

TI_GERICHTE 41.2001.1 vom 27. September 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-09-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_41.2001.1

FR: TI_GERICHTE 41.2001.1 du 27 septembre 2004

IT: TI_GERICHTE 41.2001.1 del 27 settembre 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

sono congiunte fra loro. 2.2. Va immediatamente sottolineato che il TCA può esimersi dal discutere la fondatezza delle censure sollevate in ordine da _____ RI 1 nell'ambito della causa dipendente dal suo ricorso del 29 dicembre 2000 (domanda di ricusa della dott.ssa _____, medico fiduciario dell'amministrazione, nonché violazione del diritto di essere sentito, cfr. XXII, p. 16-17). In effetti, così come verrà diffusamente dimostrato nei considerandi che seguono, la decisione su opposizione 15 novembre 2000 dell'UFAM va comunque annullata per delle ragioni attinenti al merito della lite. Nel merito 2.3. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000. Con la stessa sono state modificate numerose disposizioni contenute nella Legge federale sull'assicurazione militare (LAM). Al riguardo va, tuttavia, segnalato che unicamente le norme di procedura, in via di principio, entrano immediatamente in vigore (cfr. SVR 2003 IV Nr. 25, consid. 1.2., p. 76; DTF 117 V 93 consid. 6b, DTF112 V 360 consid. 4a, RAMI 1998 KV no 37 p. 316 consid. 3b). Tali disposizioni pertanto si applicano a tutte le decisioni emesse dopo il 1° gennaio 2003. Per quanto concerne invece le norme di diritto materiale, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2.; DTF 127 V 466 consid. 1; DTF 128 V 315=SVR 2003 ALV Nr. 3; SVR 2003 IV Nr. 25 consid. 1.2; STFA del 26 novembre 2003 nella causa J., U 158/03, consid. 1.1). Di conseguenza, nel caso in esame, visto che oggetto della presente vertenza è il diritto a delle prestazioni decorrenti antecedentemente al 1° gennaio 2003, non tornano applicabili le disposizioni di diritto materiale della LPGA, bensì le norme della LAM valide fino al 31 dicembre 2002. 2.4. Onde favorire una migliore comprensione, il TCA tratterà in momenti distinti le diverse problematiche che sono oggetto delle decisioni su opposizione impugnate dall'assicurato. 2.5. Indennità per cura a domicilio 2.5.1. A norma dell'art. 20 cpv. 1 LAM, se l'assicurato è stato autorizzato a effettuare una cura a domicilio o un soggiorno di cura privato e l'affezione assicurata o la grande invalidità provoca spese supplementari di alloggio, vitto, cura o assistenza, l'assicurazione militare gli concede un'indennità. Il diritto alle indennità si estingue se l'assicurato è ricoverato in uno stabilimento ospedaliero a carico dell'assicurazione militare, per cui le spese supplementari vengono a mancare (cpv. 2). Da parte sua, l'art. 25 cpv. 1 LAM prevede che quando ordinano o eseguono provvedimenti a scopo diagnostico o terapeutico, quando prescrivono o forniscono medicinali o eseguono analisi, il personale sanitario, gli stabilimenti, i centri di accertamento e i laboratori devono limitarsi a quanto

richiede l'obiettivo della cura. La giurisprudenza - seppure in un ambito diverso, ossia quello dell'assicurazione contro le malattie - ha stabilito che, nonostante l'art. 56 LAMal (il cui tenore è sostanzialmente analogo a quello dell'art. 25 cpv. 1 LAM) si riferisca, secondo il suo tenore e la sua posizione sistematica nella legge, essenzialmente ai rapporti fra assicuratori e fornitori di prestazioni, esso esplica effetti giuridici anche nella relazione cassa e assicurato. In particolare, esso implica che l'assicurato non ha, nei confronti della cassa, alcun diritto al rimborso dei costi di un trattamento non economico (cfr. DTF 108 V 32; RJAM 1983 n. 557, p. 287ss.).

2.5.2. Il diritto all'indennità per cura a domicilio presuppone che la cura a domicilio sia stata autorizzata dall'AMF. Qualora una cura non sia stata autorizzata, l'art. 20 non può trovare applicazione (cfr. B. Schatz, *Kommentar zur Eidgenössischen Militärversicherung*, Zurigo 1952, p. 133; J. Maeschi, *Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992*, Berna 2000, n. 7 ad art. 20). Le spese supplementari provocate dalla cura a domicilio dell'affezione assicurata sono unicamente quelle che non appartengono agli usuali costi esistenziali dell'assicurato o della sua famiglia e che non sono direttamente assunti dall'assicurazione militare. L'enumerazione fatta dalla legge delle spese supplementari (spese supplementari di alloggio, vitto, cura o assistenza) non è esaustiva. In particolare, entrano in considerazione le misure sanitarie ed i controlli (ad esempio, le iniezioni, la somministrazione di medicinali, la fisio - ed ergoterapia, nonché la misurazione della pressione arteriosa), come pure meri provvedimenti di cura, quali l'aiuto alle cure d'igiene corporale, a vestire e svestire il paziente, a mangiare e a bere, ecc. (cfr. J. Maeschi, *op. cit.*, n. 11 ad art. 20). L'indennità deve di principio coprire integralmente i costi supplementari ingenerati dalla cura. Nondimeno, qualora le spese risultassero eccessive, in virtù del principio dell'economicità, esse devono essere riportate entro i limiti dei costi adeguati (cfr. B. Schatz, *op. cit.*, p. 135 e J. Maeschi, *op. cit.*, n. 39 ad art. 16: "Für Massnahmen, die über das gebotene Mass hinausgehen, hat die Militärversicherung nicht aufzukommen (MVG 25,2)").

2.5.3. Nella concreta evenienza, il TCA deve innanzitutto esaminare se - come sostenuto dall'insorgente - l'UFAM, per negare l'autorizzazione a curarsi a domicilio a contare dal 1° gennaio 2001, era tenuto a preliminarmente verificare la realizzazione dei presupposti previsti dall'art. 102 LAM per l'adeguamento di una decisione cresciuta in giudicato alle mutate circostanze. Al proposito, va rilevato che, con decisione su opposizione del 9 novembre 1999, l'amministrazione aveva espressamente limitato la validità dell'autorizzazione a curare l'insorgente a domicilio fino al 31 dicembre 2000 (cfr. doc. 818 - inc. 4, pto. 2 del dispositivo). In quell'occasione, l'UFAM si era pure riservato il diritto di verificare se una nuova autorizzazione avrebbe potuto essere concessa a decorrere dal 1° gennaio 2001 (cfr. pto. 4 del dispositivo). L'assicurato ha lasciato crescere in giudicato la decisione del 9 novembre 1999. Con la decisione su opposizione impugnata, l'UFAM ha esaminato la realizzazione delle condizioni per il riconoscimento di una nuova autorizzazione alla cura a domicilio a decorrere dal 1° gennaio 2001, in primo luogo il rispetto del principio dell'economicità del trattamento. Oggetto della decisione su opposizione del 15 novembre 2000, è dunque la concessione dell'autorizzazione a curarsi a domicilio per il periodo posteriore al 31 dicembre 2000. Si tratta quindi di valutare se esistono gli estremi per concedere l'autorizzazione per un nuovo periodo dopo che quello coperto della precedente autorizzazione era scaduto. Questo Tribunale ritiene così di potere seguire quanto l'amministrazione ha fatto valere a pagina 8s. della risposta di causa del 27 marzo 2001: " (...). ... alla luce di quanto è stato sin qui esposto, si può sostenere che non si tratta in sostanza ora di valutare se sono dati gli estremi per l'applicazione dell'art. 102

LAM, quanto piuttosto di esaminare se vi sono validi motivi per rilasciare l'autorizzazione di curarsi a domicilio e di conseguenza per l'eventuale fissazione dell'ammontare assumibile, ricordando che, in base alla prassi, l'Assicurazione militare non concede generalmente l'autorizzazione per periodi indeterminati, ma per una durata di 2 anni. (...). L'Assicurazione militare poteva quindi sentirsi completamente libera nella sua facoltà di riesaminare il caso alla luce dei combinati art. 16 e 20 LAM, per decidere se il ricorrente avesse ancora diritto al rilascio dell'autorizzazione per le cure a domicilio dopo il 1° gennaio 2001. (...) " (XVI - inc. 41.2001.1 - la sottolineatura è del redattore). 2.5.4. La cura a domicilio deve essere medicalmente indicata, appropriata ed economica (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 8 ad art. 20). Nel caso concreto, l'UFAM - fondandosi essenzialmente sulle certificazioni del proprio Medico-capo, dott.ssa _____, spec. FMH in medicina interna (cfr. doc. 836 e 852 - inc. 4), nonché sulle risultanze di accertamenti esperiti presso alcune case medicalizzate per anziani del Cantone (cfr. doc. 894, 896, 898, 900, 904, 906, 908, 911 e 922 - inc. 5) - ha sostenuto che la cura a domicilio fornita all'assicurato sarebbe inappropriata ed ineconomica (cfr. doc. 1053 - inc. 5: "... Tutte le considerazioni di fatto che precedono conducono all'inevitabile conclusione secondo cui non può essere rilasciata l'autorizzazione per le cure a domicilio a partire dal 1° gennaio 2001 a favore del signor RI 1, non rispondendo queste ai criteri di economicità e di adeguatezza degli art. 16 cpv. 1 e 20 cpv. 1 LAM" - la sottolineatura è del redattore). Con il referto del 28 gennaio 2000 la dott.ssa _____ ha proceduto ad un completo riesame della questione riguardante la responsabilità dell'assicurazione militare in relazione ai provvedimenti terapeutici e di cura forniti al ricorrente presso il proprio domicilio. In questo contesto, essa ha affermato che i costi dei provvedimenti concernenti il controllo e la cura del diabete, rispettivamente, dell'ipertensione arteriosa, non vanno a carico dell'assicurazione militare, siccome non si tratterebbe di affezioni assicurate. Lo stesso vale per il medicamento "Antra", prescritto per la cura di un'esofagite da reflusso. Inoltre, la somministrazione dei farmaci "Sandoparin 300 U" e "Miacalcic", nonché l'impiego di preparati per la cura della pelle, non risponderebbe ad alcuna indicazione medica (cfr. doc. 836, p. 7-8 - inc. 4). D'altra parte, sempre secondo il medico fiduciario dell'UFAM, le cure prestate all'assicurato sarebbero troppo estese e, pertanto, suscettibili di essere semplificate (per quanto riguarda, in particolare, i transfers, le docce ed il trattamento dell'incontinenza), senza con ciò incidere negativamente sulla qualità dell'assistenza (cfr. doc. 836, p. 9-11 - inc. 4). In considerazione del fatto che i provvedimenti proposti non consentirebbero comunque di contenere in maniera sostanziale i costi, la dott.ssa _____ ha proposto all'amministrazione di verificare la possibilità di limitare l'indennità per cure a domicilio ai costi risultanti dal soggiorno dell'assicurato presso una casa medicalizzata per anziani: " (...) Es ist uns durchaus bewusst, dass selbst wenn die erwähnten Kürzungen beziehungsweise Anpassungen vorgenommen werden, der finanzielle Aufwand für die Pflege nicht namhaft verringert werden kann. Es fragt sich daher, ob ausser den besprochenen Kürzungen andere Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Unseres Erachtens steht fest, dass eine weitere finanzielle Abgeltung eines Pflegeaufwandes in dieser Höhe gegenüber den anderen versicherten Patienten und auch gegenüber dem Steuerzahler nicht länger verantwortet werden kann. Dieses Problem lässt sich aber nicht vom Chefärztlichen Dienst im Alleingang lösen. Wir möchten als Erstes auf den Gesetzestext (in Deutsch) aufmerksam machen, in welchem unter Artikel 20 MVG das Wort "Zulagen" verwendet wird. Es fragt sich, ob der Gesetzgeber hier nicht indirekt an die Möglichkeit einer oberen finanziellen Begrenzung des gesamten Pflegeaufwandes gedacht hat. Weiter fragt sich, ob unter diesem Begriff nur die personellen Leistungen zu verstehen

