici e alla vita della clinica. Il dottor _____ ha infatti rilevato che è stato difficile mobilizzare la paziente verso delle attività di reparto e all'esterno, poiché essa manifestava una forte interpretatività e sentimenti di insicurezza sull'esterno. Dagli estratti della cartella clinica riportati dalla dr.ssa med. _____ emerge chiaramente come l'assicurata necessitasse di svariati momenti relazionali per essere tranquilla, apparendo spesso persecutoria, diffidente, angosciata, perfino all'inizio bizzarra e inadeguata nella relazione con persone di sesso femminile, facilmente irritabile, scontrosa, provocatoria e in tali casi veniva accolta relazionalmente, non sempre con beneficio totale. Sin da subito la clinica ha cercato una nuova soluzione abitativa per la ricorrente, tenendo aperte sia la via di una sistemazione in appartamento da sola, tanto che vi sono stati dei tentativi di visitare i nuovi alloggi che però non hanno portato a un esito positivo, sia di un collocamento al _____ (8 dicembre 2019: " alle 15.40 rientra dal congedo con collega del _____). Riferisce che all'arrivo si è rifiutata di scendere dall'auto e dunque vedere l'appartamento in quanto si trovava in prossimità di casa _____. Al rientro in _____ viene accolta relazionalmente. Inizialmente polemica, in seguito si tranquillizza, si visiona insieme all'utente e infermiera, un secondo appartamento che si trova a _____, valorizzando gli aspetti positivi. I _____ nei prossimi giorni prenderanno contatti per prendere appuntamento. ". 12 dicembre 2019: " Visitato appartamento con _____ ". 28 dicembre 2019: " nel pomeriggio viene raggiunta in reparto da collega _____ per accompagnarla a visitare un nuovo appartamento. Rifiuta di recarsi a _____ nonostante il sostegno e l'incoraggiamento. Successivamente permane in camera, poco comunicativa, viene nuovamente invitata a non fumare in camera. ". 30 dicembre 2019: " Più passivamente accetta domani di uscire per vedere la zona dell'appartamento a _____. ". 7 gennaio 2020: " nel corso del pomeriggio appare annoiata e polemica, accolta relazionalmente più volte, emerge sfiducia rispetto al progetto abitativo. ". 10 gennaio 2020: " (...) A tratti ancora polemica riguardo alla situazione finanziaria ma nel pomeriggio riferisce il desiderio di visitare due appartamenti in cui le piacerebbe abitare. ". 15 gennaio 2020: " nel pomeriggio colloquio medico-infermieristico. Le viene spiegato il progetto abitativo prossimo. (...). DR con curatrice, _____ e servizi: condividiamo difficoltà nell'evoluzione del quadro psichico e sociale. Si procede con ricerca di foyer nell'ideale _____. Si procede con segnalazione ARP per un eventuale collocamento in assenza di collaborazione della paziente. ". 16 gennaio 2020: " all'osservazione infermieristica l'utente nel pomeriggio si presenta a tratti disforica, provocatoria, rivendicativa nei confronti della decisione presa nell'incontro di rete. Non è d'accordo di essere collocata presso struttura protetta. Accolta e rassicurata facciamo una passeggiata nel parco per poterla distrarre dai pensieri negativi. ".

22 gennaio 2020: " Oggi inviata in ARP segnalazione della situazione attuale, richiesta di un intervento per poter avviare un progetto di inserimento in una struttura. ". 31 gennaio 2020: " (...) Si introduce l'idea di un inserimento al _____, utente titubante, vi è però di buon grado di iniziare a lavorare presso il bar sociale. ". 11 febbraio 2020: " permane labile affettività ma nel complesso nuovamente oppositiva. Ieri effettuato incontro presso _____ con dr.ssa _____ e dr. _____. Possibile la dimissione settimana prossima. ". 12 febbraio 2020: " nel primo pomeriggio si presenta tesa, polemica e rivendicativa a causa del colloquio medico con dr.ssa _____ ove le ha comunicato dell'incontro con i colleghi della _____ per domani. Accolta a più riprese relazionalmente ma con scarso beneficio. Più tranquilla in serata. Colloquio medico volto a comunicare alla paziente il passaggio al _____ la prossima settimana. Risulta ne fosse già al corrente. Mi sorprende all'apparente aderenza al progetto. ". 13 febbraio 2020: " IDR con operatore _____ in presenza di dr.ssa _____. La paziente incontra la coordinatrice ed un'operatrice della _____. Accetta il colloquio, appare tesa ed ansiosa, presenta comportamento oppositivo necessitante di rassicurazioni rispetto al progetto. Sembra comunque accettare passivamente il trasferimento in _____ da lunedì 17.02.2020. ". 15 febbraio 2020: " da supportare e contenere in previsione a passaggio _____ come previsto la paziente non può per il quadro psichico noto collaborare attivamente al progetto attuale. ". 17 febbraio 2020: " dimessa per l'inserimento al _____. Esprime preoccupazioni con tematiche deliranti persecutorie ma nei fatti collabora e segue le operatrici della _____ venute ad aiutarla. In mattinata si presenta propositiva per quanto riguarda l'inserimento al _____. Viene vista dalla dr.ssa _____ e in seguito viene accompagnata in _____ dagli operatori. Oggi viene dimessa in condizioni cliniche soddisfacenti. ").

