

TI_GERICHTE 36.2021.29 vom 27. September 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.29

FR: TI_GERICHTE 36.2021.29 du 27 septembre 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.29 del 27 settembre 2021

Erwägungen

E. 23

ottobre 2019, dal 27 dicembre 2019 al 10 gennaio 2020 e dal 18 al 24 marzo 2020 debbano o meno essere assunte dall'assicuratore sociale secondo la tariffa convenzionale in caso di ospedalizzazione per malattia acuta o secondo la tariffa applicabile per le cure in ambito ambulatoriale. 2.2. Ai sensi dell'art. 24 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Per l'art. 24 cpv. 2 LAMal le prestazioni assunte sono collegate alla data o al periodo di trattamento. Secondo l'art. 25 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Fra le prestazioni di cui all'art. 25 cpv. 2 LAMal vi sono: - per la lett. a: gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico (cifra 1), dal chiropratico (cifra 2) o da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (cifra 3); - per la lett. d: i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico; - per la lett. e: la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune. Per l'art. 25a cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura. Secondo l'art. 25a cpv. 2 LAMal i costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfetari. Ai sensi dell'art. 25a cpv. 3 LAMal il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno. L'art. 25a cpv. 4 LAMal prevede che il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo di qualità. Il Consiglio federale determina le modalità. Per l'art. 25a cpv. 5 LAMal, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2019, i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato. Nel caso delle cure ambulatoriali, il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. La degenza in una casa di cura non fonda una nuova

competenza. Se, al momento del ricovero, nel Cantone di domicilio non vi è disponibilità di posti letto in una casa di cura situata nei pressi del domicilio dell'assicurato, il finanziamento residuo è assunto dal Cantone di domicilio conformemente alle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Questo finanziamento residuo e il diritto dell'assicurato alla degenza nella casa di cura in questione sono garantiti senza limiti di tempo. Ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. Per l'art. 32 cpv. 2 LAMal l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente. Gli art. da 35 a 40 LAMal indicano i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Riguardo alle cure stazionarie, l'art. 39 cpv. 1 LAMal elenca i criteri affinché gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) possono ottenere l'autorizzazione. In base all'art. 49 cpv. 4 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50. L'art. 50 LAMal prevede che per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3) l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a. I capoversi 7 e 8 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé, l'obbligo contributivo delle Casse malati: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 126 V 326; sentenza 9C_67/2014 del 5 febbraio 2015; sentenza 9C_143/2014 del 22 luglio 2014; sentenza 9C_413/2012 del 14 febbraio 2013, sentenza 9C_276/2011 del 3 gennaio 2012; sentenza 9C_107/2011 del 28 febbraio 2011; sentenza 9C_447/2010 del 18 agosto 2010; cfr. anche SVR 2001 KV 15 pag. 39; SVR 2000 KV 40 c. 2, pag. 124, DTF 120 V 206 consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg.; 1977 pag. 167 e seg.; 1989 pag. 154 e seg.). Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere presuppone, in applicazione dell'art. 56 LAMal, che la degenza ospedaliera sia richiesta dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo del trattamento. Non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione, senza compromettere il buon esito del trattamento. Il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Tuttavia, l'intensità del trattamento terapeutico, richiesto dalla malattia, non costituisce l'unico criterio per decidere se lo stato di salute giustifichi un'ospedalizzazione, soprattutto quando un assicurato anziano che vive solo si trova nell'impossibilità di ricevere a domicilio la sorveglianza e le cure richieste dal suo stato morboso. Come più volte ricordato dall'allora TFA, la Cassa malati è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). In concreto non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione senza compromettere il buon esito del trattamento, ledendo, così, il diritto dell'assicurato ad essere curato in modo adeguato. 2.3. Nella STF 9C_447/2010 del 18 agosto 2010 il Tribunale federale ha dovuto giudicare il caso di un assicurato, nato nel 1966, degente presso una clinica i cui medici dello "Psychiatriezentrums" hanno chiesto un prolungamento della garanzia per una degenza stazionaria. L'assicuratore ha concesso la

garanzia per un tempo limitato e ha informato i medici che per il periodo successivo avrebbe applicato la tariffa in caso di cura ambulatoriale ("Pflegetaxe"). L'assicurato ha ricorso al TF chiedendo l'applicazione della tariffa in caso di cura acuta. L'Alta Corte al considerando 2.1 ha rammentato che l'obbligo prestativo per una cura stazionaria presuppone la presenza di una patologia che rende necessaria una cura acuta o una riabilitazione medica in un ambiente ospedaliero (DTF 126 V 323). La necessità di ospedalizzazione ("Spitalbedürftigkeit") in tal senso si realizza, da un lato, se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale e, dall'altro, se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenti delle possibilità di successo. L'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). Il bisogno di una cura acuta è generalmente dato laddove un danno alla salute sorge improvvisamente, all'ultimo momento ed in maniera violenta, ciò che necessita un'assistenza medica od una cura immediata ed intensa. La LAMal non prevede un termine temporale a partire dal quale una malattia durevole ha superato la fase acuta; un termine generale non esiste. La fase acuta dura in ogni caso fino a quando dalla cura ci si aspetta un miglioramento considerevole dello stato di salute. In queste condizioni anche una cura stazionaria di lunga durata in una clinica psichiatrica può continuare ad avere il carattere di cura acuta. Al considerando 2.2 il Tribunale federale ha rammentato che, di norma, in presenza di un danno alla salute cronico con uno sviluppo lento della malattia il bisogno di cura è riconosciuto. Si tratta di una sofferenza permanente dove in primo piano non vi è il trattamento medico, ma la cura. Un trattamento medico necessario è tutt'al più eseguibile ambulatorialmente, mentre la cura non è più parte del trattamento medico vero e proprio, ma serve ad equilibrare le conseguenze dell'assenza di possibilità di miglioramento dello stato di salute. La LAMal non conosce il concetto di malato cronico, ma prevede delle norme per la cura dei pazienti lungodegenti e per i pazienti che necessitano cure acute (cfr. art. 39 cpv. 3 LAMal). Persone con patologie psichiche o somatiche di lunga durata devono essere trattate alla stessa maniera. Il Tribunale federale al considerando 2.3, con riferimento alla DTF 125 V 177 e alla sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006, ha poi rammentato che per pazienti lungodegenti in una clinica psichiatrica la tariffa delle prestazioni applicabile va valutata in applicazione dell'art. 50 LAMal come prevista per gli assicurati in casa di cura. Decisivo per la delimitazione con le prestazioni stazionarie è la questione di sapere se è possibile assistere medicalmente, adeguatamente e sufficientemente la persona assicurata in un'istituzione per pazienti lungodegenti. Nel caso concreto, l'Alta Corte ha respinto il ricorso dell'assicurato. I medici curanti non hanno saputo motivare le ragioni di una necessità di una cura acuta stazionaria. Neppure la necessità di un'assistenza intensiva e continuata tramite personale specializzato fonda, da sola, un bisogno di cura in ospedale, poiché anche le case di cura dispongono di personale qualificato che può intervenire per aiutare le persone malate psichicamente nel caso in cui la persona assicurata sia particolarmente aggressiva o in caso di pericolo di autolesioni. Un possibile miglioramento o uno sviluppo favorevole dello stato di salute in forma moderata non è sufficiente a fondare la necessità di cura in ambito ospedaliero, poiché le probabilità di miglioramento devono essere concrete e di una certa importanza. Nella citata sentenza K 158/04 del 21 marzo 2006 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), che ha dovuto giudicare