sind (wie dies die Militärversicherung tut), oder ob nicht doch auch das Pflegematerial (wie Windeln, Hautschutzmittel, Trinkbecher ...) darunter zu subsumieren sind, wie wir Ärzte dies verstehen. Als konkreten Lösungsansatz bietet sich unseres Erachtens ein Vergleich zwischen ein Personalaufwand in einem Pflegeheim und demjenigen in der _____ in _____ (Wohnsitz des Patienten) an. Der Stellenetat einer Institution im Bereich Gesundheit wird in der Regel pro Bett berechnet; für ein Pflegeheim beläuft er sich auf 0,3 Stellen pro Bett. Darin sind nicht nur diplomiertes Pflegepersonal, sondern auch Hilfskräfte (welche in der Pflege miteingesetzt werden können) inbegriffen. Mit diesem vorgegebenen Personalbestand sind alle pflegerischen Massnahmen, welche tagsüber und nachts anfallen, gewährleistet. Zieht man in Betracht, dass es sich bei Herrn RI 1 um einen schweren Pflegefall handelt, so kann dieser Personalbedarf wohlwollenderweise auf 0,4 Stellen erhöht werden. Diese Zahl steht aber in groteskem Widerspruch zu den in Dokument A 731 genannten "5,1 unità a tempo pieno". Für die Angehörigen dürfte sich dann die Frage stellen, ob sie den Patienten weiter bei sich zu Hause pflegen wollen (unter Inkaufnahme eines massiv reduzierten Personalbestandes), oder ob sie den Patienten nicht doch in ein Pflegeheim einweisen sollten. Es ist uns bewusst, dass gemäss Rechtsvertreter die Gattin einer Verlegung in ein Heim nie zustimmen würde. In diesem Fall spricht unseres Erachtens nichts dagegen, nach konkreten Abklärungen (wie sie im Übrigen auch bereits mehrmals durchgeführt worden sind; A 365, A 361, A 731) die Pflegezulagen in der Höhe der Preise in einem Pflegeheim zu gewähren. Diese Lösung scheint uns auch gegenüber den anderen versicherten Patienten gerecht; darüber hinaus lässt sie der Gattin die Freiheit, selber über die Art und den Umfang des Pflegebedarfs für ihren Gatten zu entscheiden. (...)" (doc. 836 - inc. 4, p. 11-12). Il Medico-capo ha ancora ribadito la propria posizione dopo avere visitato a domicilio _____ RI 1 il 24 marzo 2000 (cfr. doc. 852 - inc. 4), rispettivamente, dopo avere criticamente commentato il contenuto di alcune certificazioni mediche (cfr. doc. 1022-1025 - inc. 5), prodotte dall'assicurato in sede di opposizione (cfr. doc. 1038 - inc. 5). In particolare, la dott.ssa _____ ha sottolineato la circostanza che l'insorgente non va considerato un paziente in riabilitazione siccome un sensibile miglioramento della sintomatologia neurologica non è più possibile, ciò che comporta un fabbisogno limitato di provvedimenti medici (cfr. doc. 1038, p. 2 e 3 - inc. 5: "Ferner muss darauf hingewiesen werden, dass auch Herr _____ von einer falschen Voraussetzung ausgeht: Herr RI 1 ist ein Pflege- und kein Rehabilitationfall. In einer reinen Pflegesituation können nie diejenigen Massstäbe angewandt werden, wie sie für die akute Rehabilitationsmedizin Geltung haben" - la sottolineatura è del redattore). Nel corso del mese di giugno 2000, l'UFAM ha esperito un'inchiesta presso alcune case per anziani del Cantone (cfr. doc. 898, 922 e 936 - inc. 5: Casa per anziani _____ di _____; Casa per anziani _____ di _____, Casa per anziani _____ di _____, Case per anziani _____, _____ e _____ di _____, Casa per anziani _____ di _____o, Casa per anziani _____, Casa per anziani _____ di _____, nonché Casa per anziani _____ di _____), le quali sono state interrogate circa la loro capacità e disponibilità ad accogliere l'insorgente nonché riguardo ai relativi costi di soggiorno. Dalla documentazioni così raccolta si evince che alcuni degli istituti interpellati si sono dichiarati in grado di garantire all'assicurato un'adeguata assistenza (Casa per anziani _____ di _____, cfr. doc. 894 - inc. 5; Casa per anziani _____ di _____, cfr. doc. 896 - inc. 5; Casa per anziani _____ di _____, cfr. doc. 908 - inc. 5). Altri hanno fornito delle risposte incomplete (Casa per anziani _____ di _____, cfr. doc. 898 - inc. 5; Casa per

anziani _____ di _____, cfr. doc. 900 - inc. 5; Case per anziani _____, _____ e _____ di _____ no, cfr. doc. 904 - inc. 5; Casa per anziani _____ di _____ sa, cfr. doc. 911 - inc. 5). Infine, la Casa per anziani _____ di _____ ha negato di essere in grado di prendere a carico un paziente gravemente dipendente da terzi qual è _____ l RI 1 (cfr. doc. 906 - inc. 5). Per quanto concerne i costi, la retta massima mensile, riferita all'anno 2000, si situa fra i fr. 6'752.50 della Casa per anziani _____ di _____ ed i fr. 7'482.50 della Casa per anziani _____ di _____ (cfr. doc. 922 - inc. 5). Con la decisione formale del 20 settembre 2000, rifiutato il riconoscimento di una nuova autorizzazione giusta l'art. 20 LAM, l'UFAM ha limitato il proprio intervento ai costi relativi al ricovero in una casa medicalizzata per anziani della regione (cfr. doc. 983, p. 7 - inc. 5: "Dagli accertamenti intrapresi dall'Assicurazione militare è emerso che nel Cantone Ticino esistono parecchie case per persone anziane medicalizzate ove un paziente altamente bisognoso di cure, come appunto il Signor RI 1, potrebbe venir curato in modo adeguato, ottimale ed economico. A decorrere dal 1° gennaio 2001 l'Assicurazione militare assumerà i relativi costi di cura nell'ambito dei suoi obblighi legali"). Da parte sua, soprattutto nel quadro della procedura giudiziaria, _____ RI 1 ha prodotto dell'abbondante documentazione, medica e non, volta a dimostrare, da una parte, che le cure prestategli a domicilio devono essere ritenute appropriate e, d'altra parte, che un suo eventuale trasferimento presso una casa medicalizzata per anziani comporterebbe rapidamente un aggravamento delle condizioni di salute. In particolare, giova menzionare la perizia dell'8 dicembre 2000 ed il relativo complemento del 21 dicembre 2000 dell'infermiera _____, attiva presso la Clinica di riabilitazione di _____, entrambi visti dal dott. _____, spec. FMH in neurologia, Primario di neuroriabilitazione presso il medesimo nosocomio: " (...). Herr RI 1 wurde vor 2 Jahren in der Rehaklinik _____ behandelt. Sein Zustand scheint stabil, mit "auf und ab's" wie es diesem Krankheitsbild entsprechen kann. Die fachgerechte, engagierte, adäquate Pflege/Betreuung, die Herr RI 1 erhält, hat mich beeindruckt und ist sicher für die stabile Situation verantwortlich. Der auf Herr RI 1 angepasste Tages- bzw. Nachtrhythmus kann meines Erachtens kaum ohne Qualitätsverlust vereinfacht werden. Ich bezweifle, dass effektiv Personal reduziert werden kann. Die häusliche Situation bringt ihm in seiner Situation sicher die grösstmögliche Lebensqualität. (...). Was müssen die betreuenden Personen an Hintergrund- und Fachwissen haben (Theorie und Praxis)? Wieviel Pflege braucht der Patient (quantitativ)? Welche Pflegebehandlungen/Pflegeabläufe brauchen wieviele Betreuungspersonen? Die komplexen Krankheitsbilder setzen ein fundiertes Fachwissen (Pflege, Physiotherapie) voraus. Für die notwendigen pflegerischen und physiotherapeutischen Handlungen (Waschen, Lagerungen (nachts ebenfalls 2-3 mal), Trasfer etc.), werden 2 Personen benötigt, davon braucht es sicher jeweils 1 Fachperson (Pflege und Physiotherapie), die umfassende Kenntnisse in der Behandlung von zentralmotorischen Störungen hat, z.B. vom Bobath-Konzept. Die Angestellten sind meines Erachtens qualifiziert für die Betreuung von Herr RI 1 " (doc. O - inc. 41.2001.1) " (...) Bei einer Verlegung in ein Pflegeheim müsste mit einer deutlichen Verschlechterung gerechnet werden. Herr RI 1 ist, wie im pflegerischen Gutachten beschrieben, auf eine ihm angepasste Pflege angewiesen. Aus meiner Erfahrung mit der personellen Situation in Pflegeheimen (qualitativ wie quantitativ) wäre eine sach- und fachgerechte Betreuung nicht gegeben. Herr RI 1 braucht in therapeutischer Pflege geschultes Personal. Bei unsachgemäßem Handling besteht aufgrund seiner Osteoporose, seiner subluxierten Schulter sowie seiner gebrochenen Rückenwirbel Verletzungsgefahr.

Personal, das wenig Erfahrung mit so schwerst pflegebedürftigen Patienten hat, wird entsprechend schnell an seine fachlichen Grenzen stossen. Aus meiner Erfahrung werden solche Patienten dann häufig maximal 1x täglich mobilisiert, da der Transfer in den Rollstuhl äusserst schwierig ist und entsprechendes Fachwissen voraussetzt um keinen Rückenschaden des Personals zu riskieren. Ausserdem wird der Tonus (Spastizität) durch falsche Lagerungen negativ beeinflusst. Durch die bestehenden Schluckstörungen wäre die Gefahr einer Aspirationspneumonie sehr gross, wenn Herr RI 1 Mahlzeiten im Bett eingegeben bekäme (schlechte Sitzposition). Der effektive Pflegeaufwand pro 24 Stunden beträgt ca. 11 Stunden. Wie im Gutachten beschrieben kann aber Herr RI 1 nicht alleine gelassen werden" (doc. N - inc. 41.2001.1). Fra gli atti di causa figura inoltre un rapporto, datato 9 febbraio 1998, del dott. _____ (cfr. doc. P - inc. 41.2001.1), dal quale si evince che il fabbisogno giornaliero minimo di cure all'assicurato è di 3 ore e mezzo da parte di due persone contemporaneamente (di cui una qualificata) e di 4 ore e tre quarti da parte di una persona sola (qualificata). A conclusioni analoghe è pure pervenuto il dott. _____, spec. FMH in neurologia, autore della perizia di parte del 17 dicembre 2001 e del complemento datato 2 maggio 2002: " (...) VALUTAZIONE : difficile da valutare il quadro neuropsicologico, sicuramente molto perturbato, si tratta di una persona completamente dipendente da terzi per tutte le attività ordinarie della giornata, attualmente in una situazione di cura adeguata a domicilio, curato assiduamente dalla moglie con l'aiuto di due infermieri con formazione di fisioterapia Bobath, usufruisce di tutti i conforti ed apparecchiature necessarie per mantenerlo nella situazione attuale. Impensabile un miglioramento futuro, probabile al contrario un peggioramento delle condizioni fisiche con l'avanzare degli anni e la presenza di un diabete mellito. (...). 2) I provvedimenti di cura prestati attualmente al signor RI 1 a domicilio sono sicuramente appropriati e sufficienti per mantenere la situazione stazionaria. 3) Sia le terapie medicamentose che il materiale a disposizione del paziente per le cure fisioterapiche, nonché il personale costantemente presente, soprattutto la presenza della moglie, molto preparata sul problema, rendono le cure appropriate e sufficienti al momento attuale. 4) Per mia esperienza in tutto il Ticino non esistono Case per Anziani medicalizzate che possano offrire al paziente delle cure nemmeno lontanamente confrontabili a quelle fatte costantemente al paziente durante tutto il corso della giornata e della notte. Nella maggior parte delle case per anziani medicalizzate casi analoghi non vengono ammessi. Per fornire le stesse prestazioni che il peritando riceve a domicilio bisognerebbe rivolgersi ad una clinica di riabilitazione specializzata con la presenza costante di due persone per le cure al paziente. (...). 8) Le Case per Anziani medicalizzate ticinesi non dispongono sicuramente di personale formato nel metodo Bobath da prestare giorno e notte le cure necessarie al Peritando. 9) Sicuramente alcune Case per Anziani medicalizzate dispongono del materiale adeguato che sicuramente non verrebbe tuttavia utilizzato in modo costante e regolare per mancanza di tempo del personale soprattutto, dovendosi occupare di altri pazienti. COME CONCLUSIONI: Ritengo che la situazione attuale del signor RI 1, affetto da gravi lesioni cerebrali con tetraplegia, importanti deficit neuropsicologici, sia sicuramente soddisfacente con le cure a domicilio, che gli permettono di mantenere le sue condizioni attuali. La possibilità di un peggioramento futuro è sicuramente presente in presenza di malattie concomitanti. Posso garantire con esperienza di causa che il trasferimento in una Casa per Anziani comporterebbe rapidamente un progressivo degrado delle condizioni fisiche, nello spazio di pochi mesi nonché un aumento del rischio di gravi ferite, causate da personale sanitario eventualmente non sufficientemente formato. Ricordo l'influsso di fattori psicologici in

questi casi che vengono spesso dimenticati, dove il brusco cambiamento ambientale e la mancanza delle abitudini e degli affetti domestici comportano anche un deperimento psichico in persone anche meno colpite del Peritando" (doc. B 2 - inc. 41.2001.1) " (...). Ad 10): prima dell'allestimento della perizia avevo letto le considerazioni della Dottoressa _____, capo del Servizio Medico dell'UFAM che aveva esaminato il peritando il 24.3.2000 a domicilio. Mi esprimo solamente per i problemi concernenti il problema neurologico: considerando le condizioni del paziente, la presenza di almeno tre persone, tra cui la moglie, sono indispensabili per le cure a domicilio. In assenza di infezioni urinarie recidivanti, considerando l'assenza di decubiti, penso che l'uso di un catetere con condoma può senz'altro essere una soluzione alternativa ad un cateterismo soprapubico. E' sicuramente controindicato un cateterismo intrauretrale. I pannoloni sono usati per ulteriore sicurezza, soprattutto per un'incontinenza fecale. Si possono cercare dei modelli più a buon mercato eventualmente ma la qualità può giocare sicuramente un ruolo sulla prevenzione dei decubiti. Se finora il paziente non ha presentato decubiti è sicuramente grazie alle cure preventive prestate, ricordo che le cure dei decubiti sono sicuramente molto più care che i vari prodotti utilizzati per prevenirle. La costante mobilitazione del paziente, grazie anche a tecniche fisioterapeutiche, gli permettono di mantenere lo status quo. Riducendone la frequenza porterebbe rapidamente un degrado della situazione. Tra le cause più frequenti di morte nei lungodegenti ci sono le embolie polmonari: la prevenzione antitrombotica mi sembrerebbe dunque giustificata anche a lungo termine. Ricordo inoltre che frequentemente i pazienti affetti da malattie neurologiche, causa lo stress, possono presentare problemi gastroduodenali con formazione di ulcere, che qui una prevenzione delle stesse mi sembra giustificata. Ad 11) Riducendo tutte le misure per ora in atto, come obbligando il peritando ad entrare in una casa per anziani medicalizzata, si riducono sicuramente le sue probabilità di sopravvivenza, mettendolo anche in condizioni nel secondo caso di non poter più godere degli affetti familiari." (XLVIII/1 - inc. 41.2001.1). 2.5.5. Allo scopo di chiarire la fattispecie da un punto di vista medico, questa Corte - dando così seguito ad una richiesta di parte ricorrente, alla quale l'UFAM non si è opposto - ha ordinato una perizia giudiziaria a cura del dott. _____, spec. FMH in neurologia, Primario della Clinica di riabilitazione _____ di _____, già Direttore medico della Clinica _____ per l'epilessia e la neuroriabilitazione di _____ (cfr. LIII - inc. 41.2001.1). L'esperto designato dal TCA ha consegnato il proprio referto, composto di 122 pagine più allegati, in data 20 ottobre 2003. Dallo stesso emerge che il dott. _____, accompagnato dalla vice responsabile delle cure della Clinica _____, _____, ha visitato personalmente l'assicurato in due occasioni, il 26 marzo ed il 3 luglio 2003. Egli ha inoltre esperito dei sopralluoghi presso 4 case medicalizzate per anziani del Cantone (residenza medicalizzata _____ di _____, casa per anziani del _____, _____ e _____ di _____, casa per anziani _____ di _____ e casa per anziani _____ " di _____). Il perito giudiziario ha ricostruito, in maniera minuziosa, l'anamnesi dell'assicurato (cfr. LXXI, p. 2-38) e ne ha descritto, altrettanto dettagliatamente, lo status neurologico (cfr. LXXI, p. 38-41). Successivamente, egli ha analizzato l'attuale organizzazione delle cure fornite all'insorgente, valutando l'adeguatezza di ogni singolo atto (posizione seduta in carrozzina, i transfers dalla carrozzina al letto, i posizionamenti laterali, destra e sinistra, a letto, l'incontinenza urinaria e fecale, nutrizione e somministrazione di liquidi, cfr. LXXI, p. 42-53). Il tutto, con specificazione della durata di ogni operazione e delle persone necessarie per compierla, è stato riassunto nella tabella esposta alle pagine 54 e 55 del rapporto peritale. Infine, il dott. _____ ha elencato, nell'ordine, il materiale di