2.9. Sulla scorta degli estratti riportati, il Tribunale ritiene che un trasferimento al _____ non poteva avvenire già direttamente dal domicilio dell'assicurata come sostenuto dalla dr.ssa med. _____ il 27 aprile 2020, interpellata dalla Cassa malati. La cartella clinica esposta ha infatti mostrato come la nuova sistemazione della ricorrente abbia dovuto essere pianificata poco per volta a dipendenza delle sue condizioni di salute. In effetti, dapprima si era partiti con un nuovo tentativo di una sistemazione in appartamento da sola, ma dopo svariati sforzi in cui tale soluzione non era andata a buon fine, l'équipe che seguiva l'interessata ha optato per un collocamento al _____, che tuttavia ha dovuto essere programmato e organizzato e che ha preso diverso tempo, tanto che l'iter è iniziato il 15 gennaio 2020 e si è concluso un mese dopo. Difficilmente, quindi, tale collocamento poteva avvenire in modo istantaneo il 5 novembre 2019. Quella mattina l'assicurata ha allertato l'ambulanza per farsi portare alla Clinica psichiatrica _____ e verosimilmente una sua sistemazione diretta presso il _____ non avrebbe avuto esito positivo, vista la contrarietà dimostrata dalla stessa a questo progetto quando le è stato più volte presentato durante il suo ricovero stazionario. A ciò si aggiunge che il suo disturbo delirante le ha impedito di andare a vivere in un appartamento da sola, ma che è grazie alla nuova terapia neurolettica adottata dalla clinica psichiatrica che il quadro acuto ha potuto essere stabilizzato e quindi essere dimessa e trasferirla al _____ di _____. Sebbene la consulente della Cassa malati abbia evidenziato che dalla cartella clinica e dal rapporto di dimissione non si siano rilevati degli elementi di acuzia psicopatologica tali da giustificare una degenza stazionaria, tuttavia questa Corte ritiene che il disturbo delirante di cui era affetta la ricorrente, inscalfibile, l'ha portata il 5 novembre 2019 a peggiorare notevolmente il suo stato rispetto alla malattia di base, avente carattere cronico. Tale quadro acuto è perdurato per buona parte della degenza,

seppure vi siano stati momenti di minore intensità ed è andato migliorando con la modifica della terapia farmacologica, grazie alla quale è stato possibile dimetterla e collocarla al _____ . A tale proposito la dr.ssa med. _____ ha dichiarato che la somministrazione, peraltro forzata, di Clopixol Acutard 150 mg non poteva avvenire ambulatorialmente, perciò la degenza in clinica psichiatrica era necessaria e non poteva essere sostituita da un ingresso anticipato presso il _____ . Non va dimenticato che i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acuto se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale o se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenta delle possibilità di successo . D'avviso del TCA, ciò è quanto si è verificato nel caso in esame. Infatti, malgrado il precedente ricovero fosse terminato soltanto pochi giorni prima, la situazione della ricorrente non era cambiata e il quadro di angoscia, persecutorietà, ideazioni paranoiche inscalfibili che si era venuto a creare dopo la dimissione del 29 ottobre 2019 è esploso il 5 novembre 2019 ed è solo con una degenza stazionaria di più mesi che la situazione acuta ha potuto essere adeguatamente stabilizzata.