il caso di un'assicurata malata di Alzheimer degente presso un ospedale psichiatrico, e in cui l'assicuratore l'11 luglio 2003 ha informato l'interessata che dal 1° agosto 2003 (poi prolungato al 1° gennaio 2004) il soggiorno sarebbe stato rimborsato fino a concorrenza dell'importo forfettario applicato nelle case per anziani, ha affermato al consid. 4: " (...) 3 . La recourante allègue que divers établissements médico-sociaux n'ont pas été en mesure de l'accueillir (Home Y., Foyer Z., EMS W.), eu égard à la gravité de son mal. Dès lors, il avait fallu l'hospitaliser à nouveau à l'Hôpital X. et un retour auprès du Home médicalisé S. était exclu. Par ailleurs, la recourante soutient que la condition du besoin d'hospitalisation est réalisée en ce qui la concerne, car elle est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état, l'intensité desdits soins n'étant pas seule déterminante pour décider si une hospitalisation est ou non indiquée. 4. Ces moyens sont dénués de pertinence. Dans un arrêt ATF 125 V 177 , où le point de vue du mandataire de la recourante a été discuté, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168) et ses incidences sur le droit aux prestations en cas de séjour dans un établissement a gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 179 consid. 1b et les références). En particulier, d'après cette jurisprudence, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social. La Cour de céans a récemment confirmé ces principes dans un arrêt A. du 14 avril 2005, K 157/04, consid. 2.2, s'agissant d'une assurée souffrant de la maladie d'Alzheimer. Dans l'arrêt ATF 125 V 177 , le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 3, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal). La Cour de céans n'a pas de raison de revenir sur cette jurisprudence. Au demeurant, il n'appartient pas au Tribunal fédéral des assurances de se prononcer sur les solutions apportées par le législateur à la question de l'hospitalisation de longue durée des personnes âgées et des malades chroniques. 5. En l'espèce, il est constant que l'état de santé de la recourante est stationnaire et qu'aucun traitement hospitalier n'est nécessaire pour le maintenir. Les besoins de la recourante résident essentiellement en une surveillance en raison de sa tendance à la déambulation. Ce genre de prestation n'incombe pas à un établissement hospitalier mais à un EMS.".

Nella sentenza 9C_276/2011 del 3 gennaio 2012 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 marzo 2019 (doc. 3), il 27 settembre 2019 (doc. 10), il 21 ottobre 2019 (doc. 16), il 31 dicembre 2019 (doc. 24) e il 24 marzo 2020 (doc. 30) 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 di RI 1, richiesta dal medico e urgente, era avvenuta alcuni giorni prima. La diagnosi era di ICD-10: F00-F99 ed è stata indicata la data in cui era avvenuto un precedente soggiorno nell'istituto. Oltre al nome del curatore, quale motivazione della necessità del ricovero stazionario risulta 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 ". Ogni volta che la Cassa malati riceveva queste richieste di assunzione dei costi di psichiatria ha subito interpellato la Clinica psichiatrica per avere delucidazioni in merito al ricovero della sua assicurata (doc. 4, 11, 17, 25 e 31). Il nosocomio le ha trasmesso le lettere di dimissione che ha inviato ai medici psichiatri curanti dell'assicurata. Nella prima, del 20 marzo 2019 (doc. 5), la diagnosi alla dimissione era di disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline (ICD-10: F60.31); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: sindrome da dipendenza (ICD-10: F10.2); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: intossicazione acuta (ICD-10: F10.0). Era pure presente una diagnosi somatica di scabbia (ICD-10: B86). Il dr. med. _____, medico assistente, ha precisato che l'assicurata era stata ricoverata dal 5 all'11 marzo 2019 su ordine medico e che era giunta in ambulanza dal pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, essendosi intossicata quel giorno con etile a domicilio in compagnia di un amico (alcolemia di picco 4,06 gr/l) e avendo tenuto comportamenti socialmente inadeguati in spazi pubblici (urinato contro una casa). La consulenza psichiatrica prestata in pronto soccorso ha posto l'indicazione di un ricovero in una struttura specializzata. Al suo arrivo l'interessata si presentava trascurata in aspetto e igiene, sonnolente, non bizzarra, non angosciata, collaborante, non del tutto accessibile e oppositiva nei confronti del ricovero. Vigile, orientata, eloquio fluente, informativo, un po' impastato, non anomalie maggiori nella forma del pensiero, contenuto del pensiero libero da deliri, ossessioni, ruminazione e sopravvalutazioni, umore non orientato, emotività stabile, non ansia, assenti sintomi di astinenza alcolica, minimizzante sul consumo. Nel descrivere il decorso clinico, il medico ha indicato che è stato caratterizzato da ripetuti allontanamenti dalla clinica finalizzati al consumo di alcol. Gli elementi di psicopatologia che sono stati evidenziati durante i colloqui sono stati l'impulsività e un rimuginio angosciante su eventi negativi passati che l'assicurata cercava di contrastare con l'abuso etilico, sul quale era molto consapevole. Non erano emersi deflessione dell'umore, altre turbe di forma e contenuto del pensiero, ansia fluttuante, sintomi dissociativi. Nonostante l'abuso etilico essa riusciva a mantenere la cura di sé ed esprimeva una progettualità futura valida e varia. Perciò sono state accordate le dimissioni su richiesta della paziente, tuttavia non in accordo con il progetto definito. La terapia farmacologica prescritta all'assicurata alla dimissione prevedeva Cymbalta 60 mg cps, Seresta 15 mg cpr, Trittico ret 150 mg. L'8 aprile 2019 (doc. 6) la Cassa malati ha chiesto al suo medico fiduciario se, sulla base di tale rapporto, la degenza rispecchiava i criteri dell'art. 32 LAMal ed egli ha risposto di no. Di conseguenza, la Cassa malati ha comunicato all'assicurata che non emergevano patologie psichiatriche tali da giustificare un ricovero stazionario acuto e che quindi i costi sarebbero rimasti integralmente a suo carico (doc. 8). Lo scritto del 2 ottobre 2019 (doc. 12) si riferisce alla 14esima ammissione

dell'assicurata, dal 25 al 28 settembre 2019, presso la medesima struttura e alle precedenti diagnosi di disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline e di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: sindrome da dipendenza, si è aggiunta la diagnosi di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi: abuso nocivo (ICD-10: F12.1) e di portatore di epatite virale (ICD-10: Z22.5). Su indicazione medica del pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, l'assicurata è giunta in ambulanza per un ricovero volontario dopo essere stata trovata in stato di agitazione psicomotoria in stazione. All'ammissione era curata nell'aspetto e nell'igiene, sorridente, collaborante, non bizzarra, accessibile ai vissuti di vita profondi e recenti. Non sono state rilevate anomalie di vigilanza, coscienza, cognitività e sintomi percettivi, ideativi e comportamentali psicotici. Forma e contenuto del pensiero erano nella norma, l'eloquio fluido, modulato, informativo, normofonico. Il contenuto del pensiero era centrato su problematiche di vita che essa si rifiutava di approfondire, ma che intendeva risolvere. Negava decisamente ogni ideazione suicidale, non verbalizzava idee negative o attive/passive di morte, suicidalità non valutata attiva. L'umore era deflesso, con affettività congrua, in assenza di sintomatologia associata, non erano presenti ansia e angoscia, non discontrollo degli impulsi. L'assicurata ha ammesso il consumo di alcol nella giornata dell'ammissione (a quel momento, il tasso di alcolemia era dello 0,00 per mille), ma ha affermato di essersi mantenuta astinente negli ultimi giorni e ha negato craving . Ha espresso il proposito di un distacco completo dall'abuso di etile, tanto da volere iniziare lì un percorso di astinenza e disintossicazione e di proseguire poi a _____. Il dr. med. _____, medico assistente, ha riferito che durante la degenza l'interessata si era mostrata nel complesso adeguata al contesto e collaborante, assumendo regolarmente la terapia farmacologica prescritta. Non sono stati registrati episodi di aggressività auto- o eterodiretta, discontrollo degli impulsi, mai rilevata attiva la suicidalità. L'obiettivo dei colloqui medico-infermieristici era di definire il piano e il progetto terapeutico, tenendo conto del decorso degli ultimi ricoveri nella struttura e del decorso del ricovero presso la Clinica _____. Infatti, dopo la degenza dal 17 al 18 settembre 2019 presso la stessa Clinica psichiatrica, l'assicurata è stata trasferita alla Clinica _____ per un ricovero concordato con l'epatologa, ma essa non si era mantenuta astinente dall'etile, allontanandosi a più riprese dal nosocomio. In più colloqui clinici avuti con gli specialisti, l'assicurata si era mostrata ambivalente sul distacco completo dall'abuso di etile e sulla possibilità di avviare un percorso di astinenza e di disintossicazione nella struttura e poi da proseguire a _____. Il 28 settembre 2019 è stata trovata in possesso di una minima quantità di THC avuta da una persona esterna, che poi si è rifiutata di consegnare, diventando reattiva verbalmente e chiedendo la dimissione. Riscontrata un'alcolemia negativa e non rilevando acuzie psicopatologiche tali da dovere trattenerla in modalità coatta, l'interessata è stata dimessa contro parere medico. Alla dimissione, la farmacoterapia prevedeva acido folico 5 mg cpr una volta al giorno, Becozym forte drg una volta al dì, Benerva 300 mg cpr 1/die, Cymbalta 60 mg cps una volta al giorno, Rivotril 2 mg cpr 3 volte al giorno e Trittico ret 150 mg 2 compresse la notte. Come per il ricovero precedente, il dr. med. _____ ha ritenuto non giustificata dal lato medico una degenza stazionaria (doc. 13) e il 15 ottobre 2019 la Cassa ha comunicato alla clinica (doc. 14) e all'interessata (doc. 15) che non se ne assumeva i costi. Riferendosi a questo rifiuto, il 20 novembre 2019 (doc. 21) il dr. med. _____, medico assistente, ha scritto alla Cassa malati ricordando le tre diagnosi poste e che durante la degenza presso la Clinica di _____ l'assicurata si è allontanata a più riprese per consumare alcol ed è pure risultata positiva al THC. All'ammissione alla Clinica