cura, i mezzi ausiliari ed i medicinali utilizzati nel trattamento a domicilio del ricorrente (cfr. LXXI, p. 56-58). Con riferimento alle censure mosse dalla dott.ssa _____ nei riguardi delle cure prestate all'assicurato presso il proprio domicilio (cfr. doc. 836 - inc. 4), il perito giudiziario ne ha contestato la fondatezza. Al proposito, egli ha sottolineato che, citiamo: "non penso che le cure oggi ricevute dal signor RI 1 corrispondono ad una variante massima, ma ad una variante corretta, anche se vi si possono apportare delle semplificazioni" (LXXI, p. 73 - la sottolineatura è del redattore), precisato che, citiamo: "il bisogno di cure che noi abbiamo ritenuto necessario è quello adatto a mantenere lo status quo ed a evitare le complicazioni tipiche che possono insorgere con maggiore possibilità nel caso in questione (LXXI, p. 72 - la sottolineatura è del redattore). Il perito giudiziario si è al riguardo così espresso: " (...). L'analisi della situazione da parte del Primario Signora Dr. _____ dell'Assicurazione Militare del 28.01.2000 deve essere discussa più dettagliatamente. L'analisi della Dottoressa contrasta con quella fatta da noi in diversi punti (vedi analisi dettagliata). Non penso che le cure oggi ricevute dal Signor RI 1 corrispondano ad una variante massima, ma ad una variante corretta, anche se vi si possono apportare delle semplificazioni. ("Zusammengefasst ist die Art der Pflege und deren Umfang in einigen Punkten klar nicht vertretbar und medizinisch auch nicht indiziert und somit nicht zweckmässig; in anderen Punkten ist sie zwar indiziert, stellt aber eine maximale Variante dar und ist somit wirtschaftlich nicht vertretbar." - pag. 12). Non c'è dubbio che le decisioni riguardanti alcuni aspetti delle cure, per esempio riguardanti la pelle, il pericolo di decubito, la dieta, la pressione arteriosa, hanno motivazioni multifattoriali riguardanti, tra l'altro, anche il diabete mellito e l'ipertonia arteriosa ("Es ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass Massnahmen, welche die Kontrolle oder die Therapie des Diabetes mellitus oder der arteriellen Hypertonie betreffen, nicht von der Militärversicherung zu übernehmen sind." - pag. 7). È estremamente difficile proporre una suddivisione delle diverse patologie. A nostro avviso il paziente gode di un tempo di riposo (supino e seduto) corretto. Ha sicuramente abbastanza tempo per il riposo. Non ci sembra giusta l'osservazione fatta dalla Dr.ssa _____, che il paziente non ha tempo abbastanza per riposarsi ("Herr RI 1 hat ja kaum Zeit zur Ruhe zu kommen"). Le docce non sono giornaliere, il numero dei transfers ci sembra sostanzialmente adatto alla situazione del paziente. La cura dell'incontinenza è corretta. La scelta di mettere un catetere soprapubico non è facile. Questo intervento, anche se routinario e relativamente semplice, non è privo di complicazioni nei pazienti obesi e con una muscolatura spastica (paresi, ma tono elevato della muscolatura). Per questo non ho mai posto questa indicazione per questione di risparmio, ma in certi casi per ragioni mediche. Nel caso presente l'osservazione della procedura e della zona genitale del paziente, ha mostrato che la scelta finora fatta può essere seguita ulteriormente. È vero che questa procedura fa usare una quantità di materiale maggiore che non nel caso dell'uso di un catetere soprapubico. Sicuramente la cura ottimale (e necessaria) degli effetti dell'incontinenza urinaria sono un elemento fondamentale della prevenzione del decubito. In realtà il paziente riceve la sua colazione a letto. Il ritmo delle docce fatte attualmente è corretto (1 - 2 volte alla settimana). La pelle è in uno stato ottimo. È vero che vengono applicati diversi prodotti sulla pelle che strettamente non si possono definire come medicinali. La nostra analisi (vedi descrizione dettagliata che va in questo merito) non ha evidenziato uno spreco. Abbiamo osservato il lavoro del personale nei transfers del paziente e nei cambiamenti di posizione nel letto. Non abbiamo potuto osservare che azioni corrette. La Dr.ssa _____ scrive il 04.04.2000 che ha osservato che il fisioterapista ha causato al paziente ripetutamente delle sublussazioni dell'anulare sinistro "Ich habe wiederholt

Luxationen des Ringfingers links gesehen, als der Physiotherapeut / Pfleger versucht hat, die Finger zu strecken; die drohende Luxation ist vorbestehend". Non abbiamo potuto osservare problemi del genere. (...)" (LXXI, p. 73-75) Benché giudicata certamente corretta ed adeguata dal profilo della qualità, a detta del perito giudiziario, l'organizzazione delle cure (con riferimento alla misurazione dei parametri vitali, alla misurazione del peso corporeo ed al bilancio dei liquidi, allo standing, ai transfers, nonché ai posizionamenti notturni) potrebbe venir semplificata da un punto di vista quantitativo, ciò che consentirebbe di ridurre fra i 30 e i 60 minuti il tempo impiegato da due persone sull'arco delle 24 ore, rispettivamente, di 45 minuti quello impiegato da una persona sola sull'arco delle 24 ore: " (...). L'organizzazione delle cure osservata é corretta e adeguata alla situazione del paziente. Si possono però introdurre delle semplificazioni, senza compromettere la buona qualità delle cure: - la misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, polso) si può ridurre ad una misurazione giornaliera - si può ridurre la misurazione del peso corporeo a due volte alla settimana; in effetti viene fatto anche il bilancio dei liquidi, che può essere ridotto a due volte alla settimana - lo standing si può ridurre a due volte alla settimana - i transfers si possono ridurre di una o due unità in una giornata - i posizionamenti notturni si possono ridurre di un'unità. Il tempo impiegato da due persone (una qualificata e una non qualificata) contemporaneamente sull'arco delle 24 ore é ora a casa del Signor RI 1 di 5 ore. Esso corrisponde sostanzialmente alle necessità. - Si può però ridurre giornalmente di mezz'ora o un'ora al giorno rinunciando a due o quattro posizionamenti a letto e / o aumentando la velocità di esecuzione - Il posizionamento verticale del paziente può essere fatto anche solo due volte alla settimana Il tempo impiegato da una persona (qualificata) sull'arco delle 24 ore ora a casa del Signor RI 1 é di 3 ore e 45 minuti. Esso corrisponde alle necessità. - Si può però ridurre di 45 minuti aumentando la velocità di esecuzione. Non é necessaria la presenza costante di due persone (Perizia del Dr. _____ i del 17.12.2001, punto 4, pag. 4). Quest'affermazione si basa sull'analisi delle necessità giornaliere del paziente presentata sopra in modo dettagliato. L'analisi del Dr. _____ del 09.02.1998 concernente il bisogno di cure giornaliere (tempo proposto per due persone, una qualificata e una non qualificata, di 3 ore e mezzo e di una persona sola qualificata di 4 ore e mezzo) è paragonabile a quello che oggi viene offerto al paziente e che noi riteniamo in sostanza corretto. La situazione clinica del paziente é peggiorata in confronto alla situazione riscontrata dal Dr. _____ r in occasione della visita a _____ on dell'ottobre 1997, sulla quale é da ritenere si basi la sua analisi del febbraio 1998. Il peggioramento si basa prevalentemente sull'accentuazione della paresi del braccio destro e su un aumento dei deficit posturali del tronco. Il numero di infermieri coinvolti é adeguato al piano di lavoro e come già detto anche agli scopi da raggiungere. Non si può parlare di "numerosi infermieri" (Ufficio Federale dell'Assicurazione Militare, 20.06.2003, pag. 2). Abbiamo analizzato in modo dettagliato il bisogno di cure del paziente. Bastano due persone contemporaneamente (naturalmente adeguate al loro compito) per raggiungere gli scopi prefissati (tre persone non sono necessarie contemporaneamente come si potrebbe pensare leggendo il rapporto del Dr. _____ del 02.05.2002, punto 10, pag. 2), per esempio nell'esecuzione dei transfers. (...)" (LXXI, p. 75-76) A quest'ultimo proposito, si veda pure la risposta che il perito ha fornito ai quesiti n. 4 di parte convenuta (LXXI, p. 92s.) e n. 8 di parte ricorrente (LXXI, p. 105-115). Dallo schema presentato alle pagine 103 e 104 emerge che il dott. _____ ha suggerito - per quanto concerne il giorno - di somministrare la colazione a letto, evitando così il transfer verso la carrozzina delle 8.15 (risparmio di 30 minuti) nonché quello inverso

delle 9.40 (risparmio di 15 minuti) e - per quanto riguarda la notte - di rinunciare in totale ad un cambiamento di posizione (risparmio di 15 minuti). Per quanto attiene alla terapia medicamentosa alla quale è sottoposto il ricorrente, anch'essa oggetto di critiche da parte del medico di fiducia dell'UFAM, il dott. _____ ha affermato non esservi un'indicazione medica per una terapia con i farmaci "Sandoparin" e "Antra". D'altra parte, la cura dell'ipertensione arteriosa (mediante il farmaco "Zestril") è necessaria ma non deve andare a carico dell'assicurazione militare, in quanto si tratta di una patologia a sé stante, di natura non neurologica (circa i motivi che stanno alla base di questa tesi, cfr. LXXI, p. 68ss.): " (...). Terapia farmacologica Al momento il paziente riceve i medicinali seguenti:

1. Timonil ret. 200 mg $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ È un antiepilettico. È senza dubbio indicato, in quanto la sindrome epilettica del paziente é del tipo tendente a recidive. È consigliabile, data la situazione globale del paziente non arrischiare che possano riapparire recidive, per esempio diminuendo la dose totale del medicamento. Phenobarbital 50 mg $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - 1 È un antiepilettico per il quale vale i ragionamenti fatti qui sopra, anche se con certi adattamenti specifici. Il medicamento ha anche un effetto "calmante" e rilassante per la muscolatura spastica. Sarebbe da discutere se l'effetto ipnotico non debba essere considerato come un fattore che possa peggiorare la sindrome da apnee notturne.

E. 1.3

Nach der in BGE 126 V 334 ff. ausführlich dargelegten Rechtsprechung bedeutet die Anwendbarkeit des im gesamten Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung geltenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthalts andererseits erfolgen. Wenn aber – bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen – zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthalts in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt. Bei dem im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmenden Kostenvergleich ist zu berücksichtigen, dass die Spitex-Kosten nicht mit den Gesamtkosten eines Pflegeheimaufenthalts zu vergleichen sind, sondern mit den Kosten, welche der Krankenversicherer effektiv zu übernehmen verpflichtet ist (BGE 126 V 338 ff. Erw. 2a, b und c3 mit zahlreichen Hinweisen). 2. Streitig und zu prüfen ist die Verpflichtung der _____ zur weiteren vollen Kostenvergütung der nach ärztlicher Anordnung erfolgten Spitex-Pflege über den 30. April 2000 hinaus.

E. 2

Sirdalud 6mg - 4mg - 4mg È necessario per diminuire il grado di spasticità della muscolatura. Questi medicinali furono accettati come indicati anche dalla Dr.ssa _____ („Die beiden Medikamente Sirdalud und Lioresal dienen der Behandlung der Spastizität; sie stehen somit mit dem versichertem cerebralen Leiden in engem Zusammenhang; sie sind medizinisch klar indiziert. Das gleiche gilt für die antiepileptische Therapie mit Phenobarbital." - pag. 8).

E. 2.1

Die Frage nach der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch mit zu berücksichtigen (RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 Erw. 3b). Die Versicherte leidet an Multipler Sklerose und ist seit Jahren auf Pflege und Betreuung angewiesen. Nach den Angaben des behandelnden Arztes Dr. med. S., Spezialist für Innere Medizin, kann die erforderliche Pflege sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden (ein Pflegeheimaufenthalt ist insbesondere deshalb nicht erforderlich, weil die Versicherte nachts keiner Betreuung oder Überwachung bedarf). Aus medizinischer Sicht wird eine Spitex-Pflege als günstiger erachtet, weil die Beschwerdegegnerin an leichten manisch-depressiven Verstimmungen leidet und es zu psychischen Reaktionen und sogar zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen könnte, wenn sie in ein Pflegeheim übertreten müsste. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Versicherte geistig rege ist, am Wohnort soziale Kontakte pflegt und sich mit dem Elektrofahrrad auch ausser Haus selbstständig fortbewegen kann. Auf Grund dieser ärztlichen Feststellungen, von welchen abzugehen kein Anlass besteht, kann weder der Auffassung der Beschwerde führenden _____ gefolgt werden, wonach eine Heimpflege als wirksamer und zweckmässiger zu betrachten ist, noch der Meinung der Beschwerdegegnerin, wonach eine Heimpflege als unwirksam und unzweckmässig zu gelten hat. Vielmehr ist der Vorinstanz darin beizupflichten, dass die Spitex-Pflege als (leicht) wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren ist als eine Heimpflege.