2.10. Sulla scorta delle considerazioni esposte discende che il ricovero stazionario dal 5 novembre 2019 al 17 febbraio 2020 presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ era giustificato dal quadro clinico acuto presente al momento dell'ammissione della ricorrente nella struttura specializzata e che tale necessità di ricovero si è protratta fino al momento della sua dimissione, ritenuto che, addirittura, in maniera forzata, l'assicurata è stata sottoposta a una nuova terapia neurolettica al fine di migliorare le sue condizioni di salute e far sì che il disturbo delirante si stabilizzasse. Solo così l'assicurata ha potuto essere dimessa in sicurezza e collocata presso una struttura che l'ha accolta, non potendo più, a quel momento, perdurante il disturbo delirante, inscalfibile, provare a vivere da sola. CO 1 è dunque condannata ad assumersi i costi derivanti dalla predetta degenza stazionaria. In tal senso, la decisione impugnata è annullata e il ricorso accolto, senza che sia necessario dare luogo ad ulteriori accertamenti, come l'esperimento di una perizia così come suggerito dalla ricorrente. 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 no. 450, Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; 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. fed. (e in precedenza dall'art. 4 vCost. fed.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

2.11. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla

parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: “ La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera fbis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI) ”). In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese. 2.12. Infine, l'insorgente è rappresentata dal suo curatore. Per l'art. 61 lett. g LPGA il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 129 II 297 consid. 5, DTF 119 Ib 412, DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef , Bundesrechtliche Verfahrensorderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in SZS 1991 pag. 180 ss) ed è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329; cfr. la sentenza 30.2009.32 del 2 aprile 2010). Inoltre, l'Alta Corte federale riconosce eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 129 II 297 consid. 5; DTF 119 Ib 412; DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a). Con sentenza K 63/06 del 5 settembre 2007 (cfr. anche sentenza K 123/06 del 6 dicembre 2007 e sentenza K 139/06 del 31 gennaio 2008, consid. 8), il Tribunale federale, a proposito del riconoscimento di ripetibili ad un'assicurata in quel caso rappresentata da un curatore, ha affermato: " La ricorrente contesta il diritto dell'assicurato a indennità di parte per la procedura cantonale. Osserva che quest'ultimo ha agito per il tramite di un curatore e quindi non con l'assistenza di una persona particolarmente qualificata nello specifico settore del diritto delle assicurazioni sociali. In via subordinata, contesta l'importo riconosciuto, ritenuto del tutto arbitrario. 5. 5.1 Giusta l'art. 61 lett. g LPGA, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Trattandosi di una questione di diritto federale, questo Tribunale esamina liberamente l'interpretazione e l'applicazione della prima frase dell'art. 61 lett. g LPGA, concernente il diritto in quanto tale a ripetibili della parte vincente in causa (SVR 2004 AIV no. 8 pag. 21 consid. 2 [C 56/03]). In questa misura, l'art. 61 lett. g LPGA è escluso dall'ambito applicativo delle disposizioni transitorie dell'art. 82 cpv. 2 LPGA e osta