psichiatrica di _____ il contenuto del pensiero era centrato su problematiche di vita che l'interessata si rifiutava di approfondire, non verbalizzava idee negative o attive/passive di morte, l'umore era orientato al polo negativo, con affettività congrua, in assenza di sintomatologia associata. Riferiva sintomi astinenziali da consumo di THC ed etile, ammettendo il consumo di alcol nel giorno del ricovero. Riferiva craving ed esprimeva il proposito di un distacco completo dall'abuso di etile. Il medico ha poi indicato la terapia farmacologica prescritta all'ammissione e ha precisato che nell'ottica di valutare lo status psichico e di osservare la presenza di eventuali segni o sintomi astinenziali o craving, aveva ritenuto opportuno proseguire la valutazione in ambiente stazionario al fine di rivalutare la terapia farmacologica e rivedere il progetto di cura territoriale. L'assicurata intendeva iniziare un percorso di astinenza e disintossicazione in loco e successivamente proseguire a _____. Sentito nuovamente il suo medico di fiducia, che ha confermato il rifiuto dell'assunzione dei costi della degenza stazionaria (doc. 22), la Cassa malati ne ha dato comunicazione il 22 novembre 2019 (doc. 23) all'_____. Il 15 novembre 2019 (doc. 18) la stessa clinica psichiatrica ha riferito della degenza dal 17 al 23 ottobre 2019 dell'assicurata, al termine della quale sono stati diagnosticati i medesimi disturbi psicosomatici della 14esima ammissione, a cui si sono aggiunti i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: intossicazione acuta (ICD-10: F10.0). Questa 15esima ammissione è avvenuta volontariamente, in ambulanza, su indicazione di un medico dell'Ospedale _____ di _____, dopo una discussione avuta dall'interessata in una farmacia. Quando è giunta al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, il suo stato di impregnazione etilica era di 2,27 gr/l e in quell'occasione l'assicurata ha espresso la volontà di essere ricoverata alla Clinica psichiatrica di _____. All'ammissione era vigile, lucida, in stato di impregnazione etilica di 0,76 per mille, la forma e il contenuto del pensiero erano nella norma, l'eloquio fluido, modulato, informativo, normofonico. Non alterazione della forma e del contenuto del pensiero, umore disforico, atteggiamento reattivo. Negava ideazione suicidale, non verbalizzava idee negative o attive/passive di morte, non presente angoscia, negava craving. L'interessata aveva espresso il proposito di un distacco completo dall'abuso di etile e riferiva la volontà di iniziare un percorso di astinenza e disintossicazione nella clinica psichiatrica per proseguire a _____. Nel decorso clinico la dr.ssa med. _____, medico assistente, ha segnalato che l'assicurata sin da subito non si era mostrata collaborante alle regole di reparto, era reattiva verbalmente e insultante nei confronti degli operatori, in stato di intossicazione etilica. Le è stata somministrata la terapia antiastinenziale con Oxazepam 15 mg/die con beneficio. Alla ammissione è stata rinvenuta una quantità pari a una mandorla di verosimile Cannabis, che le è stata sequestrata. La mattina seguente si è allontanata ed è rientrata in clinica in serata accompagnata dall'ambulanza dopo un passaggio al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____. L'etilometria era di 1,14 per mille, era poco disponibile al colloquio, con atteggiamento sfidante e provocatorio non si mostrava né discontrollata né aggressiva. Ha accettato l'idratazione per via orale e l'assunzione della terapia. Il 20 ottobre 2019 si è di nuovo allontanata dalla clinica e al contatto telefonico avuto con la dr.ssa _____ la struttura è stata informata di non seguire più l'assicurata da circa un anno. La cartella è stata chiusa d'ufficio il 23 ottobre 2019, ovvero 72 ore dall'allontanamento. La terapia farmacologica era la stessa che in precedenza. Dal 27 dicembre 2019 al 10 gennaio 2020 l'assicurata è stata ricoverata per la 16esima volta presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ e nella lettera di dimissione del 14 gennaio 2020 (doc. 26) sono state

ribadite le diagnosi di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: intossicazione acuta (ICD-10: F10.0) su sindrome da dipendenza (ICD-10: F10.2) e di disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline, a cui si sono aggiunti i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple o di altre sostanze psicoattive: uso dannoso (ICD-10: F19.1). Il ricovero era volontario su segnalazione del dr. med. _____ dei _____. Viene riferito che nell'ultimo periodo v'è stata un'intensificazione dei consumi di sostanze, reintroducendo eroina (sniffata 1 gr per pochi giorni) e altre sostanze (alcol, farmaci, cannabinoidi). Visto il peggioramento e lo scadimento delle condizioni generali, la comparsa di una sintomatologia mista ansioso depressiva e la presenza di una sintomatologia astinenziale nonostante il forte consumo di alcol (agitazione, insonnia, ansia libera, tremori), l'interessata ha accettato un ricovero volontario presso la clinica quando le è stato proposto dal medico curante esterno. Al momento dell'entrata nella struttura l'assicurata si presentava accessibile nei vissuti psicopatologici, formalmente disponibile e collaborante, parzialmente adeguata alla visita, sufficientemente mnesica, orientata, la capacità d'attenzione e di concentrazione era sufficiente, l'eloquio impastato e sedato (l'alcolemia di 2,08 per mille all'ingresso), libero da errore, assenti latenza di risposta e allentamento dei nessi associativi, mimica e gestica iper rappresentate, buono il contatto visivo, assente soliloquio; emergeva ansia libera, ma non ansia critica, non emergevano impulsività, discontrollo, aggressività e suicidalità, non emergevano alterazioni della forma e del contenuto del pensiero; erano presenti segni e sintomi di intossicazione, ma non di astinenza, presente craving da sostanze; i parametri neurovegetativi erano nella norma, tranne l'insonnia. La paziente è stata informata sugli effetti collaterali e terapeutici della terapia farmacologica assunta; nessun effetto collaterale rilevato all'ingresso. Era nota per precedenti di aggressività. Al momento del ricovero l'assicurata era impregnata di etile e lo stato dell'umore era caratterizzato da fluttuazioni, note depressive e labilità emotiva. La critica di malattia nell'arco di tutta la degenza è stata assente, come anche la motivazione a compiere un percorso di disassuefazione dall'alcol. È stata impostata una farmacoterapia con antidepressivo (duloxetina 60 mg/die) e stabilizzante dell'umore (trazodone ret 150 mg/die); per fare fronte agli stati d'ansia e di tensione endopsichica, considerata anche la possibile sintomatologia astinenziale, è stata impostata una terapia benzodiazepinica a scalare (clonazepam) fino a un dosaggio di 2 mg la sera e neurolettica (clorprotixene 15 mg/die). L'assicurata ha mostrato tratti di irascibilità e aggressività verbale nei confronti del personale curante, scarsa aderenza alle regole di reparto con reiterati allontanamenti e consumo di sostanze psicoattive, risultando positiva ad alcol e THC. Poco prima della dimissione sono state rinvenute tali sostanze fra i suoi effetti personali. Il 10 gennaio 2020, stante un quadro di compenso psichico, assenza di una sintomatologia astinenziale ed elementi psicopatologici di acuzie, la paziente è stata dimessa al domicilio con Cymbalta 60 mg cps, Dalmadorm 30 mg cpr, Pantozol 40 mg cpr, Rivotril 2 mg cpr, Trittico cpr ret 150 mg 20 pce e Truxal 50 mg drg, tutti da assumere una volta al giorno. Il dr. med. _____ ha ritenuto tale degenza non giustificata, non emergendo patologie psichiatriche tali da giustificare un ricovero acuto (doc. 27) e il 17 gennaio 2020 la Cassa malati ne ha informato l'assicurata (doc. 28) e la Clinica (doc. 29). La 17esima ammissione, dal 18 al 24 marzo 2020, è avvenuta con ricovero coatto su indicazione del 18 marzo 2020 (doc. A14) del dr. _____ del Servizio psicosociale di _____, che nell'apposito "Ordine medico per ricovero a scopo di cura o di assistenza art. 426 e segg. del Codice civile svizzero (CC)" ha indicato che il motivo per rendere necessario il ricovero era una intossicazione acuta da alcol, che gli obiettivi erano