E. 2.2

Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird beantragt, es sei für Fälle gleicher Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen eine Wirtschaftlichkeitsgrenze in dem Sinne festzusetzen, dass die Pflegeheimtaxen zur Anwendung zu bringen seien, wenn die Kosten für die Krankenpflege zu Hause gemäss Kassentarif um 50% oder den Faktor 1,5 höher lägen als die kassenpflichtigen Pflegeheimtaxen (vgl. auch Eugster, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 58). Im Urteil S. vom 25. Mai 2001, K 161/00, ist das Eidgenössische Versicherungsgericht dem Antrag des dortigen Krankenversicherers nicht gefolgt, wonach generell bei einer Kostendifferenz von mindestens 20% ein grobes Missverhältnis zwischen Spitex- und Heimpflege anzunehmen sei. Ob eine derartige Grenze allenfalls bei Mehrkosten von mindestens 50% zu ziehen ist, kann im vorliegenden Fall offen bleiben. Eine generelle Wirtschaftlichkeitsgrenze fällt von vornherein nur in Betracht, wenn Spitex-Pflege und Heimpflege gleichwertig sind. Ist die Spitex-Pflege, wie hier, als wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren, lässt sich eine solche Grenze nicht aufstellen, und es ist im Einzelfall nach Massgabe der gesamten Umstände und unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung zu prüfen, ob die Massnahme noch als wirtschaftlich gelten kann. Aus der Rechtsprechung ergibt sich hiezu Folgendes: RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 64: Chorea Huntington-Krankheit; verheiratet, hohe Pflegebedürftigkeit und zeitweise ständige Überwachungsbedürftigkeit; Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege; Anspruch verneint bei fünfmal höheren Kosten. BGE 126 V 334: Myatonia congenita mit Tetraparese; teilerwerbstätige Versicherte; Heimpflege nicht oder jedenfalls weniger wirksam und zweckmässig (bzw. Spitex erheblich wirksamer und zweckmässiger); Anspruch bejaht bei 3,5-mal höheren Kosten (Grenzfall). RKUV 2001 Nr. KV 142 S.15:

schwere Poliomyelitis; verheiratet, sozial und politisch aktiv; Heimpflege nicht oder jedenfalls weniger wirksam und zweckmässig (bzw. Spitex erheblich wirksamer und zweckmässiger); Anspruch bejaht bei rund doppelt so hohen Kosten. RKUV 2001 Nr. KV 143 S.19: schwere zerebrale Parese; stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; Spitex- und Heimpflege gleichwertig; Anspruch verneint bei drei- bis viermal höheren Kosten. RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 23: Tetraplegie; Teilnahme am gesellschaftlichen und sozialen Leben, in Ausbildung; Heimpflege nicht oder jedenfalls weniger wirksam und zweckmässig (bzw. Spitex erheblich wirksamer und zweckmässiger); Anspruch bejaht bei viermal höheren Kosten (unter Berücksichtigung dessen, dass der Versicherte wegen Abhängigkeit von einem Respirator kaum zum allgemeinen Tarif in ein Heim aufgenommen würde). RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 179: rechtsseitiges Hemisyndrom; verheiratet; Heimpflege leicht weniger wirksam und zweckmässig als Spitex-Pflege; Anspruch auf diese bejaht bei 1,9-mal höheren Kosten. RKUV 2001 Nr. KV 169 S. 261: Alzheimer-Krankheit, praktisch blind; verheiratet; Heim- und Spitex-Pflege gleichwertig; Anspruch auf Letztere bejaht bei Mehrkosten von 48%. Urteil S. vom 25. Mai 2001, K 161/00: Multiple Sklerose; lebt selbstständig in eigenem Haus; Spitex mindestens gleichwertig; Anspruch bejaht bei Mehrkosten von 35% bzw. 37%. Im vorliegenden Fall ist die Spitex-Pflege nach dem Gesagten als wirksamer und zweckmässiger (wenn auch nicht als erheblich wirksamer und zweckmässiger) zu qualifizieren als eine Heimpflege. Besondere persönliche Umstände (Familie, Erwerbstätigkeit, gesellschaftliche und soziale Aktivitäten), welche bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mit zu berücksichtigen wären, sind nicht ausgewiesen. Immerhin gelingt es der schwer behinderten Beschwerdegegnerin dank des Spitex-Einsatzes, noch teilweise ein selbstbestimmtes Leben zu führen, was nicht nur für die Lebensqualität, sondern nach ärztlicher Auffassung auch für den Gesundheitszustand von wesentlicher Bedeutung ist. Bei einem Pflegeheimaufenthalt hätte die _____ unbestrittenermassen monatliche Leistungen von Fr. 1500.– (30 x Fr. 50.–) zu erbringen. Demgegenüber belaufen sich die Kosten der Spitex-Pflege auf monatlich rund Fr. 4300.–, was einem Faktor von 2,87 entspricht. (...) Dennoch besteht in Würdigung der gesamten Umstände kein Anlass, von der vorinstanzlichen Feststellung abzugehen, wonach die Kosten der Spitex-Leistungen nicht in einem groben Missverhältnis zu den Kosten stehen, welche die Beschwerdeführerin im Falle eines Heimaufenthaltes der Versicherten zu übernehmen hätte. Wie – unter teilweise allerdings andern Verhältnissen – im BGE 126 V 334 handelt es sich jedoch um einen Grenzfall" (RAMI succitata). A mente del TCA questi concetti devono trovare applicazione anche in materia di assicurazione militare, ciò che del resto le due parti riconoscono (cfr. CXV, p. 20 e CXVIII, p 37). In effetti, quello dell'economicità della cura è un principio generale relativo alle prestazioni previste dal diritto delle assicurazioni sociali (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 6 ad art. 25) e, pertanto, esso ha lo stesso significato sia nell'assicurazione contro le malattie che nell'assicurazione militare. Merita inoltre di essere segnalato che, nella sentenza di cui alla DTF 126 V 334ss., l'Alta Corte ha stabilito che al momento di operare il confronto tra le due possibilità (cura a domicilio o ricovero in una casa per anziani medicalizzata) occorre tenere conto anche dei diritti fondamentali dell'assicurato, in particolare la libertà personale (art. 10 Cost.) e la tutela della sfera privata (art. 13 Cost.). Nella concreta evenienza, l'esperto designato dal TCA ha valutato che i costi di una degenza presso la residenza medicalizzata _____ di _____ si situano, mensilmente, fra i fr. 10'650.-- circa ed i fr. 13'050.-- circa: " Costi La retta giornaliera di base (tutto compreso - fisioterapia compresa -, esclusi: i medicinali, il laboratorio in caso

di controlli di valori emato-chimici, parte del materiale di cura) va da Fr. 220.-- a 300.--. Vi si aggiungono per la categoria 4 di grado di assistenza Fr. 80.-- al giorno. Il materiale supplementare di cura si può valutare a circa Fr. 50.-- al giorno. I costi dei medicinali al giorno si possono valutare a circa Fr. 5.--. In totale i costi giornalieri sarebbero di circa Fr. 335.-- [recte: fr. 355.-- n.d.r.] fino a Fr. 435.-- a seconda della camera scelta. I costi mensili si possono valutare da circa Fr. 10'650.-- a circa Fr. 13'050.--. (...) " (LXXI, p. 87). In fatto che il dott. _____, rispondendo ai quesiti peritali n. 7 di parte convenuta e n. 12 di parte ricorrente, abbia indicato dei costi giornalieri superiori rispetto a quelli poc'anzi citati (cfr. LXXI, p. 95: "... i costi giornalieri sarebbero di circa Fr. 400.-- fino a Fr. 480.--, ..."), è palesemente il frutto di un errore generato dal fatto che il costo giornaliero dei medicinali è stato quantificato in circa fr. 50.--, anziché in circa fr. 5.-- (cfr., del resto, LXXI, p. 84: "Premessa: costi (arrotondati) giornalieri dei medicinali che il paziente riceve oggi. (...). In totale: circa Fr.

E. 2.6

Sedia di cura su ruote e apparecchio " Giger MD " 2.6.1. Giusta l'art. 21 cpv. 1 LAM, l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari per: a. migliorare il proprio stato di salute; b. esercitare un'attività lucrativa o svolgere la propria attività abituale; c. gli studi e la formazione professionale; d. l'assuefazione funzionale; e. spostarsi; f. sviluppare la propria autonomia; g. mantenere il contatto con l'ambiente. Il capoverso 2 della medesima disposizione prevede che i mezzi ausiliari, di modello semplice e adeguato, sono forniti in proprietà o in prestito oppure finanziati con contributi d'ammortamento. L'assicurato deve sopportare qualsiasi spesa supplementare. Se un mezzo ausiliare sostituisce oggetti che devono essere acquistati indipendentemente dall'affezione, l'assicurato può essere tenuto a partecipare alle spese. Se l'assicurato, a proprie spese, acquista un mezzo ausiliario al quale ha diritto, l'assicurazione militare gli versa un contributo (cpv. 3). 2.6.2. Il mezzo ausiliario deve essere necessario ed appropriato a migliorare lo stato di salute dell'assicurato (art. 21 cpv. 1 lett. a LAM) oppure a favorire l'integrazione, professionale (lett. b) e sociale (lett. e-g, parz. anche d), in una delle funzioni citate all'art. 21 cpv. 1 lett. b-g LAM. Il diritto al mezzo ausiliario è limitato ai soli scopi enumerati all'art. 21 cpv. 1 LAM. Ciò significa che per scopi diversi l'assicurazione militare non può essere chiamata a prestare (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 9 ad art. 21). Così come è il caso per la cura medica (cfr. consid. 2.6.1.), l'assicurato ha diritto alle misure appropriate e necessarie allo scopo del momento, ma non ai migliori provvedimenti secondo le circostanze (cfr. DTF 123 V 18ss. consid. 3, DTF 121 V 260 consid. 2c). L'assicurazione militare deve pertanto assumere i costi di mezzi ausiliari soltanto nella misura in cui essi sono adeguati a raggiungere lo scopo perseguito, ma pure sufficienti. Il risultato prospettato con il provvedimento in questione deve inoltre trovarsi in una ragionevole relazione con i costi (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 38 e 39 ad art. 21). Contrariamente all'AI, all'AVS ed alla LAINF, l'assicurazione militare ha scientemente rinunciato ad introdurre un elenco dei mezzi ausiliari, per far sì che si possa rapidamente approfittare delle novità che appaiono sul mercato. Nell'ambito dell'assicurazione militare sussiste dunque un esteso diritto ai mezzi ausiliari (cfr. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, p. 244). Nel caso in cui sia stato l'assicurato stesso ad acquistare il mezzo ausiliario, la prestazione dell'assicurazione militare può consistere unicamente in un rimborso dei costi sostenuti. Nonostante l'art. 21 cpv. 3 LAM parli di un "contributo", possono essere assunti anche i costi integrali se il mezzo ausiliario soddisfa i presupposti della semplicità e dell'adeguatezza. In generale, non vi è alcuna ragione per trattare peggio quegli assicurati che hanno loro stessi acquistato il mezzo ausiliario rispetto

a quelli ai quali è l'assicurazione militare ad avere fornito il medesimo mezzo. Essi hanno di principio diritto al rimborso di quei costi che sarebbero andati a carico dell'assicurazione militare qualora avesse essa stessa fornito il mezzo ausiliario (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 43 e 44 ad art. 21).

2.6.3. Nella presente fattispecie, l'UFAM ha rifiutato di assumere il costo della sedia di cura su ruote acquistata dalla moglie dell'assicurato, ritenendola un mezzo ausiliario inadeguato, tenuto conto delle condizioni di salute in cui versa quest'ultimo (cfr. doc. 1143, p. 6s. - inc. 6). Queste, infatti, le considerazioni sviluppate al proposito dalla dott.ssa _____, Medico-capo, in data 26 marzo 2001: "Pflegestuhl Der von der Ehefrau des Patienten bereits angeschaffte Pflegestuhl ist aus medizinischer Sicht nicht zweckmässig. Dieser Stuhl gelangt zwar in vielen Spitälern und Pflegeheimen zur Anwendung. Der harte Sitze dieses Stuhles, die in ihrer Stellung kaum anpassbare Rückenlehne, die fehlende seitliche Stützung eines Patienten sowie die schlechte Manövrierbarkeit bedingen, dass dieser Stuhl dort lediglich in ganz bestimmten klinischen Situationen (zum Beispiel für die Zeit des Bettens oder des Besuchempfangs) und zeitlich begrenzt eingesetzt werden kann. Die Beschaffenheit dieses Pflegestuhls eignet sich eindeutig nicht für Patienten mit einer Hemisymptomatik, wie sie Herr RI 1 aufweist. Es ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass Herr RI 1 wegen einer ausgeprägten Hypotonie des Rumpfes in ganz besonderem Masse auf eine optimale Sitzposition angewiesen ist. Diese Rumpfhypotonie verunmöglicht ihm ein freies Sitzen respektive ein Sitzen in einem Konfektionsstuhl. Wir erlauben uns auch in Erinnerung zu rufen, dass während der Hospitalisation in der _____ Rehaklinik _____ (vom 7. Januar 1998 bis zum 11. Februar 1998) eine so genannte orthopädisch-ergotherapeutische Rollstuhlklärung durchgeführt wurde (A 516). Es war in anderen Worten schon 1998 nicht möglich, den Patienten auf irgend einen "normalen" Stuhl zu setzen! Die Experten der Klinik _____ haben am Rollstuhl des Patienten eine Veränderung der Sitzposition vorgenommen mit dem Zweck, den Haltungstonus des Rumpfes von Herrn RI 1 zu verbessern; ferner" haben sie die Rückenlehne angepasst und auch Arretierungsmechanismen angebracht. In anderen Worten mussten bereits 1998 wegen der Rumpfhypotonie spezielle Vorkehrungen getroffen werden. Die Situation hat sich in der Zwischenzeit nicht gebessert; ein korrektes Sitzen in dem zur Diskussion stehenden Pflegestuhl ist, auch über eine nur begrenzte Zeit, unvorstellbar. Wie bei allen Patienten mit einer Hemi- oder Paraplegie besteht ein nicht unerhebliches Risiko, im Verlaufe der Zeit "durchzuliegen", das heisst einen Dekubitus zu entwickeln. Um die Gefahr eines Dekubitus zu reduzieren, werden von den Pflegenden in solchen Fällen zahlreiche präventive Massnahmen ergriffen; diese beinhalten unter anderem auch das Verwenden spezieller Lagerungs- und Sitzkissen respektive speziell angepasster Sitzpolsterung bei Stühlen. Die Sitzfläche des hier zur Diskussion stehenden Pflegestuhls ist hart und daher für Herr RI 1 wegen des bereits erwähnten Risikos eines Dekubitus nicht geeignet. Der Rechtsvertreter führte in seiner Einsprache weiter an, dass Herr RI 1 mit diesem Pflegestuhl "maggior tempo in giardino durante la bella stagione" verbringen könne. Dies trifft nicht zu. Dieser Stuhl eignet sich wegen seiner schlechten Manövrierbarkeit (kleine Räder) nicht als Patienten-Transportmittel; diese Aufgabe ist dem Rollstuhl vorbehalten. Mit dem speziell angepassten Rollstuhl kann Herr RI 1 in den Garten gerollt werden und dort, auf diesem Rollstuhl sitzend, auch einige Zeit verbringen. Aus den angeführten Gründen ist dieser Stuhl für Herr RI 1 nicht zweckmässig. Wir möchten noch darauf hinweisen, dass auch der leitender Arzt für Neurologie in _____, Herr Dr. _____, in seinem Gutachten vom 8 Dezember 2000 auf die (von uns bereits mehrfach erwähnte) Rumpfhypotonie