all'applicazione di ogni eventuale norma (contraria) di diritto cantonale (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 121/03 del 10 agosto 2004, consid. 6.1.1; cfr. pure DTF 130 V 320 consid. 2.4 pag. 324). 5.2 Stabilire di conseguenza se e a quali condizioni un'indennità possa essere accordata alla parte vincente in procedura cantonale è una questione di diritto federale e dipende, da un lato, dall'esito della lite, e, dall'altro, dalla persona avente diritto (cfr. DTF 129 V 113 consid. 2.2 pag. 115 e le sentenze ivi citate; quanto alla giurisprudenza sviluppata a proposito del vecchio art. 87 lett. g LAMal, in vigore fino al 31 dicembre 2002, ma comunque tuttora attuale [sentenza citata K 121/03, consid. 6.2.1], cfr. RAMI 1997 no. KV 15 pag. 320). (...) 5.4 Quanto al giudizio sulla persona avente diritto a ripetibili in sede cantonale, giova rammentare che questa Corte a più riprese ha avuto modo di confrontarsi con la questione e di rilevare a tal proposito l'opportunità di considerare anche la propria prassi in materia (art. 159 OG) per risolvere il tema (DTF 126 V 11 consid. 1). 5.4.1 Essa ha in particolare già avuto modo di riconoscere il diritto all'indennità di assicurati rappresentati segnatamente dall'Associazione svizzera degli invalidi (ora: Procap), dal servizio giuridico della Federazione svizzera per l'integrazione delle persone portatrici di handicap, dalla Pro infirmis, da un Sindacato, da un Patronato, dalla Caritas, ecc. (v. DTF 126 V 11 seg. consid. 2). 5.4.2 Un diritto a ripetibili (ridotte), in applicazione dell'art. 159 cpv. 1 OG, è pure stato riconosciuto a un'assicurata patrocinata da un medico (consid. 7 non pubblicato in DTF 122 V 230): in quella occasione il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha evidenziato come il mandatario - che tutte le circostanze facevano ritenere agisse dietro remunerazione - fosse particolarmente qualificato per rappresentare l'interessata nello specifico processo (concernente la presa a carico, da parte dell'assicurazione contro gli infortuni, delle conseguenze di una puntura di zecca che aveva provocato l'insorgere di una borreliosi). 5.4.3 Il diritto a ripetibili è per contro stato rifiutato - in applicazione del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, abrogato in seguito all'entrata in vigore, il 1° gennaio 2003, della LPGA - a un assicurato, che, pur vincendo in causa, era stato patrocinato da un ente incaricato dell'assistenza pubblica. Questa Corte ha ritenuto non giustificarsi in simile evenienza l'assegnazione di un'indennità di parte poiché il mandatario assisteva l'interessato a titolo gratuito e quest'ultimo non aveva pertanto da assumersi le spese per la tutela dei suoi interessi (DTF 126 V 11 consid. 5 pag. 13; giurisprudenza che è stata confermata anche sotto l'imperio della LPGA dalla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 245/04 del 14 aprile 2005). 5.4.4 Con particolare riferimento alla rappresentanza da parte di un curatore o tutore, questo Tribunale ha proceduto a distinguere due situazioni: quella in cui l'assicurato è patrocinato da un "semplice" curatore/tutore e quella in cui il rappresentante è allo stesso tempo avvocato o comunque giurista. Richiamandosi alla giurisprudenza sviluppata in relazione agli (abrogati) art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS e 87 lett. g LAMal, questa Corte si è così, da un lato, pronunciata in favore del diritto all'indennità per ripetibili di una persona assistita da un avvocato (o comunque da un giurista), precedentemente designato curatore o tutore, che aveva ottenuto successo in causa per conto del suo pupillo (DTF 124 V 338 consid. 4 pag. 345; in questo senso pure le sentenze inedite del Tribunale federale delle assicurazioni I 178/88 del 29 luglio 1988, e H 199/80 del 26 febbraio 1982). Dall'altro lato, essa ha per contro negato, in applicazione dell'art. 159 OG, lo stesso diritto in relazione all'operato di un "semplice" curatore intervenuto a prendere posizione su un ricorso di diritto amministrativo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (sentenza I 459/05 del 24 luglio 2006, consid. 4). In quest'ultima vertenza, il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha giudicato che la parte resistente (l'assicurato) non era rappresentata da una persona (il

curatore) particolarmente qualificata, motivo per il quale non poteva vantare il diritto a ripetibili, e ciò nemmeno a dipendenza di un dispendio lavorativo superiore al normale di quest'ultimo (sentenza citata, ibidem; v. inoltre pure sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, consid. 9). 5.5 Dagli atti di causa non risulta che la curatrice dell'assicurato sia giurista o comunque in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. Conformemente alla suesposta giurisprudenza il suo intervento non poteva di conseguenza giustificare l'assegnazione di un'indennità per ripetibili, come per contro ha giudicato il primo giudice. Né la Corte cantonale ha per il resto ravvisato un comportamento temerario della qui ricorrente; comportamento che, datene le condizioni, avrebbe eventualmente pure potuto legittimare l'assegnazione di simili indennità (cfr. per analogia DTF 127 V 205 , 110 V 132 consid. 4d pag. 134). Ne discende che il ricorso dell'assicuratore ricorrente merita di essere accolto.”. Anche nel caso di specie, dagli atti di causa non emerge che il curatore dell'insorgente sia giurista o comunque in possesso di una specifica formazione nella materia in causa. Né si può ravvisare un agire temerario da parte dell'assicuratore. Ne segue che non vanno assegnate ripetibili.

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