l'astinenza e la disintossicazione, che la durata presumibile del ricovero era di almeno tre settimane e che non v'erano provvedimenti alternativi. Il 7 aprile 2020 (doc. 32) la Clinica psichiatrica _____ ha informato il curante dr. med. _____, FMH in medicina interna generale, che alla dimissione le diagnosi erano di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: intossicazione acuta, disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: sindrome da dipendenza, disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi: abuso nocivo e di disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline, oltre alla nota diagnosi somatica di portatore di epatite virale. La paziente è giunta in clinica accompagnata dall'ambulanza per ricovero coatto, dopo che quel giorno si è presentata presso il Servizio psicosociale di _____ in stato di intossicazione etilica acuta richiedendo una terapia con benzodiazepine. Visto lo stato di intossicazione e di agitazione psicomotoria con aggressività, è stata inviata con ricovero coatto presso la clinica psichiatrica. All'ingresso, l'alcolemia era di 3,40 gr/l e l'esame psicopatologico non ha quindi potuto essere effettuato. Inoltre, l'assicurata si è presentata aggressiva verbalmente e fisicamente. Le è stata praticata una terapia (Haldol 5 mg 2 fl. e Akineton 45 mg 1 fl.). Nel decorso della degenza e dopo la risoluzione dell'episodio di intossicazione etilica acuta, il dr. med. _____, medico assistente, ha annotato di essere stati confrontati con una paziente formalmente adeguata nel comportamento e collaborante alle cure, in considerazione delle caratteristiche personologiche e temperamentali note. Si è mostrata aderente nella regolare assunzione della terapia medicamentosa impostata, senza presentare collateralità di sorta. È stata pure impostata una terapia antiastinenziale da etile, con graduale e progressiva risoluzione del quadro astinenziale acuto con conseguente scalo della terapia con oxazepam. Nel proseguo del ricovero non si è assistito a ulteriori episodi di discontrollo degli impulsi, non agitazione, non aggressività auto- o eterodiretta, non suicidalità attiva. Il medico ha rilevato che l'interessata si era mostrata poco propensa a effettuare un percorso di disassuefazione dall'uso di sostanze, allontanandosi a più riprese dal reparto e consumando etile e THC, apparendo comunque scarsamente critica e minimizzante rispetto a tali episodi di consumo. Risolto il quadro di acuzie psicopatologiche, visto il sopraggiunto quadro di compenso psichico e in assenza di motivi di carattere medico atti alla prosecuzione delle cure in clinica, l'assicurata è stata dimessa il 24 marzo 2020 al suo domicilio con una terapia farmacologica simile alle precedenti. È infine precisato che l'assicurata non era al beneficio di una presa a carico psichiatrica, perché la rifiutava, ma che il medico curante si era reso disponibile a continuarla ambulatorialmente. Il medico fiduciario dr. _____ ha riconosciuto due giorni di degenza acuta e gli altri a livello ambulatoriale (doc. 33). La struttura specializzata (doc. 34) e l'assicurata (doc. 35) sono state quindi informate il 9 aprile 2020 dalla Cassa malati che accordava le prestazioni per il ricovero nel concetto acuto dal 18 al 19 marzo 2020 e poi il trattamento poteva essere eseguito a livello ambulatoriale. A fronte della richiesta, da parte della curatrice dell'assicurata, di una decisione formale per i rifiuti totali o parziali dei costi dei ricoveri (doc. 36), l'11 dicembre 2020 (doc. 38) la Cassa malati ha richiamato dall'_____ le cartelle mediche e infermieristiche relative alle cinque degenze esposte, che il 15 gennaio 2021 (doc. 40) la dr.ssa med. _____, medico fiduciario di CO 1, ha trasmesso alla dr.ssa med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, unitamente ai relativi rapporti d'uscita, sottoponendole quindici domande. Nel suo rapporto del 16 febbraio 2021 (doc. A18) la dr.ssa _____ si è pronunciata sui ricoveri in esame presso la Clinica psichiatrica _____ di _____. La psichiatra ha osservato in ingresso di avere letto tutta la

documentazione relativa alle cinque degenze, e meglio i rapporti di dimissione, i fogli relativi a " motivo del ricovero, raccordo anamnestico, anamnesi, diagnosi medica, diagnosi tarpsy, status psichiatrico all'entrata, terapia, piano terapeutico, decorso " e per ognuna ha riassunto i rapporti di dimissione del 20 marzo 2019 per la degenza dal 5 all'11 marzo 2019, del 2 ottobre 2019 per il ricovero dal 25 al 28 settembre 2019, del 15 novembre 2019 relativo alla degenza dal 17 al 23 ottobre 2019, del 14 gennaio 2020 con riferimento al ricovero dal 27 dicembre 2019 al 10 gennaio 2020 e del 7 aprile 2019 concernente la 17esima ammissione dal 18 al 24 marzo 2020. Il medico fiduciario ha inoltre riportato per ciascuna degenza l'estratto del motivo del ricovero e del raccordo anamnestico. Nella discussione e conclusioni, la specialista ha evidenziato che dalla documentazione che ha valutato ha potuto concludere che l'assicurata presentava un disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline (ICD-10: F60.31); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome da dipendenza (ICD-10: F10.2); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple uso dannoso (ICD-10: F19.1). Inoltre, essa ha presentato ripetuti episodi di intossicazione acuta da sostanze alcoliche (ICD-10: F10.0). Secondo la psichiatra interpellata dalla Cassa malati, le cinque degenze in reparto psichiatrico acuto non erano assolutamente giustificate ed essa ha motivato le sue conclusioni riprendendo il contenuto dei relativi rapporti di dimissione per ciascun periodo di ricovero. La dr.ssa _____ ha in particolare evidenziato lo status dell'assicurata al suo arrivo sia in pronto soccorso sia in clinica psichiatrica, annotando inoltre il tasso di alcolemia nei due nosocomi, se il ricovero era stato coatto o volontario, se l'interessata si era allontanata dalla clinica e quali i suoi propositi nei confronti delle sue condizioni (distacco completo dall'abuso di etile e volontà di iniziare un percorso di astinenza e di disintossicazione). La consulente ha concluso che " Appare necessario per evitare "ospedalizzazioni seriali" dell'assicurata predisporre una presa a carico psichiatrica territoriale adeguata " e ha poi risposto come segue ai quesiti postili: " D 1. Quali sono le patologie di cui è affetta la signora RI 1 (ICD 10 o DSM V)? R 1. Dalla documentazione valutata si può concludere che l'assicurata presenta un disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline (ICD 10 F60.31); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, sindrome da dipendenza (ICD 10 F10.2); disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple uso dannoso (ICD 10 F19.1). La stessa ha presentato ripetuti episodi di intossicazione acuta da sostanze alcoliche (ICD 10 F10.0). D 2. Nel caso di ricovero coatto quindi a scopo di assistenza e cura come si giustificano gli allontanamenti della signora RI 1? R 2. L'assicurata fu ricoverata coattivamente in _____ il 05.03.2019. Fu degente fino al 11.03.2019. La degenza in reparto psichiatrico acuto non era assolutamente giustificata: l'assicurata non presentava alcuna intossicazione da etile complicata da etero o auto aggressività; non presentava uno scompenso psicotico né suicidalità attiva, né discontrollo degli impulsi con impulsività recidivante. Lo stato di intossicazione da sostanze alcoliche non necessitava di un trattamento in reparto psichiatrico acuto. All'ammissione in _____ alle 23.30 l'alcolemia rilevata era di 1.55 per mille. Durante la degenza si allontanò ripetutamente dalla clinica per consumare sostanze alcoliche dimostrando di non essere in alcun modo motivata per un percorso di disintossicazione da etile. L'assicurata il 18.03.2020 fu ricoverata coattivamente presso la _____ per uno stato di intossicazione alcolica accompagnato da aggressività verbale e fisica (alcolemia all'ingresso: 3.40 g/l). Fu degente fino al 24.03.2020. Nel prosieguo del ricovero l'assicurata non presentò ulteriori episodi di discontrollo degli impulsi, non agitazione, non aggressività auto-etero diretta, non