hingewiesen hat; ferner erachtete er die aktuell zur Verfügung stehenden Hilfsmittel als "nötig und sinnvoll" (Doc. O). Hinweise, dass weitere Hilfsmittel angeschafft werden müssten, fehlen." (doc. 1129 - inc. 5). Contrariamente a quanto sostenuto dal medico di fiducia dell'amministrazione, il dott. _____ ha, da parte sua, affermato che l'utilizzo della citata sedia di cura è indicato. Da un canto, il mezzo ausiliario in parola non presenta controindicazioni mediche di sorta, d'altro canto, esso costituisce una valida alternativa al letto ed alla carrozzina: " (...). Abbiamo studiato la sedia in questione: si può inclinare lo schienale indietro ed alzare l'appoggia-piedi, la sedia ha una superficie d'appoggio abbastanza morbida (la possibilità di poter inclinare lo schienale e l'appoggia-piedi offre l'opportunità di cambiare i punti di pressione sulle cute) ed è dotata di piccole rotelline che permettono di spostarla agevolmente. Non abbiamo constatato problemi nel muovere la carrozzina. Dal punto di vista del posizionamento del paziente non insorgono problemi ulteriori, in confronto con i problemi che si devono risolvere posizionando il paziente nella carrozzina. Penso sia giusto che il paziente abbia un'alternativa a disposizione che non sia solo il letto o la carrozzina " (LXXI, p. 77; cfr., pure, la risposta la quesito n. 9 di parte convenuta, p. 96). A mente di questa Corte, il mezzo ausiliario in discussione va quindi ritenuto appropriato a raggiungere lo scopo stabilito dall'art. 21 cpv. 1 lett. e LAM ("spostarsi"). Anche il costo, fr. 1'410.-- (cfr. doc. 859 - inc. 4), non appare sproporzionato se confrontato con i vantaggi che risultano dal suo utilizzo, primo fra tutti quello di potere accedere all'esterno dell'abitazione e, soprattutto, diversamente dalla carrozzina, di potere agevolmente cambiare posizione grazie allo schienale reclinabile nonché all'appoggia-piedi e gambe regolabile (ciò che consente all'assicurato di prolungare la propria permanenza in giardino). In conclusione, l'UFAM deve essere condannato a prendere a proprio carico il costo integrale della sedia di cura su rotelle. 2.6.4. Nel corso del mese di gennaio 2002, l'assicurato ha chiesto all'UFAM che gli venisse rimborsato il costo relativo all'acquisto dell'apparecchio terapeutico " Giger MD " (cfr. doc. 1251 - inc. 7). Facendo riferimento al contenuto di alcune prese di posizione specifiche della dott.ssa _____ (cfr. doc. 1237 - inc. 6, doc. 1260, p. 3 - inc. 7, doc. 1287 - inc.

E. 2.7

Fisioterapia e agopuntura 2.7.1. Secondo l'art. 16 cpv. 1 LAM, l'assicurato ha diritto ad una cura medica appropriata ed economica per migliorare il suo stato o la sua capacità al guadagno oppure per evitare un ulteriore pregiudizio. La cura comprende segnatamente la visita e la cura medica nonché le cure, che possono essere praticate ambulatorialmente, a domicilio, interamente o parzialmente in ospedale e include le analisi, i medicinali e gli altri mezzi e apparecchi necessari per la terapia. La visita e la cura devono essere effettuate con l'ausilio di mezzi e metodi la cui efficacia sia riconosciuta (cpv. 2). L'art. 16 cpv. 1 LAM limita la cura medica alle misure appropriate ed economiche. Fra i presupposti dell'adeguatezza e dell'economicità della cura esiste una relazione interna: una cura medica che non può essere ritenuta appropriata è pure ineconomica. Per contro, una misura ineconomica può senz'altro essere appropriata (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 15 ad art. 16). L'adeguatezza presuppone che il provvedimento in questione sia atto a raggiungere lo scopo perseguito. Quindi, affinché una misura sia adeguata deve pure essere efficace. L'efficacia costituisce dunque un elemento dell'adeguatezza. L'art. 16 cpv. 2 seconda frase LAM limita il diritto alle misure per le quali l'efficacia sia stata dimostrata. Tale disposizione concretizza dunque il principio contenuto al cpv. 1 (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 16 ad art. 16). Nella DTF 123 V 53ss., la nostra Corte federale ha negato che - contrariamente a quanto richiesto dall'art. 32 cpv. 1 seconda frase LAM - l'efficacia debba necessariamente

essere dimostrata secondo metodi rilevanti dalle scienze naturali oppure dalla medicina accademica. Essa può anche risultare da basi empirico-statistiche. Tuttavia, anche queste ultime devono rispondere alle esigenze scientifiche. Alla luce di quanto precede, provvedimenti appartenenti alla medicina complementare oppure a quella alternativa (come l'omeopatia oppure la medicina antroposofica) non sono di principio esclusi dal diritto a prestazioni. Nondimeno, la loro efficacia deve essere verificata scientificamente. Con la modifica dell'OPre entrata in vigore il 1° luglio 1999, il DFI ha posto obbligatoriamente a carico degli assicuratori contro le malattie l'agopuntura e, provvisoriamente per la durata di sei anni (quindi sino al 30.6 2005), altri 5 metodi terapeutici di medicina complementare (medicina antroposofica, medicina cinese, omeopatia, terapia neurale e fitoterapia). Questa regolamentazione fa stato anche per l'assicurazione militare (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 20 e 21 ad art. 16). Il presupposto dell'economicità limita il diritto a prestazioni a quanto richiesto dallo scopo perseguito. Misure diagnostiche o terapeutiche che sono superflue da un punto di vista qualitativo oppure quantitativo, violano il principio dell'economicità. L'assicurazione militare ha il diritto di limitare i provvedimenti alla misura richiesta dallo scopo diagnostico o terapeutico perseguito e può rifiutare l'assunzione di misure superflue oppure di misure suscettibili di essere sostituite da altre meno onerose (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 22 ad art. 16).

E. 2.7.2

In casu, con la decisione su opposizione del 2 aprile 2001, l'UFAM ha limitato le sedute di fisioterapia a due la settimana a contare dal 18 maggio 2000 (cfr. doc. 1143 - inc. 6), disposizione che la dott.ssa _____ ha motivato, con il suo rapporto del 26 marzo 2001, nel modo seguente: "Zahl der Physiotherapiesitzungen Weil es sich bei Herrn RI 1 in verschiedener Hinsicht um einen besonderen Versicherungsfall handelt, führt die Militärversicherung unter der Leitung der Abteilung Versicherungsfälle prozessbegleitend ein Kostenmanagement. Dabei musste die Militärversicherung im Frühjahr 2000 feststellen, dass zwischen März 1999 und Mai 1999 mehrere Physiotherapeuten gleichzeitig, auf ärztliche Verordnung hin, den Patienten mehrmals pro Woche behandelt haben. Diese Problematik wurde von der Chefärztin des BAMV mit dem Hausarzt des Patienten eingehend besprochen; dabei einigte man sich auf zwei Sitzungen pro Woche. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass der Hausarzt des Patienten in seinem Schreiben vom 23. Mai 2000 die Meinung vertritt, dass zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche genügen. Basierend auf diesem Schreiben hat dann die Militärversicherung eine Kostengutsprache für zwei PhysiotherapieSitzungen pro Woche geleistet. Da sich der Zustand des Patienten, wie von den involvierten Ärzten mehrfach betont wurde, zwischenzeitlich nicht verschlechtert hat, gibt es keine medizinischen Gründe, von dieser Abmachung abzuweichen". (cfr., pure, il rapporto 18.5.2000 del dott. _____, Servizio medico della sez. 7, prodotto sub doc. 868 - inc. 4: "Per quanto concerne la fisioterapia, lo stato di salute dell'assicurato giustifica due sedute la settimana di fisioterapia ambulante a domicilio"). Da parte sua, l'esperto designato dal TCA, dott. _____, ha diffusamente discusso questa problematica, pervenendo alla conclusione che l'assicurato necessita, settimanalmente, di tre sedute di fisioterapia: "Il peritando viene regolarmente spostato e mobilitato dal personale curante. Quante sedute di fisioterapia alla settimana sono necessarie, tenuto conto degli spostamenti e delle mobilitazioni regolari cui viene sottoposto? Qual'è lo standard generalmente conosciuto sotto il profilo medico (good medical practice)? Nella situazione clinica globale del paziente e considerando le mobilitazioni già fatte dal personale infermieristico, sono indicate 3 sedute di fisioterapia

alla settimana di mezz'ora. Gli scopi principali sono di evitare l'instaurarsi di contratture, di mantenere il movimento delle articolazioni (anche se passivo) ancora possibile, di favorire la circolazione (e così indirettamente migliorare il trofismo della pelle e dunque fare una profilassi antiulcerosa)." (LXXI, p. 93-94). Il perito giudiziario ha dunque disapprovato la decisione dell'amministrazione di limitare il numero di sedute di fisioterapia a due la settimana a decorrere dal mese di maggio 2000. D'altra parte, occorre però ricordare che, secondo lo stesso dott. _____, l'impiego dell'apparecchio terapeutico " Giger MD " - il cui costo è stato posto a carico dell'UFAM (cfr. consid. 2.6.4. in fine) - permette di limitare a due il numero di sedute settimanali di fisioterapia (cfr. XCIII, p. 8: "Si può giudicare il problema delle risorse globalmente e ridurre in parte la frequenza delle sedute di fisioterapia (un rapporto di 2:1 tra fisioterapia e applicazione dell'apparecchio in questione mi sembra ragionevole)" - la sottolineatura è del redattore). Il mezzo terapeutico in discussione è stato acquistato dall'assicurato nel corso del mese di settembre 2001 (cfr. doc. B - inc. 41.2003.1). L'insorgente è stato sottoposto a tre sedute di fisioterapia a contare dal mese di settembre 2000 (cfr. I, p. 7 - inc. 41.2001.3: "Da settembre 2000 l'assicurato si è sottoposto a tre trattamenti settimanali di fisioterapia, prestati dal dr. _____ "). In esito alle considerazioni che precedono, l'autorità amministrativa convenuta deve essere condannata ad assumere il costo di tre sedute settimanali di fisioterapia per il periodo settembre 2000-settembre 2001. Dopo tale data, grazie all'utilizzo dell'apparecchio " Giger MD ", sono medicalmente giustificate soltanto due sedute la settimana, di modo che l'obbligo a prestazioni dell'UFAM è limitato di conseguenza. 2.7.3. In sede di decisione su opposizione del 2 aprile 2001, l'UFAM ha inoltre negato, a far tempo sempre dal 18 maggio 2000, il proprio obbligo a prestazioni relativamente alle sedute di agopuntura applicate, circa una volta la settimana, a _____ RI 1 dal dott. _____ (cfr. doc. 1143, p. 5 - inc. 6), con lo scopo dichiarato di eliminare i dolori localizzati all'addome, dove è presente una cosiddetta stasi energetica (cfr. doc. 848 e 854 - inc. 4). Dalle tavole processuali emerge che a favore di un'interruzione delle prestazioni per il trattamento con l'agopuntura si erano espressi tanto il dott. _____, generalista (cfr. doc. 868 - inc. 4: "Il 26 aprile 2000 il dr. med. _____ chiede il consenso per proseguire le sedute di agopuntura. Nelle sue lettere, compresa quella del 9 marzo 2000, il dr. _____ non riesce a precisare una chiara indicazione classica per agopuntura tantomeno se fatta a tempo indeterminato. I dolori addominali legati a coprostasi e l'ipertensione arteriosa non sono problemi o affezioni che possono giustificare sedute di agopuntura a lungo termine ed eseguite più volte la settimana. In altre parole non si osservano nemmeno delle indicazioni classiche dell'agopuntura. Si ricorda che non sono stati rilevati chiari miglioramenti dopo le cure sin ora eseguite. Si propone di assumere le cure di agopuntura sin ora eseguite ma di non concederne ulteriori" - la sottolineatura è del redattore), quanto la dott.ssa _____, spec. FMH in medicina interna (cfr. doc. 1129, p. 2 - inc. 5: "Seit dem 30. November 1999 ist Herr RI 1 bei Herrn Dr. _____ in regelmässiger Akupunkturbehandlung. Eine klare medizinische Indikation bestand zu jenem Zeitpunkt nicht. Auch im Schreiben des Hausarztes vom 9. März 2000 wurde kein klar ersichtlicher Grund für diese Behandlung angegeben. Es ist hervorzuheben, dass medizinische Massnahmen zweckmässig sein müssen. Die Frage nach der Zweckmässigkeit beurteilt sich nach medizinischen Kriterien und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Fehlt aber eine klare medizinische Indikation, so ist auch die Frage nach der Zweckmässigkeit zu verneinen. In diesem Sinne wurden daher mit Schreiben vom 16. Mai 2000 die Kosten für die Weiterführung der Akupunkturbehandlung abgelehnt. Das Gutachten vom 1. November