suicidalità attiva. Si mostrava poco propensa ad effettuare un percorso di disassuefazione dall'uso di sostanze. Si allontanò a più riprese dalla Clinica consumando etile e THC, apparendo scarsamente critica e minimizzante rispetto agli episodi di consumo. La degenza in psichiatria acuta era giustificata solo per il 18.03.2020 essendo lo stato di intossicazione alcolica (alcolemia all'ingresso 3.40 g/l) accompagnato da etero aggressività verbale e fisica. Risolto lo stesso, non presentando scompensi psicotici e suicidalità attiva in assenza di una motivazione per seguire un percorso di disintossicazione da etile non vi erano motivi medici atti alla prosecuzione delle cure in psichiatria acuta. D 3. Come possono giustificarsi i congedi concessi alla signora RI 1 dopo 2-3 giorni dall'ammissione. R 3. Non si giustificava alcuna concessione di congedi. L'assicurata si allontanava spontaneamente dalla _____ per consumare etile e THC. D 4. Nel caso di ricovero per disintossicazione, a suo parere, alla prima ricaduta il ricovero della signora RI 1 doveva essere interrotto? Se no per quali motivi? R 4. Sì. Durante tutte le degenze l'assicurata non era infatti in alcun modo motivata per un percorso di disintossicazione da etile. D 5. I provvedimenti diagnostici e terapeutici potevano essere effettuati in modo appropriato, economico ed efficace unicamente in ambito stazionario? Perché e quali? R 5. No. Come già sopra scritto i ricoveri dell'assicurata presso la _____ oggetto di verifica salvo quello del 18.03.2020 per 1 solo giorno non erano giustificati. L'assicurata al momento delle altre ammissioni non presentava alcuna intossicazione da etile complicata da etero o auto aggressività; non presentava uno scompenso psicotico, né suicidalità attiva, né discontrollo degli impulsi con impulsività recidivante. Lo stato di intossicazione da sostanze alcoliche, non complicato, presentato al momento delle ammissioni il 05.03.2019 ("idratata arriva con alcolemia di 1.55 per mille"), il 17.10.2019 ("all'ammissione in stato di impregnazione etilica di 0.76 per mille"), il 27.12.2019 ("alcolemia di 2.08 per mille all'ingresso") non necessitava di un trattamento in reparto psichiatrico acuto e poteva essere trattato in modo appropriato, efficace ed economico in modo ambulatoriale. L'assicurata non era in alcun modo motivata per un percorso di disintossicazione da etile. Il 25.09.2019 all'ammissione in _____ l'alcolemia rilevata era di 0.00 per mille. D 6. La capacità di critica e coscienza di malattia sono/erano presenti? In che misura? Se sono/erano ridotte, ciò era legato alle patologie di cui è affetta? La coscienza di malattia era presente al momento dei ricoveri analizzati ma l'assicurata non manifestava alcuna volontà di aderenza ad un programma volto alla disintossicazione da sostanze alcoliche (affetta da sindrome da dipendenza da alcol ICD 10 F10.2). D 7. Le problematiche di abuso della signora RI 1 sono/erano legate ad un disturbo della sfera psichica? L'assicurata è affetta da una sindrome da dipendenza da alcol (ICD 10 F 10.2) ed in essa si iscrivono gli episodi di intossicazione acuta da sostanze alcoliche (ICD 10 F10.0). D 8. Fino a che punto la mancanza di volontà (mancanza di aderenza alle cure/compliance) è ritenuta malattia nel caso della signora RI 1? R 8. L'assicurata non presentava alcun disturbo psicotico né alcun deficit cognitivo che alterasse la sua facoltà di comprendere e di volere. Non era semplicemente motivata ad un percorso di disintossicazione da sostanze alcoliche durante le degenze analizzate né ad un percorso riabilitativo post disintossicazione. D 9. Vista la mancanza di aderenza al percorso terapeutico che è emersa nei precedenti ricoveri, come si giustifica il ricovero dal punto di vista medico? R 9. In assenza di una motivazione del paziente a seguire un percorso di disintossicazione da sostanze alcoliche non si giustifica alcun ricovero volto ad una disintossicazione da sostanze alcoliche. Dal punto di vista medico gli episodi di intossicazione alcolica non complicati dell'assicurata rilevati al momento delle valutazioni effettuate presso i PS degli ospedali in cui veniva accompagnata potevano essere trattati

adeguatamente presso gli stessi. Non si giustificavano le successive degenze presso la _____ . Il ricovero presso la _____ il 18.03.2020 (ricoverata coattivamente presso la _____ per stato di intossicazione alcolica accompagnato da aggressività verbale e fisica; alcolemia all'ingresso 3.40 g/l) era giustificato solo il 18.03.2020 per lo stato di intossicazione complicata. D 10. Quale era l'obiettivo dei ricoveri? R 10. Il percorso di astinenza e disintossicazione da sostanze alcoliche in clinica e successivamente presso il Centro _____ di _____ non trovava nell'assicurata alcuna aderenza. D 11. Vi era la necessità di ricoveri in regime acuto? Se no, per quale motivo R 11. No, non vi era la necessità di ricoveri in regime acuto. Le degenze in reparto psichiatrico acuto dal 05.03.2019 al 11.03.2019, dal 25.09.2019 al 28.09.2019, dal 17.10.2019 al 23.10.2019, dal 27.12.2019 al 10.01.2020 non erano assolutamente giustificate: l'assicurata non presentava alcuna intossicazione da etile complicata da etero o auto aggressività; non presentava uno scompenso psicotico né suicidalità attiva, né discontrollo degli impulsi con impulsività recidivante. Lo stato di intossicazione da sostanze alcoliche non necessitava di un trattamento in reparto psichiatrico acuto. Il ricovero presso la _____ il 18.03.2020 (ricoverata coattivamente presso la _____ per stato di intossicazione alcolica accompagnato da aggressività verbale e fisica; alcolemia all'ingresso: 3.40 g/l) era giustificato solo il 18.03.2020 per lo stato di intossicazione alcolica complicata. D 12. Quale esito hanno avuto i ricoveri? R 12. Nessuno. D 13. Quale procedere sarebbe consigliabile in futuro per limitare i ricoveri in ambito stazionario e comunque tutelare la salute della signora RI 1? R 13. Per limitare i ricoveri in ambito stazionario e comunque tutelare la salute dell'assicurata appare necessario predisporre una presa a carico psichiatrica territoriale adeguata. D 14. In base agli atti la perita si può esprimere in modo esaustivo oppure ritiene opportuno convocare la signora RI 1 per una visita fiduciaria? Se no perché? R 14. La documentazione analizzata è sufficiente per esprimersi in modo esaustivo.". Sulla scorta dell'esposta valutazione, il 18 febbraio 2021 (doc. A20) la Cassa malati ha emanato una decisione formale con cui ha comunicato all'allora curatrice dell'assicurata che non emergevano elementi che giustificavano una necessità di ricovero psichiatrico acuto, apparendo tali ricoveri come dei trattamenti inadeguati, inappropriati e ineconomici. Pertanto, riconosceva le prestazioni esclusivamente nel concetto ambulatoriale, salvo per i giorni 18 e 19 marzo 2020, e quindi si assumeva unicamente i costi a livello ambulatoriale. All'opposizione del 22 marzo 2021 (doc. A19) il curatore RA 1, attivo presso il _____, ha allegato i rapporti di dimissione del 20 marzo 2019 (doc. A13), del 2 ottobre 2019 (doc. A9), del 15 novembre 2019 (doc. A7), del 14 gennaio 2020 (doc. A4) e del 7 aprile 2020 (doc. A2), per suffragare che tutti questi ricoveri erano avvenuti su indicazione medica - in due casi addirittura in via coatta - e che dette ospedalizzazioni non erano degli eventi sostituibili con altre misure. Per potere formulare ricorso contro la decisione su opposizione del 19 aprile 2021 (doc. A1) con cui CO 1 ha confermato di assumersi i costi della degenza stazionaria soltanto per il 18 e il 19 marzo 2020, mentre per i restanti giorni di degenza in esame alla Clinica psichiatrica _____ si faceva carico unicamente dei costi ambulatoriali, il dr. med. _____, Medico Capo Servizio della Clinica psichiatrica _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, si è così espresso in merito a una richiesta di informazioni: " (...) la informiamo che la documentazione messa a disposizione della dr.ssa med. _____ era completa e nessuno dei medici _____ è stato interpellato in merito alla perizia da lei allestita. Qui di seguito trova le nostre risposte ed osservazioni ai quesiti da lei posti: 1. Al momento dell'ammissione la signora RI 1 presentava un bisogno di una cura acuta? (bisogno di una cura acuta = danno alla salute che sorge improvvisamente,