2000 von Herrn Professor Dr. _____, _____, versucht nun nachträglich, das heisst rund ein Jahr nach Beginn der Akupunkturbehandlung, unter Hinweis auf den bei Herrn RI 1 zwischenzeitlich erzielten Erfolg, den Behandlungszweck aufzuzeigen (A 1041). Hier ist zu sagen, dass die Beurteilung der Wirksamkeit einer medizinischen Massnahme nicht einzelfallbezogen und auch nicht retrospektiv auf grund der konkreten Behandlungsergebnisse erfolgen darf. Aus unserer Sicht ist daher an der Ablehnung der Kostenübernahme für die Akupunkturbehandlung festzuhalten" - la sottolineatura è del redattore). Il dott. _____, con il suo referto peritale del 20 ottobre 2003, ha anch'egli affrontato la tematica concernente l'efficacia della terapia con l'agopuntura quale metodo per alleviare i dolori, con particolare riferimento ai problemi legati alla costipazione (o coprostasi): " Ruolo dell'agopuntura Nel rapporto del Dr. _____ del 26.04.2000 si legge che i dolori addominali del paziente sono di tipo centrale e che professor _____ ritiene che per questi dolori siano una "Indicazione medica dell'agopuntura". Non mi sembra possibile affermare con sicurezza che si tratti nel caso dei dolori addominali del paziente di dolori di origine centrale. Date le possibilità di comunicazione estremamente ridotte del paziente, resta aperta anche la domanda se si tratti veramente di dolori addominali. Questo anche considerando l'anamnesi con dolori recidivanti di diversa localizzazione (dentatura, mascelle, torace, schiena, spalla sinistra) resistenti alle terapie. Penso, come neurologo, che l'agopuntura possa avere giocato un ruolo positivo sull'intensità del dolore in generale, ma non ho elementi sicuri per giudicare questo procedimento. L'agopuntura é da ritenere di possibile aiuto, ma non necessaria nel senso che senza questi interventi la salute del paziente sarebbe peggiorata o non migliorata in modo determinante. Resta però da osservare che senza dubbio, anche secondo la mia esperienza, i pazienti che soffrono di dolori di varia natura, per esempio di origine muscoloscheletrica, o di alcuni tipi di cefalee, riferiscono di approfittare delle terapie con agopuntura. Se il paziente dopo o durante l'agopuntura ha mostrato segni di rilassamento della muscolatura o variazioni nel sistema nervoso vegetativo (per es. frequenza del polso, pressione arteriosa, sudorazione) che si possono interpretare come indice di una diminuzione della sofferenza, allora é da ritenere giusta l'affermazione che l'agopuntura abbia un effetto positivo sulla situazione clinica del paziente. Le informazioni presenti negli atti e le affermazioni della moglie del paziente, che io non ho motivi di non credere, sembrano confermare una tale azione positiva dell'agopuntura. Il documento del Prof. Dr. _____ ("Ärztlich-wissenschaftliche Stellungnahme del 01.11.2000") ha un valore di presa di posizione di chi rappresenta una certa visione della medicina, da rispettare, ma che come neurologo non posso giudicare. Le mie ricerche concernenti il ruolo dell'agopuntura quale terapia della costipazione non hanno portato a evidenziare un'indicazione accettata dai testi fondamentali di Medicina Interna. La letteratura specifica presentata dai testi di Agopuntura medica (p. es. Medical Acupuncture, A Western Scientific Approach, Ed. By J. Filshie e A. White, Churchill Livingstone, 1998, pp. 229-232) non offre informazioni che possano suffragare una indicazione nel nostro caso specifico. (...). 8) Il peritando é affetto anche da coprostasi, che i medici curanti attribuiscono alla problematica cerebrale: la coprostasi é stata trattata con agopuntura. Questa terapia é fondata su una riconosciuta e comprovata esperienza medica? Ritiene il perito che questa terapia sia appropriata alla cura della patologia presentata dall'assicurato? Ci sono molte possibilità di combattere la coprostasi senza ricorrere all'introduzione di terapie con agopuntura. La coprostasi del paziente ha origine molteplici. Il ruolo diretto delle lesioni neurologiche é da relativizzare. Dal punto di vista neurologico il deficit di movimento e d'innervazione muscolare generale, anche a riposo, i disturbi del sistema

vegetativo che sono da ritenere presenti, hanno sicuramente un influsso negativo sui ritmi di defecazione. Personalmente, nel mio ruolo di Primario Neurologo in una Clinica con grandi reparti di lungo-degenti dal 1990 al 2002, non ho mai posto l'indicazione per una terapia con agopuntura in caso di coprostasi. Anche gli internisti da me consultati durante la mia carriera, non hanno mai consigliato una terapia con agopuntura per la patologia qui in discussione. Vedi pag. 80-82. A mio avviso tale terapia non é di prima scelta, neppure di seconda scelta. Dunque penso che questa proposta terapeutica non é appropriata per cura della coprostasi del paziente." (LXXI, p. 80-82 e 95-96) Dalle considerazioni espresse dal perito giudiziario occorre concludere che, nel caso di specie, non è stato possibile dimostrare, con un sufficiente grado di verosimiglianza (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che l'agopuntura rappresenti un provvedimento terapeutico appropriato. In primo luogo, il dott. _____ ha messo in dubbio, da un lato, che i dolori abbiano un'origine centrale e, dall'altro, che essi siano effettivamente localizzati all'addome. In questo senso, a ragione i medici fiduciari dell'UFAM hanno sottolineato che la terapia con l'agopuntura non rispondeva ad alcuna precisa indicazione medica. In secondo luogo, l'esperto giudiziario si è espresso in termini di semplice possibilità riguardo all'efficacia della misura in questione (cfr. LXXI, p. 81: "L'agopuntura è da ritenere di possibile aiuto, ..." - la sottolineatura è del redattore), negando peraltro che l'agopuntura possa aver giocato un ruolo di stabilizzazione delle condizioni di salute del ricorrente (cfr. LXXI, p. 81: "... , ma non necessaria nel senso che senza questi interventi la salute del paziente sarebbe peggiorata o non migliorata in modo determinante"). A quest'ultimo proposito, è utile ricordare che, ai sensi dell'art. 16 cpv. 1 LAM, il diritto a prestazioni non presuppone che il provvedimento serva a migliorare lo stato di salute della persona assicurata. È sufficiente (ma pure necessario) che esso consenta, perlomeno, di stabilizzare le sue condizioni di salute (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 12 ad art. 16). Infine, il dott. _____ ha categoricamente escluso che all'agopuntura possa venire attribuita una qualsiasi indicazione medica in relazione alla coprostasi (cfr. LXXI, p. 81s.: "Le mie ricerche concernenti il ruolo dell'agopuntura quale terapia della costipazione non hanno portato a evidenziare un'indicazione accettata dai testi fondamentali di Medicina interna"; cfr., pure, risposta fornita al quesito peritale n. 8 di parte convenuta, LXXI, p. 96). Va peraltro rilevato che nella misura in cui l'agopuntura dovesse essere applicata quale terapia per stabilizzare la pressione arteriosa (cfr., al riguardo, i doc. 1043 - inc. 5: "L'agopuntura effettuata dal Dr. _____ ha permesso di smettere la somministrazione di Zestril, in quanto la pressione arteriosa si è normalizzata. Penso che quest'ultimo sia prova sufficiente per rimborsare al dr. _____ il suo impegno nei confronti del paziente" e doc. L - inc. 41.2001.3: "Akupunktur ist aus folgenden Gründen indiziert: 1. Stabilisierung des Kreislaufes. (...)"), i corrispondenti costi non potrebbero andare a carico dell'assicurazione militare, in quanto l'ipertensione arteriosa è, a detta del perito giudiziario, una patologia non assicurata (cfr. LXXI, p 78 e J. Maeschi, op. cit., n. 8 ad art. 16). Tutto ben considerato - viste le chiare indicazioni fornite dal perito giudiziario, della cui attendibilità non vi è ragione di dubitare - questo Tribunale ritiene che l'UFAM abbia correttamente posto termine alle proprie prestazioni relativamente alla terapia con l'agopuntura a cui è sottoposto _____ RI 1, senza che si riveli necessario procedere agli ulteriori provvedimenti istruttori richiesti dall'insorgente in data 18 maggio 2004 (cfr. CXVIII, p. 46: superperizia giudiziaria e audizione testimoniale dei dott. _____ e _____). Al

riguardo va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D. SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

E. 3

Residenza medicalizzata _____, _____: Colloquio e visita all'Istituzione (in totale 2 ore) con la responsabile del settore residenziale Signora _____. L'Istituzione é privata. "Il reparto medicalizzato é di tipo privato, ma riconosciuto dal Dipartimento Sanità e Socialità e convenzionato con le Casse Malati _____. Si possono avere a disposizione unità di uno o due locali. Aspetti logistici e tecnici Sono molto buoni e sicuramente in grado di offrire ciò di cui abbisogna il peritando (spazio, aspetti tecnici). Aspetti infermieristici e medici L'Istituzione ha già un buon potenziale infermieristico, che può essere adattato alle esigenze. Le conoscenze delle tecniche richieste é presente (da ottimizzare in modo mirato se necessario). La cooperazione con una fisioterapia che è a conoscenza per esempio della tecnica Bobath è garantita. Un Istituto di fisioterapia lavora con la Residenza. La reperibilità dei medici é ottimale e gli specialisti a disposizione coprono tutti gli aspetti medici necessari. Medico di riferimento: Dr. _____. L'infrastruttura medico-diagnostica offre tutto il necessario. Costi La retta giornaliera di base (tutto compreso - fisioterapia compresa-, esclusi: i medicinali, il laboratorio in caso di controlli di valori emato-chimici, parte del materiale di cura) va da Fr. 220.- a 300.-. Vi si aggiungono per la categoria 4 di grado di assistenza Fr. 80.- al giorno. Il materiale supplementare di cura si può valutare a circa Fr. 50.- al giorno. I costi dei medicinali al giorno si possono valutare a circa Fr. 5.-. In totale i costi giornalieri sarebbero di circa Fr. 335.- fino a Fr. 435.- a seconda della camera scelta. I costi mensili si possono valutare da circa Fr. 10'650.- a circa Fr. 13'050.-. In queste cifre non sono calcolate eventuali deduzioni. Conclusioni Questa Istituzione é in grado di offrire le prestazioni necessarie.

E. 4

Sull'arco delle 24 ore quale potrebbe essere la loro disponibilità ad occuparsi del peritando?

E. 5

Fra il vostro personale infermieristico, quanti collaboratori conoscono la tecnica di Bobath?

E. 5.00

al giorno" - la sottolineatura è del redattore). Per inciso, si osserva che - contrariamente a quanto è previsto dall'art. 50 LAMal - nell'ambito dell'assicurazione militare, l'assicurato, in caso di soggiorno in una casa di cura, ha diritto alla cura, al vitto ed all'alloggio (cfr. art. 17 cpv. 3 LAM e J. Maeschi, op. cit., n. 18 ad art. 17). Il soggiorno presso la residenza _____ " costerebbe - effettuando una media fra l'importo minimo (fr. 10'650.--) e quello massimo (fr. 13'050.--) indicati dall'esperto giudiziario - all'incirca fr. 11'850.--/mese. Da parte sua, la cura a domicilio dell'insorgente genera costi per un importo massimo di fr. 19'000.--/mese, ciò che corrisponde ad un fattore dell'1,6. Da un mero profilo medico (cfr. consid. 2.5.6.), facendo dunque astrazione da considerazioni di ordine personale, familiare e sociale, sarebbe possibile curare l'assicurato, altrettanto adeguatamente ed efficacemente, in una casa per anziani medicalizzata. Alla luce della giurisprudenza federale citata, a mente del TCA, nel caso di specie, considerata anche la sua eccezionalità, un fattore dell'1,6 non é ancora costitutivo di una sproporzione di costi di un'entità tale da rendere ineconomica la cura spitex (cfr. G. Longchamp, op. cit., p. 508 che utilizza i termini di "sensiblement meilleur marché"). 2.5.8. Va comunque ancora sottolineato che, secondo la giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.7.) e la dottrina (cfr. G. Longchamp, op. cit., p. 506), per decidere quale sia il trattamento appropriato (cura a domicilio o casa per anziani medicalizzata) non si devono prendere in considerazione solo gli aspetti medici ma anche quelli sociali, relazionali e professionali con una particolare attenzione al rispetto dei diritti fondamentali dell'assicurato. Ad esempio, nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 334 ss., il TFA ha fatto riferimento alla libertà personale (art. 10 Cost.) e la tutela della sfera privata (art. 13 Cost.). Tenuto conto del fatto che, contrariamente a quanto sembra credere l'UFAM, il ricorrente non è completamente privo di coscienza (cfr., ad esempio, XCIII, p. 10), questa Corte ritiene che un suo sradicamento dagli affetti familiari avrebbe verosimilmente delle ripercussioni negative sullo stato di salute psichica e, di riflesso, sul fisico (cfr., a questo proposito, doc. B 2 - inc. 41.2001.1: "Ricordo l'influsso di fattori psicologici in questi casi che vengono spesso dimenticati, dove il brusco cambiamento ambientale e la mancanza delle abitudini e degli affetti domestici comportano anche un deperimento psichico in persone anche meno colpite del peritando"), di modo che il mantenimento a domicilio dell'assicurato rappresenta una soluzione più appropriata rispetto ad un suo collocamento in una casa di cura. In altre parole, se si considerano tutti i criteri e non solo quello medico, occorre concludere che nel caso concreto la cura a domicilio (che permette di garantire il rispetto della vita familiare e affettiva, grazie alla presenza costante della moglie ed ad evitare problemi di natura psichica) è più appropriata rispetto a quella in una casa per anziani medicalizzata (cfr. G. Longchamp, op. cit, p. 506 e p. 509). Inoltre, le cure domiciliari provocano all'assicurazione militare un costo supplementare che, non soltanto non assume nemmeno lontanamente le proporzioni rilevate dal TFA, ad esempio, nella recente sentenza pubblicata in RAMI 2004 KV 275 (dove è stato riconosciuto il diritto alle cure a domicilio in un caso in cui il loro costo era di quasi 3 volte superiore: fr. 1'500.-- al mese in casa di cura e fr. 4'300.-- al mese per la copertura delle prestazioni spitex), ma non costituisce neppure la "grosstes Missverhältnis zwischen den Kosten des spitexeinsatzes und denjenigen des Aufenthaltes in einem Pflegeheim" indicata dal TFA come presupposto atto a legittimare l'assicuratore a rifiutare l'assunzione dei costi per un trattamento domiciliare in applicazione del principio dell'economicità di trattamento (cfr. G. Longchamp, op. cit, p. 510). Pertanto, la decisione impugnata è annullata ed all'UFAM è fatto ordine di concedere una nuova autorizzazione alla cura a domicilio a contare dal 1° gennaio 2001. Non compete allo scrivente Tribunale

di determinare l'esatta entità dell'indennità spettante al ricorrente giusta l'art. 20 LAM, ritenuto che litigioso era unicamente il mancato rilascio dell'autorizzazione a farsi curare a domicilio.