all'ultimo momento ed in maniera violenta e necessita di un'assistenza medica o una cura immediata e intensa) 2. I provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari potevano essere praticati in modo appropriato unicamente in ambito stazionario? Per quale motivo? 3. Dal trattamento ospedaliero si poteva attendere un notevole miglioramento dello stato di salute della sig.ra RI 1? 4. I trattamenti potevano essere effettuati ambulatorialmente (eventualmente in una casa di cura o in un day hospital?) Per quale motivo? 5. I medesimi obiettivi terapeutici potevano essere conseguiti con una cura ambulatoriale (eventualmente in una casa di cura o in un day hospital?) In caso di risposta negativa per quale motivo non sarebbe stato possibile? 6. I ricoveri si sono resi necessari a causa della particolare situazione personale di RI 1 (quale situazione particolare?) 7. Quale era il lasso di tempo delle degenze necessarie? Degenza dal 05.03. al 11.03.2019, 12a Ammissione _____: Trattasi di ricovero in Clinica psichiatrica _____ secondo Ordine Medico (art. 426 CC). Il bisogno di una cura acuta da effettuarsi in regime stazionario è in questo caso giustificato non solo dal bisogno urgente di assistenza e cura ma anche dalla pericolosità della paziente per sé stessa e per terze persone. Due medici di picchetto di Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, uno dei quali consulente psichiatra, hanno certificato e disposto quanto sopra. Appare difficile sostenere che le necessità di assistenza e cura urgente e la necessità di protezione della paziente e di terze persone potesse essere soddisfatta in altro luogo se non in ambito psichiatrico stazionario. Si aggiunge che, in corso di degenza, il giorno 07.03.2019, in seguito ad allontanamento dalla Clinica psichiatrica _____, la paziente si è intossicata e veniva ricondotta presso la nostra struttura dalla Polizia Cantonale, dopo passaggio in Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, con alcolemia pari a 1.73 g/L (nadir 3 g/L rilevato in Pronto Soccorso). Tale tasso alcolemico identifica una intossicazione acuta da etile. I sintomi neurologici e psichiatrici correlati alla intossicazione acuta da etile e presentati dalla sig.ra RI 1 hanno reso necessaria la prestazione notturna del medico psichiatra di picchetto della Clinica psichiatrica _____ con visita al letto della paziente e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea. Il ricovero della signora RI 1 è terminato per decisione della paziente e contro il parere medico in data 11.02.2019 (recte: 11.03) quando la degenza era ormai stata commutata in regime di volontarietà, in accordo con i principi della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP) e comunque dopo 72 ore dall'interruzione dell'assunzione di etile in ambiente protetto. La prematura conclusione della degenza non sminuisce la severità complessiva della diagnosi ICD10: F10.2 della paziente e le significative ripercussioni comportamentali (allontanamenti dalle strutture di cura, intossicazioni da sostanze, plurimi e ravvicinati ricoveri, auto-dimissioni contro parere medico) che tale condizione patologica esercita sulla sig.ra RI 1. Nel caso di questo ricovero, la risposta è affermativa ai punti 1-3 punti e negativa ai punti 4-6. La risposta al quesito 7 può essere ragionevolmente formulata solo ex post vista l'interruzione volontaria della degenza. Di sicuro un periodo maggiore di quello trascorso in Clinica dalla paziente. Degenza dal 25.09. al 28.09.2019, 14. Ammissione _____: Nel caso del ricovero in oggetto, la paziente nei giorni precedenti era ricoverata presso la Clinica _____ di _____, dalla quale si è poi allontanata e quindi tradotta in stato di agitazione psicomotoria al Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____ da parte della Polizia Cantonale. La valutazione del medico di picchetto di Pronto Soccorso ha indicato la necessità di un ricovero immediato a favore della sig.ra RI 1 in ambito ospedaliero stazionario, presso la Clinica psichiatrica _____. Al momento dell'ammissione, il bisogno di una cura acuta da effettuarsi in regime stazionario è ascrivibile in primo luogo

alla diagnosi ICD10: F10.2 della quale la sig.ra RI 1 è portatrice. Non vi infatti è altro luogo idoneo, se non un ambito stazionario medicalizzato, per la corretta gestione dei sintomi di natura neurologica, psichiatrica e cardiologica potenzialmente letali, correlati alla sospensione e astinenza da etile (oggetto e obiettivo del ricovero sia in Clinica _____ sia in Clinica psichiatrica _____) in pazienti con diagnosi ICD10: F10.2. Questo, evidentemente, in modo indipendente dalla natura volontaria o coercitiva del ricovero così come dalla condizione clinica puntuale al momento dell'ammissione presso la Clinica psichiatrica _____. A tale riguardo, vale la pena citare la nota di diario in data 26.09.2019, ovvero la prima notte dopo l'ammissione: "insonne per tutta la notte. Ore 4.30 presenta irrequietezza, lievi tremori, irritabilità imputabili alla non assunzione di sostanze alcoliche da circa 2 gg. In accordo medico si somministra Seresta 15 mg, 2 cp e Trittico R 150 mg, 2 cp. Si corica alle ore 5.30". Di seguito, in seconda giornata di degenza, è documentato in cartella il sopraggiungere di una crisi astinenziale che si è verificata nonostante la terapia farmacologica anticarenziale stazionaria prescritta dai medici di reparto. Il quadro clinico acuto ha reso necessaria una visita medica da parte del medico di picchetto notturno e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea, al fine di ottenere la risoluzione dei sintomi acuti ed evitare l'insorgenza di complicazioni del quadro clinico improvvisamente comparso. Il ricovero si è concluso in data 28.09.2019 contro parere medico. Per questo ricovero la risposta è affermativa ai punti 1-3 e negativa ai punti 4-6. La risposta al quesito 7 è una durata pari almeno al periodo medesimo della degenza. Degenza dal 17.10. al 23.10.2019, 15. Ammissione _____: In data 17 ottobre 2019 la paziente è stata condotta al Pronto Soccorso dell' _____ in stato di impregnazione etilica con valore alcolemia pari a 2.27 g/L e quindi trasferita in Clinica psichiatrica _____. In prima giornata, in data 18.10.2019, sono documentati in cartella clinica uno stato di agitazione psicomotoria e la presenza sintomi carenziali. Si è reso necessario l'intervento del medico di picchetto notturno della Clinica psichiatrica _____ e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea. Di seguito, in data 19.10.2019, nuovo episodio di intossicazione alcolica acuta (1.14 g/L) con rientro in ambulanza dopo allontanamento dalla Clinica psichiatrica _____. Di nuovo, è stato necessario l'intervento del medico di picchetto notturno e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea. Il ricovero si conclude con l'allontanamento dalla Clinica della paziente a causa dei sintomi di craving, ovvero il desiderio impulsivo di consumo della sostanza, nonostante la farmacoterapia stazionaria impostata dai curanti di reparto, a conferma della gravità complessiva della malattia e le significative ripercussioni comportamentali che la diagnosi ICD10: F10.2 esercita sulla sig.ra RI 1. Anche per questo ricovero la risposta è affermativa ai punti 1-3 e negativa ai punti 4-6. La risposta al quesito 7 è una durata pari almeno al periodo della degenza. Degenza dal 27.12. al 10.01.2020, 16. Ammissione _____: Condizione di intossicazione alcolica acuta all'ammissione (alcol test 2,08% all'ingresso). In seconda giornata, in data 28.12.2019, la paziente presenta sintomi astinenziali. Si è resa necessaria la visita del medico psichiatra di picchetto notturno e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea. Nel corso della degenza si sono poi osservati ripetuti episodi di intossicazione alcolica: alcol test 0,74% in data 30.12.2019, in data 01.01.2020 alcol test 0,66%, in data 02.01.2020 alcol test 1,63% e in data 05.01.2020 alcol test 2,40%. Tali episodi hanno reso necessari ripetuti interventi medico infermieristici ad hoc e la somministrazione di farmacoterapia in estemporanea per i sintomi psichici e comportamentali correlati all'intossicazione acuta da etile. Nel caso di questo ricovero la risposta è affermativa ai punti 1-3 e negativa ai punti 4-6. La