E. 6

Nella nostra struttura il personale infermieristico è presente 24 ore su 24. (...) (XC) Per quanto riguarda la casa per anziani _____ " di _____, considerate le indicazioni fornite dal suo Direttore e nonostante il parere contrario espresso dal dott. _____, secondo questa Corte essa non può essere ritenuta appropriata ai bisogni del ricorrente. In primo luogo, unicamente una fisioterapista, impiegata con un pensum dell'85%, è a conoscenza della tecnica di Bobath, di modo che essa, da sola, non potrebbe garantire, sull'arco delle 24 ore, l'esecuzione degli spostamenti e posizionamenti di cui _____ RI 1 necessita. In secondo luogo, il personale infermieristico di cui dispone questo istituto, che peraltro non conosce il metodo Bobath, si rivela insufficiente per coprire il fabbisogno giornaliero di cure dell'insorgente, se è vero che, citiamo: "... la dotazione di personale sanitario viene commisurata dall'Ente sussidiante in funzione alle necessità di cura espresse dal/la paziente. Per dare un ordine di grandezza, si va da un minimo di 61 minuti giornaliere di cure dirette agli ospiti ad un massimo di 177 minuti " (LXXXVIII - la sottolineatura ed il grassetto sono del redattore). A questo preciso proposito, è utile ricordare che già per la sola somministrazione dei tre pasti principali (colazione, pranzo e cena) con la successiva cura del cavo orale, sono necessari ben 165 minuti (55 minuti x 3; cfr. LXXI, p. 103 e 104). Il TCA è quindi dell'avviso che il trasferimento di _____ RI 1 presso la casa per anziani _____, non possa rappresentare una valida alternativa all'attuale cura a domicilio, di modo che viene a cadere il discorso relativo all'economicità delle cure (cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 16 ad art. 25: "Die Wirtschaftlichkeit einer Massnahme setzt deren Zweckmässigkeit voraus ..." - la sottolineatura è del redattore). Trattandosi della residenza _____ di _____ no, alla luce di quanto è emerso dalla perizia giudiziaria (cfr. LXXI, p. 86), rispettivamente, dalle risposte fornite da _____ il 2 gennaio 2004 (cfr. XC), essa è in grado di fornire all'assicurato una cura appropriata. Al proposito, questo Tribunale non può però esimersi dal manifestare qualche perplessità, legato al fatto che le case per anziani presenti sul territorio cantonale hanno tutte grosso modo la stessa organizzazione, di modo che, analogamente a quanto osservato per la _____, vi è da credere che il personale di cui dispone la _____ (infermieri/e e fisioterapisti, la cui presenza non è garantita durante la notte ed i fine settimana, cfr. XC, risposta al quesito n. 4: "All'interno della struttura l'attività della fisioterapia è garantita dal lunedì al venerdì, dalle ore 08.00 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 17.30/18.00") non sia sufficiente per assicurare, sull'arco delle 24 ore, l'estesa assistenza sanitaria richiesta dall'insorgente. È chiaro che, come è stato suggerito anche dallo stesso perito giudiziario, è sempre possibile adattare il personale di cura alle esigenze dell'assicurato. Nondimeno, così facendo, verrebbe istituito, appositamente per il ricorrente, una sorta di "piccolo ospedale" all'interno della casa per anziani, con conseguenti costi supplementari, ovvero proprio ciò che l'UFAM rimprovera alla signora RI 1 di avere creato a domicilio. 2.5.7. In materia di assicurazione contro le malattie, la nostra Corte federale ha sviluppato alcuni principi generali applicabili nel rapporto tra le cure a domicilio (cosiddette cure spitex) e la degenza presso una casa medicalizzata per anziani (cfr. DTF 126 V 334; RAMI 2001 KV 141, p. 10ss., RAMI 2001 KV 142, p. 15ss., RAMI 2001 KV 143, p. 19ss., RAMI 2001 KV 144, p. 23ss. e RAMI 2001 KV 162, p. 179ss.; cfr., su questo tema, D. Cattaneo, "Novità e tendenze legislative e giurisprudenziali nel campo delle assicurazioni sociali", in RDAT II-2001, p 606ss. e "La

promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, p. 608ss.; G. Longchamp, "Conditions et étendue aux prestations de l'assurance-maladie sociale", Collection de l'IRAL N. 30., Staempfli Editions SA, Berna 2004, p. 481 seg..). Recentemente, in una sentenza del 2 dicembre 2003 nella causa F., K 33/02 - pubblicata in RAMI 2004 KV 275, p. 137ss. -, il TFA, riassunta la propria giurisprudenza nella materia, ha stabilito che un limite generale dell'economicità (del 50% almeno) entra a priori in considerazione soltanto quando le cure spitex e le cure in una casa per anziani si equivalgono. Per contro, se le cure spitex vanno ritenute più efficaci e più appropriate rispetto alla degenza presso una casa per anziani, comunque efficace ed adeguata, non può essere stabilito un simile limite, ma si deve verificare nel caso di specie, tenuto conto dell'insieme delle circostanze e dei precedenti giurisprudenziali, se il provvedimento possa ancora essere considerato economico (concretamente, se fra i costi della cura domiciliare e quelli ingenerati dal soggiorno presso una casa di cura, vi sia o meno una evidente sproporzione): " (...).

E. 7

e doc. 1323 - inc. 7), l'amministrazione, con decisione formale del 6 maggio 2002 (cfr. doc. 1290 - inc. 7), confermata in sede di opposizione (cfr. doc. 1366 - inc. 7), ne ha negato l'assunzione, ritenendo il mezzo ausiliario in questione non appropriato (cfr. doc. 1366 - inc. 7, p. 7: "Tutte le considerazioni che precedono permettono di confutare l'affermazione del patrocinatore dell'assicurato e dei medici curanti, secondo cui l'apparecchio GIGER MD sarebbe un mezzo ausiliario che presenta i requisiti di appropriatezza (e di economicità) imposti da una corretta interpretazione dell'art. 21 LAM. Questo apparecchio e la terapia che con esso viene praticata costituiscono una novità tuttora in fase di sperimentazione ad opera del suo ideatore, il dr. _____ w , e i decantati risultati da lui prospettati sono ancora da dimostrare. Se si considera che lo stesso dr. _____, nelle sue pubblicazioni, indica la necessità di una seppur minima partecipazione attiva fisica e mentale del paziente, è lecito affermare che le condizioni psico-fisiche in cui è venuto a trovarsi il signor RI 1 fanno apparire altamente improbabile il realizzarsi di questa esigenza. Inoltre, si ribadisce che l'assicurato è una persona anziana, gravemente lesa in tutte le sue funzioni vitali, per cui egli necessita soprattutto di cure infermieristiche e non rappresenta un caso di riabilitazione. Da ultimo l'Assicurazione militare fa presente che, di regola, questo tipo di sperimentazione non può godere del sostegno finanziario di un'assicurazione sociale"). L'esame delle condizioni per l'assunzione dell'apparecchio " Giger MD " da parte dell'assicurazione militare, è stato oggetto del complemento peritale che il dott. _____ ha allestito in data 8 gennaio 2004 (XCIII). L'esperto designato dal TCA ha dapprima affrontato la questione riguardante la prova dell'efficacia del mezzo ausiliario in discussione. Secondo il dott. _____, non è scientificamente dimostrato che l'apparecchio " Giger MD " come tale sia efficace in relazione ai, citiamo: "parametri che ci interessano quali il tono muscolare, la forza e il volume muscolare, l'irrorazione sanguigna della muscolatura coinvolta, durata nel tempo delle prestazioni muscolari". D'altra parte, però, il perito giudiziario - basando la propria valutazione su un esteso studio della letteratura medica pubblicata a proposito della cosiddetta "terapia ripetitiva" - ha ritenuto certo che i movimenti indotti dall'uso del mezzo ausiliario in parola (far compiere movimenti ripetitivi, armonici con velocità regolabile, per il tempo desiderato, in una posizione supina o seduta, guidati precisamente) hanno un influsso positivo sullo stato di salute del ricorrente: " Dimostrazione scientifica dell'efficacia dell'apparecchio in questione Non ci sono altri lavori scientifici sull'apparecchio in questione ("Giger MD") a mia conoscenza, che non

siano quelli proposti dalla Ditta che lo produce. L'apparecchio viene proposto come mezzo per influenzare l'organizzazione del sistema nervoso (centrale), dunque per sfruttare le proprietà plastiche del sistema. Non ci sono prese di posizioni di personalità importanti attivi nella Neuroriabilitazione sull'efficacia dell'apparecchio in questione ("Giger MD"), come ha mostrato una ricerca nei libri attuali ritenuti rispecchianti l'opinione dominante degli esperti: vedi letteratura. La letteratura non cita l'autore qui in discussione e neppure il metodo. La ricerca su Internet ("Coordination dynamcs", "Coordination dynamcs therapy", _____, _____, il 25.12.2003, il 06.01.2004 e l'08.01.2004) non hanno dato migliori frutti. Le pubblicazioni che ho potuto studiare sono di un solo autore e pubblicate su un giornale poco conosciuto (Electromyogr. Clin. Neurophysiol.). L'autore cita di fatto quasi senza eccezione solo se stesso. Il giornale in questione secondo i criteri del JCR (Journal Citation Report) che analizza 8400 giornali in tutto il mondo (60 Nazioni) ha una dignità scientifica tendente a zero. Lo studio delle pubblicazioni a mia disposizione sull'apparecchio (vedi atti), non permettono di capire se non in modo vago le questioni seguenti: - Cosa viene misurato?(Nelle pubblicazioni il capitolo "Metodo" dovrebbe informare su cosa si misura, come le misure sono effettuate, su quali calcoli matematici per esempio statistici ci si basa, quale margine di errore viene accettato, quale patologia hanno esattamente i pazienti, ecc. Qui si dice che viene "misurato il grado di coordinazione", ma non si capisce in pratica cosa ciò è esattamente e la descrizione dei procedimenti in effetti non viene presentata. Vedi in merito per es. "Non-drug induced spasticity reduction achieved by coordination dynamic therapy in CNS injury", "Metodd" pag. 282: vengono di nuovo ripetuti aspetti teorici generali, in parte con concetti non definiti nella fisiologia e patofisiologia, ma non c'è nessun accenno sul metodo di misurazione e sugli altri aspetti sopra ricordati, ciò che ci si aspetterebbe però di trovare in un capitolo intitolato "Metodo"; questo a mio parere vale anche per la pubblicazione "On-line mesurement of human CNS re-organisation", Electromyogr. Clin. Neurophysiol, 2001, 41, 225 - 242, perché restano aperte le domande fondamentali: cosa viene misurato veramente?, chi dice che si possa misurare "on-line" la eventuale riorganizzazione del sistema nervoso centrale o addirittura il miglioramento dell'organizzazione?, e se ciò fosse possibile chi ha detto che questo approccio di studio ha senso?, perché non vengono mai citate prese di posizione di altri autori autorevoli su approcci molto più consistenti?). - Come vengono fatte le misurazioni dell'entità "coordinazione dinamica"? - Che criteri portano esattamente alla scelta del posizionamento del corpo del paziente rispettivamente delle estremità? - Come succede il posizionamento dei trasduttori o elettrodi, il loro tipo, l'analisi degli elettromiogrammi (comprese le fonti di errori e le interferenze)? - Quale è l'analisi matematica dei risultati e della loro riproducibilità? - Si ricordano miglioramenti cognitivi, ma dove sono i risultati testologici standardizzati necessari per una valutazione neuropsicologica e l'analisi della causa di eventuali cambiamenti del profilo neuropsicologico? - Perché l'eventuale miglioramento è avvenuto (miglioramento spontaneo, per altre ragioni)? È impossibile dunque approfondire gli aspetti delle pubblicazioni che sarebbero fondamentali per uno studio critico del contenuto e costituirebbero la base scientifica per rispondere alla domanda che mi è stata posta. La teoria che viene spiegata per definire il procedimento (per esempio nella pubblicazione della Ditta: "Die wissenschaftlichen Grundlagen der GIGER MD Therapie im Einsatzgebiet der Neurologie", p.1) ricorda un elemento - quello ripetitivo - sul quale ritornerò più oltre. Per quanto riguarda la teoria, le pubblicazioni (vedi atti) ripetono sempre le stesse cose. Il processo che sta alla base della teoria è definito come "Koordinationsdynamik", che traduco come "dinamica coordinativa" o "coordinazione

dinamica", viene spiegata come "un miglioramento nell'organizzazione del Sistema Nervoso Centrale" , così si legge a pag. 370 della pubblicazione "Recovery from spinal cord injury achieved by months of coordination dynamic therapy" ("The improvement of CNS organisation, i.e. improvement of the coordination dynamics, can easily be measured on-line and noninvasively ..."). Non penso sia mio compito analizzare le svariate argomentazioni addotte nelle pubblicazioni agli atti che ho studiato, per spiegare il funzionamento del sistema nervoso centrale prima e dopo la/le lesioni. Solo una parte delle argomentazioni concernenti in modo particolare l'interpretazione di certi dati fisiologici addotte nel testo "Reorganisation of the Human CNS", per esempio già nell' "Abstract" (pag. 12) incontrano la mia approvazione. Si confronti con la letteratura citata sopra. La presentazione alla televisione della terapia e di alcuni aspetti teorici (vedi CD-Rom) è superficiale e priva di fondamento scientifico, è da vedere come una presentazione giornalistica di propaganda per l'apparecchio. Anche il libro agli atti ("Reorganisation of the Human CNS") e le due riviste monotematiche di Fisioterapia sono da considerare una promozione per l'apparecchio. Gli argomenti proposti sono sempre gli stessi che si ripetono circolarmente. La Teoria che viene presentata ha però elementi che sono riconosciuti come essere un aspetto dell'organizzazione del sistema nervoso centrale, dunque pure essere un aspetto che apre la possibilità per approcci terapeutici. Questo nel senso di cercare di influenzare l'organizzazione neuronale nella direzione voluta (per esempio diminuire il tono muscolare a riposo, migliorare "il movimento" e altro). Si tratta dell'elemento ripetitivo che viene ricordato nella Letteratura attuale come un elemento fondamentale nel recupero delle funzioni motorie dopo lesioni centrali (7 - 10)_ È un elemento accettato e applicato nella Neuroriabilitazione e ricordato nelle Linee Guida _per esempio della Società Germanica di Neurotraumatologia e di Neuroriabilitazione clinica - DGNKN - (11) Riassumendo: - Non è stato dimostrato scientificamente che l'apparecchio "Giger MD" stesso abbia un'efficacia sui parametri che ci interessano quali il tono muscolare, la forza e il volume muscolare, l'irrorazione sanguigna della muscolatura coinvolta, durata nel tempo delle prestazioni muscolari, ma sull'effetto positivo di tale procedimento (far eseguire movimenti ripetitivi, armonici con velocità regolabile, per il tempo desiderato, in una posizione supina o seduta, guidati precisamente) sulla motricità dei pazienti con lesioni del sistema nervoso centrale non ci sono dubbi. - La letteratura (7 - 11) suffraga questa opinione in maniera che non lascia dubbi. - Che l'apparecchio riesca ad offrire con successo queste possibilità (movimenti ripetitivi, armonici con velocità regolabile, per il tempo desiderato, in una posizione supina o seduta) penso sia da ritenere corretto. L'elemento terapeutico che l'apparecchio "Giger MD " a mio avviso offre è appunto quello di dare la possibilità di inserire l'elemento ripetitivo nella terapia in una maniera che ritengo corretta. Inoltre non dubito che gli effetti basilari sul muscolo (movimento, influsso sulla circolazione, adattamento del tono al movimento) e in modo analogo sulle articolazioni coinvolte che vengano influenzati nel senso positivo. Questo per la natura stessa del movimento nel quale l'arto o gli arti sono coinvolti." (XCIII, p. 2-6). Premesso che, tenuto conto delle condizioni psico-fisiche in cui versa _____ RI 1, non ci si possa più attendere dei miglioramenti in senso stretto (cfr. XCIII, p. 7: "È chiaro che nel caso del Signor RI 1 non si possa parlare di "miglioramento del cammino" o della "coordinazione" o di altri aspetti motori purtroppo non constatabili"), il dott. _____ ha ammesso che la terapia ripetitiva, offerta dall'apparecchio " Giger MD ", permette (oltre che di evitare un peggioramento) di migliorare, seppure in maniera transitoria, alcuni aspetti importanti della salute dell'assicurato, quali lo stato fisiologico della muscolatura, la funzionalità delle

articolazioni, ecc., e che perciò essa costituisce un elemento necessario nella cura dell'assicurato: " A. Necessario alla cura dello stato di salute del paziente Conservazione dello stato di salute: Nella cura dello stato di salute del paziente si deve considerare come un elemento fondamentale la conservazione dello stato attuale di salute. L'effetto di una terapia ripetitiva come quella offerta da un apparecchio come quello qui in discussione, sono i seguenti: sulla circolazione e sul tono della muscolatura, sulla mobilità delle articolazioni, con lo scopo di evitare contratture, combattere il dolore, migliorare la trofia, migliorare la circolazione di tutte le estremità. Questa terapia contribuisce alla conservazione dello stato di salute del paziente. Evitare un peggioramento: Lo stesso vale per lo scopo di evitare un peggioramento dello stato di salute del paziente. Raggiungere un miglioramento: La cura dello stato di salute considera come scopo primario il suo miglioramento. Il miglioramento è definibile solo in rapporto alla situazione attuale di ogni singolo caso clinico. Il miglioramento può essere temporaneo, nel senso che certi parametri che si possono scegliere per definire lo stato di salute, migliorano. In questo caso appartengono a questi parametri: il tono muscolare, la possibilità di mobilizzare le articolazioni, lo stimolo della circolazione sanguigna e altri. Questi miglioramenti sono aspetti della salute che influenzano la prognosi, dunque sono da ritenere validi. Malgrado si facciano i transfers necessari e si mobilizzi il paziente anche in altri modi, compresi la fisioterapia, una terapia ulteriore quale quella che discutiamo qui, e indicata. L'indicazione in altri casi sarà differente. È chiaro che nel caso del Signor RI 1 non si possa parlare di "miglioramento del cammino" o della "coordinazione" o di altri aspetti motori purtroppo non constatabili. Restano però invariate le indicazioni ricordate qui sopra. Quad vitam: Non penso sia possibile dire che l'apparecchio contribuisca direttamente al mantenimento in vita del paziente. Ma se si accetta il principio che le terapie, in modo particolare quelle che vertono a mantenere in movimento il paziente (se pure passivamente in modo guidato dall'esterno) per poter raggiungere gli scopi qui sopra ricordati, sono un elemento fondamentale delle cure, allora non bisogna sottovalutare il loro ruolo che tali terapie giocano nella determinazione della prognosi e per la prevenzione secondaria (cioè dell'opera di prevenzione fatta dopo che la patologia si sia manifestata) delle complicazioni legate all'ipomobilità (decubito, embolie, contratture, dolore, aumento del tono muscolare nelle sindromi centrali, ...). Per evitare l'insorgere di complicazioni: L'indicazione dell'apparecchio per evitare complicazioni (contrazioni, degrado delle articolazioni, atrofia muscolare, disturbi della trofia, ...) e peggioramenti dello stato di salute, è presente" (XCIII, p. 6-8). Infine, l'esperto giudiziario ha preso posizione riguardo all'argomento, sollevato dalla dott.ssa _____ nel corso della procedura amministrativa, secondo il quale le condizioni psico-fisiche del ricorrente precluderebbero l'efficacia della terapia, giungendo alla conclusione che quest'ultima costituisce un mezzo comunque appropriato alla cura: " B. Appropriato alla cura dello stato di salute del paziente L'effetto di una terapia ripetitiva come quella offerta da un apparecchio come quello qui in discussione non dipende che in parte dallo stato di coscienza del paziente. Non c'è una controindicazione in questo caso clinico per una terapia ripetitiva guidata da un apparecchio. Il feedback raggiunto con l'analisi cosciente delle sensazioni avute durante il movimento e di conseguenza il contributo cosciente alle decisioni concernenti la scelta delle impostazioni dell'apparecchio, hanno senza dubbio conseguenze positive sul successo della terapia. Penso in modo particolare al ruolo dell'attenzione e dell'analisi delle informazioni provenienti dal corpo. Sono senza dubbio un elemento integrativo importante nel sistema nervoso e rafforzano l'influsso della terapia sulla riorganizzazione del sistema nervoso (12 - 15). È chiaro che il

paziente non può servirsi in modo autonomo dell'apparecchio, ma secondo la mia opinione, che corrisponde all'opinione riferita nella letteratura sul tipo di intervento come quello offerto dal tipo di apparecchio in discussione, è dominato dai fenomeni automatici (leggi impliciti), che non hanno bisogno della elaborazione cosciente delle informazioni da parte del paziente (2, Cap. 1 e 11). Si tratta di tentare di implementare degli automatismi, con lo scopo di migliorare il movimento rispettivamente lo stato dei sistemi muscolari e articolari coinvolti. Negli articoli sull'apparecchio si parla di "imparare", ma nel senso di un'accezione molto ampia del concetto. Nel caso del Signor RI 1 ci si trova di fronte alla situazione nella quale il contributo cosciente del paziente è da ritenere molto modesto (ma non nullo). L'indicazione, per i motivi qui addotti rimane egualmente data e ciò senza dubbio, siccome la parte principale dell'influsso sull'organizzazione motoria indotta dal metodo in discussione avviene a livelli non coscienti." (XCIII, p. 9-10) È vero che, come ha sottolineato l'UFAM in sede di osservazioni 19 aprile 2004 (cfr. CXV, p. 23), il dott. _____ ha affermato che l'efficacia dell'apparecchio " Giger MD " in quanto tale non è scientificamente dimostrata, mancando al momento attuale degli studi scientifici affidabili in merito. Nondimeno - a prescindere dal fatto che, contrariamente a quanto l'art. 16 cpv. 2 LAM prevede per i provvedimenti sanitari, l'art. 21 LAM non limita esplicitamente il diritto a prestazioni ai soli mezzi ausiliari per i quali l'efficacia sia stata dimostrata - il TCA reputa determinante il fatto che la terapia che è in grado di offrire il menzionato apparecchio terapeutico, ovvero la cosiddetta "terapia ripetitiva", sia stata giudicata valida dalla comunità scientifica (cfr. XCIII, p. 5: "La teoria che viene presentata ha però elementi che sono riconosciuti come essere un aspetto dell'organizzazione del sistema nervoso centrale, dunque pure essere un aspetto che apre la possibilità per approcci terapeutici. Questo nel senso di cercare di influenzare l'organizzazione neuronale nella direzione voluta (per esempio diminuire il tono muscolare a riposo, migliorare "il movimento" e altro). Si tratta dell'elemento ripetitivo che viene ricordato nella letteratura attuale come un elemento fondamentale nel recupero delle funzioni motorie dopo lesioni centrali (7-10). È un elemento accettato e applicato nella neuroriabilitazione e ricordato nelle Linee guida per esempio della Società germanica di neurotraumatologia e di neuroriabilitazione clinica - DGNKN-(11)" - la sottolineatura è del redattore). D'altro canto, alla luce delle indicazioni fornite dal perito giudiziario, questa Corte non può condividere il parere secondo cui l'apparecchio " Giger MD " non consentirebbe di raggiungere nemmeno uno degli scopi enumerati dall'art. 21 cpv. 1 lett. a-g LAM (cfr. CXV, p. 23: "..., osserva anzitutto che l'art. 21 LAM definisce chiaramente alle lett. a e g quali sono i mezzi ausiliari i cui costi possono essere assunti, sempre nell'ottica dell'economicità e dello scopo cui sono destinati. Non si può certo affermare che il mezzo ausiliario in questione adempia ai requisiti di "migliorare lo stato di salute" oppure di consentire al ricorrente di "mantenere il contatto con l'ambiente". Contrariamente all'art. 16 cpv. 1 LAM, l'art. 21 cpv. 1 lett. a LAM non prevede lo scopo di "evitare un ulteriore peggioramento", il che induce ad affermare che la formulazione per il giudizio sulle concessioni di un contributo per mezzi ausiliari semplici ed adeguati sia volutamente più restrittiva"). In effetti, secondo il dott. _____, il mezzo ausiliario in discussione è sicuramente suscettibile, non soltanto di evitare degli aggravamenti, ma persino di migliorare alcuni importanti aspetti dello stato di salute del ricorrente (cfr., ad esempio, CXV, p. 9: "le indicazioni sono: il mantenimento della situazione clinica per evitare un peggioramento (e le complicazioni) e pure, nel senso sopra ricordato, anche il raggiungimento di un miglioramento" - la sottolineatura è del redattore). È fuor di dubbio che l'assicurato non sia più suscettibile di essere riabilitato, neppure grazie

all'utilizzo dell'apparecchio in questione. Tuttavia, è stato dimostrato che l'apparecchio " Giger MD " è in grado di influenzare positivamente determinati parametri rilevanti per la prognosi di _____ RI 1, di modo che si può parlare di "miglioramento", anche se in un senso più ampio del termine, comunque contemplato dall'art. 21 cpv. 1 lett. a LAM. Del resto, J. Maeschi, a pagina 191 del suo Commentario della LAM, ha menzionato, quali esempi di mezzi ausiliari destinati a migliorare le condizioni di salute della persona assicurata, e perciò a carico dell'assicurazione militare, l'apparecchio per l'emodialisi (" Hämodialysegeräte ") oppure quello per la respirazione (" Beatmungsgeräte "; cfr. J. Maeschi, op. cit., n. 11 ad art. 21). Anche questi due apparecchi servono a migliorare solo temporaneamente lo stato di salute dell'assicurato e non a guarirlo dall'affezione renale oppure polmonare di cui soffre. Per quanto concerne infine il requisito dell'economicità del mezzo ausiliario in questione, lo stesso è da considerare soddisfatto, tenuto conto del suo costo tutto sommato contenuto (fr. 3'800.--, cfr. doc. B - inc. 41.2003.1), degli innumerevoli benefici per la salute garantiti dal suo utilizzo (cfr. XCIII, p. 11) e, non da ultimo, del fatto che esso consente di ridurre di un'unità il numero di sedute settimanali di fisioterapia (cfr., al riguardo, XCIII; p. 8: "Non penso si possa vedere come interscambiabile il ruolo della fisioterapia e quella dell'apparecchio in discussione, ma si possono vedere i due approcci terapeutici come complementari, anche se ci sono delle sovrapposizioni dell'azione e delle indicazioni. Si può giudicare il problema delle risorse globalmente e ridurre in parte la frequenza delle sedute di fisioterapia (un rapporto di 2:1 tra fisioterapia e applicazione dell'apparecchio in questione mi sembra ragionevole)" - la sottolineatura è del redattore). In conclusione, accertato che l'apparecchio terapeutico " Giger MD " rappresenta un mezzo ausiliario economico nonché appropriato a migliorare lo stato di salute dell'assicurato giusta l'art. 21 cpv. 1 lett. a LAM, l'UFAM deve assumerne il costo d'acquisto.

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