risposta al quesito 7 è una durata pari almeno al periodo della degenza. Degenza dal 18.03. al 24.03.2020, 17. Ammissione _____: Riconosciuti i primi due giorni di degenza (fino al 20.03.2020). In data 22.03.2021 (recte: 2020) documentata in cartella intossicazione alcolica acuta (alcool test 1,41%) in seguito ad allontanamento. Ancora, in data 23.03.2021 (recte: 2020), intossicazione alcolica (alcool test 2,21%) sempre in seguito ad allontanamento dalla struttura. Dimissioni sulla richiesta della paziente ammessa in accordo con i principi della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP). Per questo ricovero la risposta è affermativa ai punti 1-3 e negativa ai punti 4-6. La risposta al quesito 7 potrebbe essere ragionevolmente formulata solo ex post , tuttavia non si comprendono le ragioni per il non riconoscimento della degenza per una durata pari almeno al periodo di ricovero medesimo.". Infine, con il ricorso, l'assicurata ha riprodotto i rapporti di uscita trasmessi dalla Clinica psichiatrica _____ ai medici curanti, ha allegato le schede dello status psichiatrico all'entrata (doc. A3, A5, A8, A10 e A13), le lettere di dimissione dal pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ del 25 settembre 2019 (doc. A16) e dell'Ospedale _____ di _____ del 17 ottobre 2019 (doc. A15) e i due ordini medici ai sensi dell'art. 426 CC per un ricovero a scopo di cura o di assistenza riferiti alle degenze del 5 marzo 2019 (doc. A17) e del 18 marzo 2020 (doc. A14). Va inoltre menzionata la lettera del 19 aprile 2019 (doc. A12) del dr. med. _____, Medico Capo Servizio attivo presso la Clinica psichiatrica di _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, indirizzata a CO 1, il quale ha contestato il rifiuto di assunzione dei costi della degenza della ricorrente dal 5 all'11 marzo 2019. Lo specialista ha evidenziato che la situazione psichica della paziente era estremamente disorganizzata, impulsiva con un rimuginio angosciante su eventi passati che essa cercava di contrastare con l'abuso etilico. Il trattamento di un disturbo di personalità di quel tipo deve avvenire strategicamente al di fuori dall'ambiente ospedaliero ma, nella situazione acuta, esso deve necessariamente trovare nella stazionarietà un contesto capace di funzionare terapeuticamente. Egli ha inoltre precisato che il ricovero dell'assicurata è terminato per decisione della stessa contro il suo parere medico, a dire del quale l'interessata avrebbe necessitato di un periodo più lungo di trattamento ospedaliero, ma ciò non è stato possibile. Ciò nonostante, l'indicazione medica per una degenza stazionaria era assolutamente presente. 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

E. 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 concluzione 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 concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) 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, consid. 2d). 2.7. Va ora esaminato se le degenze dal 5 all'11 marzo 2019, dal 25 al 28 settembre 2019, dal 17 al 23 ottobre 2019, dal 27 dicembre 2019 al 10 gennaio 2020 e dal 18 al 24 marzo 2020 presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ vanno assunte dalla Cassa malati resistente 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 agli atti 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 una sindrome da dipendenza dall'uso di alcol che le causa disturbi psichici e comportamentali (ICD-10: F10.2) e da disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple a uso dannoso (ICD-10: F19.1), quali eroina e cannabinoidi, che dal 2015 l'hanno portata ad essere ricoverata 26 volte in cliniche psichiatriche con modalità di invio a volte volontario e a volte coatto per intossicazione acuta da alcol e sostanze (doc. A18). A ciò si aggiunge che l'assicurata presenta un disturbo di personalità emotivamente

instabile: tipo borderline (ICD-10: F60.31). Pertanto, i ricoveri in esame, alla luce delle modalità degli invii, dei motivi, degli status alle ammissioni e dei decorsi clinici delle degenze, portano il TCA a concludere che le ospedalizzazioni stazionarie si sono rese necessarie a causa della particolare situazione personale della ricorrente e che le cure necessarie non potevano essere effettuate in ambito ambulatoriale. Avantutto occorre evidenziare che tutte e cinque le degenze in discussione, di carattere urgente, sono avvenute su indicazione medica come previsto dall'art. 49 cpv. 4 LAMal, ritenendo i vari medici di pronto soccorso che l'hanno accolta, visto che puntualmente la ricorrente presentava una intossicazione acuta da etile e/o da cannabinoidi, con punte anche di 4,06 g/l, che fosse necessario un ricovero in ambito stazionario. In due circostanze, poi, il 5 marzo 2019 e il 18 marzo 2020, la situazione era a tal punto grave che il ricovero in clinica psichiatrica è stato addirittura ordinato dal medico di pronto soccorso a scopo di cura o di assistenza in virtù dell'art. 426 CC, nel senso che l'obiettivo del ricovero, ossia l'astinenza e la disintossicazione dell'assicurata, non poteva avvenire che in regime stazionario, predisposto con ricovero coatto, non ritenendo dati dei provvedimenti alternativi per curarla. Il 25 settembre 2019 il ricovero nella struttura specializzata è avvenuto su accordo con lo psichiatra di guardia che ha visitato l'assicurata al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, dove era stata condotta dopo essere scappata dalla Clinica _____ di _____ presso cui era degente per seguire un percorso di disintossicazione alcolica. Inoltre, stante l'indicazione medica, nei ricoveri del 2019 e del 2020 l'assicurata è stata accompagnata in pronto soccorso e/o alla Clinica psichiatrica _____ sempre con l'ambulanza e, talvolta, pure dalla polizia, tanto la situazione che si presentava ai curanti era grave e particolarmente delicata. Ciò è occorso pure quando, durante i ricoveri stazionari, la ricorrente si allontanava spesso, volontariamente, dalla struttura per consumare etile o cannabinoidi e poi rientrava la sera, per l'appunto accompagnata, dopo un passaggio in pronto soccorso per un'intossicazione acuta da sostanze. Certo, per la dr.ssa med. _____ consultata dalla Cassa malati, a volte la situazione al momento dell'ammissione dell'assicurata alla Clinica psichiatrica di _____ poteva non apparire particolarmente acuta visto che, eccetto per l'ultimo ricovero, ai precedenti ingressi sostanzialmente l'interessata non si era presentata in condizioni pericolose, negava ideazioni suicidali, non verbalizzava idee negative o attive/passive di morte, non presentava ansia né angoscia, la forma e il contenuto del pensiero erano nella norma, l'eloquio fluido, modulato, informativo, non risultava bizzarra, era sorridente, l'emotività era stabile. Non va però dimenticato che se il tasso alcolemico riscontrato in ingresso era di 1,55 g/l al primo ricovero, di 0,00 per mille al secondo e di 0,76 per mille al terzo, tuttavia era di 2,08 per mille al quarto e di 3,40 g/l all'ultimo, ovvero si era in presenza di una intossicazione certamente acuta da etile, che andava altresì contestualizzata con i disturbi psichici e comportamentali dell'assicurata come pure dell'instabilità emotiva tipo borderline. Per di più, i summenzionati tassi alcolemici si riferiscono a un momento forzatamente successivo a quando i medici del pronto soccorso hanno ritenuto opportuno ricoverare la ricorrente in via stazionaria presso la Clinica psichiatrica _____ a causa della grave situazione riscontrata. Pertanto, essi fanno stato di una situazione che si è realizzata dopo che in pronto soccorso è stata idratata e quindi le condizioni dell'insorgente all'ingresso nella struttura specializzata sono risultate migliori. In effetti, l'alcolemia rilevata al pronto soccorso era del 4,06 g/l il 5 marzo 2019, nulla il 25 settembre 2019, del 2,27 g/l il 17 ottobre 2019, il 27 dicembre 2019 non è nota e il 18 marzo 2020 non è stata possibile misurarla a causa dell'aggressività verbale e fisica

dell'interessata. Quanto allo status, la lettera di dimissione del 25 settembre 2019 (doc. A16) del pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ riferisce che l'assicurata era vigile, agitata, solo in parte collaborante, ripetitiva, non deficit neurologici evidenziabili in particolare normale la motilità e la stenia agli arti superiori. Nella lettera di dimissione del 17 ottobre 2019 (doc. A15) il pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ ha indicato che l'assicurata era in condizioni generali ridotte, lo stato di coscienza era agitato, orientato, l'eloquio fluente, i pensieri coerenti. Durante la permanenza in pronto soccorso l'interessata ha mostrato agitazione psicomotoria e ha rifiutato di essere visitata, la misurazione dei parametri vitali e la somministrazione di idratazione parenterale. Per lo stato di agitazione non è stato necessario somministrare alcun trattamento farmacologico. Oltre alle intossicazioni acute da alcol, il pronto soccorso prima e la clinica psichiatrica poi sono stati talvolta confrontati con la positività della ricorrente per benzodiazepine e THC. Il quadro che si presentava perciò di volta in volta ai medici del pronto soccorso era di una persona, nota per disturbo della personalità di tipo borderline, in terapia con Cymbalta, Trittico e Temesta. Inoltre, in passato l'interessata aveva beneficiato di plurimi accessi per episodi di alterato stato di coscienza su intossicazione acuta di etile e assunzione di THC. Per tali motivi, d'avviso dei medici curanti essa necessitava di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. La necessità delle cure era improvvisa, immediata e intensa date le condizioni di salute della ricorrente manifestate ai vari accessi al pronto soccorso. Per i medici dell'Ospedale _____ e _____ di _____ l'assicurata presentava il bisogno di una cura acuta, e meglio di disintossicarsi con urgenza per cercare di evitare nuove ricadute di intossicazione acuta. Che poi i ricoveri in questione non siano riusciti in questo intento non è determinante per sapere se i provvedimenti terapeutici necessari a curare la ricorrente potevano essere dispensati adeguatamente anche in ambito ambulatoriale. Nemmeno è decisivo che, malgrado le buone intenzioni iniziali talvolta espresse all'ammissione, nei fatti, poi, l'assicurata non era però veramente intenzionata a rimanere astinente e a disintossicarsi dall'alcol e dall'abuso di altre sostanze. Prova ne è, eccetto nel breve ricovero di settembre 2019, che nel corso delle altre degenze l'interessata si è più volte volontariamente allontanata dalla struttura per ritornarvi, accompagnata dall'ambulanza o dalla polizia, impregnata di etile e/o positiva ai cannabinoidi. Le decisioni di inviare l'interessata presso la struttura psichiatrica di _____ per disintossicazione (cfr. ordine medico per ricovero a scopo di cura o di assistenza del 5 marzo 2019), per inquadramento psicopatologico dello stato attuale (cfr. status psichiatrico all'entrata del 5 marzo 2019), per astinenza dall'etile, disintossicazione dall'etile e avvio percorso presso la struttura di _____ (cfr. status psichiatrico all'entrata del 25 settembre 2019), per risoluzione dello stato acuto, disintossicazione dall'etile, mantenimento dell'astinenza e aggancio a _____ (cfr. status psichiatrico all'entrata del 17 ottobre 2019), stabilizzazione del quadro clinico, disintossicazione da sostanze e inserimento in comunità (cfr. status psichiatrico all'entrata del 27 dicembre 2019), risoluzione dell'intossicazione acuta e stabilizzazione del quadro clinico (cfr. status psichiatrico all'entrata del 18 marzo 2020), sono state altresì dettate dal fatto che, come rilevato in occasione della degenza nel mese di ottobre 2019, nonostante la farmacoterapia stazionaria impostata dai medici curanti del reparto psichiatrico, l'assicurata si sottraeva ai trattamenti allontanandosi dalla clinica per consumare delle sostanze. Questa circostanza (" craving ") conferma la gravità complessiva della malattia e le significative ripercussioni comportamentali che la diagnosi di sindrome da dipendenza dall'uso di etile esercitava sulla ricorrente. Quale altro motivo di ricovero stazionario per cura acuta, il TCA rileva che il dr. med. _____ ha osservato il

6 maggio 2021 (doc. A11), con riferimento alla degenza dal 25 al 28 settembre 2019, che " Al momento dell'ammissione, il bisogno di una cura acuta da effettuarsi in regime stazionario è ascrivibile in primo luogo alla diagnosi ICD10: F10.2 della quale la sig.ra RI 1 è portatrice. Non vi infatti è altro luogo idoneo, se non un ambito stazionario medicalizzato, per la corretta gestione dei sintomi di natura neurologica, psichiatrica e cardiologica potenzialmente letali, correlati alla sospensione e astinenza da etile (oggetto e obiettivo del ricovero sia in Clinica _____ sia in Clinica psichiatrica _____) in pazienti con diagnosi ICD10: F10.2. ", indipendentemente dal fatto che il ricovero sia avvenuto in modo volontario o coercitivamente così come dalla condizione clinica puntuale al momento della ammissione presso la clinica psichiatrica. In effetti, malgrado la terapia farmacologica anticarenziale stazionaria, in più occasioni il quadro clinico acuto ha richiesto la somministrazione, durante la notte, di una farmacoterapia in estemporanea per ottenere la risoluzione dei sintomi acuti ed evitare l'insorgenza di complicazioni del quadro clinico comparso all'improvviso. 2.8. Sulla scorta delle considerazioni esposte, nell'evenienza concreta il TCA ritiene data la giustificazione per una degenza stazionaria per ognuno dei cinque soggiorni, che va valutata unicamente alla luce dei criteri giurisprudenziali dianzi esposti e non dal profilo strettamente medico. 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 per tutte e cinque le degenze in esame. A causa del suo status psichico l'assicurata necessitava quindi all'improvviso e urgentemente di un'assistenza intensiva e continuata tramite personale specializzato. A ogni ricovero i medici avevano impostato dei progetti di cura che prevedevano di portare la ricorrente a un miglioramento concreto di una certa importanza, ovvero all'astinenza e alla disintossicazione. In alcune occasioni essa ha seriamente manifestato la volontà di seguire un percorso per raggiungere tale obiettivo, aderendo nella regolare assunzione delle terapie medicamentose impostate e alla terapia antiastinenziale da etile, con graduale e progressiva risoluzione del quadro astinenziale acuto (cfr. la degenza dal 18 al 24 marzo 2020). In altre occasioni, invece, ciò non si è realizzato a causa delle frequenti ricadute nell'abuso di alcol e cannabinoidi. 2.9. Sulla scorta delle considerazioni esposte discende che i ricoveri stazionari dal 5 all'11 marzo 2019, dal 25 al 28 settembre 2019, dal 17 al 23 ottobre 2019, dal 27 dicembre 2019 al 10 gennaio 2020 e dal 18 al 24 marzo 2020 presso la Clinica psichiatrica _____ di _____ erano giustificati dai quadri clinici acuti presenti al momento dell'ammissione della ricorrente nella struttura specializzata e si imponevano per la particolare situazione personale dell'insorgente, che si sono protratti fino al momento delle sue dimissioni, che sono sempre avvenute su richiesta dell'assicurata e contro il parere medico non essendo in accordo con il progetto di cura definito, ma in assenza di una sintomatologia astinenziale ed elementi psicopatologici di acuzie. CO l'è dunque condannata ad assumersi integralmente i costi derivanti dalle predette degenze stazionarie. In tal senso, la decisione impugnata è annullata e il ricorso va accolto. 2.10. Il 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, ma non più anche gratuita per le parti. 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. In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese. 2.11. 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 Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in SZS 1991 pag. 180 ss) ed è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329; cfr. la sentenza 30.2009.32 del 2 aprile 2010). Inoltre, l'Alta Corte federale riconosce eccezionalmente ad una parte vittoriosa non rappresentata il diritto ad ottenere un'indennità per ripetibili per l'attività da lei svolta solo se la causa è complessa, gli interessi in gioco sono importanti, il lavoro svolto ha impedito notevolmente l'attività professionale o ha comportato una perdita di guadagno e se gli sforzi profusi sono ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 129 II 297 consid. 5; DTF 119 Ib 412; DTF 113 Ib 356 consid. 6b, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 110 V 133 consid. 4a). Con sentenza K 63/06 del 5 settembre 2007 (cfr. anche sentenza K 123/06 del 6 dicembre 2007 e sentenza K 139/06 del 31 gennaio 2008, consid. 8), il 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.