Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Corte delle assicurazioni sociali
del Tribunale federale

Causa
{T 7}
M 12/04

Sentenza del 9 novembre 2005
Ia Camera

Composizione
Giudici federali Leuzinger, Ferrari, Lustenberger, Kernen e Frésard; Grisanti, cancelliere

Parti
SUVA Bellinzona, Assicurazione militare, via Vela 1, 6501 Bellinzona, ricorrente, rappresentata dall'avv. dott. Alberto Agustoni, viale Stazione 2, 6500 Bellinzona,

contro

K._____, opponente, rappresentato dall'avv. Marco Probst, via Motta 24, 6901 Lugano

Istanza precedente
Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

(Giudizio del 27 settembre 2004)

Fatti:

A.
A.a K._____, nato nel 1927, all'epoca direttore dell'Ufficio X._____, il 3 ottobre 1985 subì una prima crisi epilettica (ërster Grand-mal-Anfall¨) durante un corso di ripetizione. Gli accertamenti che seguirono permisero di rilevare l'esistenza di un ascesso cerebrale parieto-occipitale.

Dopo avere accusato ulteriori crisi epilettiche, nel febbraio 1996 l'interessato rimase vittima di un attacco ischemico cerebrovascolare a destra con emisindrome sensomotoria a sinistra. Il trattamento messo successivamente in atto presso il centro di riabilitazione di B._____ venne interrotto il 7 giugno 1996 su richiesta della moglie, U._____, la quale da allora, fatti salvi alcuni brevi periodi di ospedalizzazione/riabilitazione e di soggiorno in case di cura, si è sempre occupata personalmente, con l'aiuto di personale esterno, dell'assistenza domiciliare del marito.

A causa delle pesanti ripercussioni (segnatamente: compromissione dell'indipendenza motoria, delle capacità intellettive [neuropsicologiche], della deglutizione e delle capacità visive) sul suo stato valetudinario, K._____ non è più stato in grado di intraprendere un'attività lucrativa ed è totalmente dipendente dall'assistenza di terze persone per il compimento degli atti ordinari della vita. L'Assicurazione militare ha riconosciuto la piena responsabilità della Confederazione.
A.b Mediante decisione del 7 febbraio 1997, sostanzialmente confermata il 27 giugno seguente in seguito all'opposizione interposta dall'interessato, l'Ufficio federale dell'assicurazione militare (UFAM), dopo avere fino a quella data assunto le spese effettive di cura domiciliare, gli ha riconosciuto, per il periodo dal 1° gennaio 1997 al 31 dicembre 1998, un'indennità per cura di fr. 9'293.- mensili, corrispondente all'importo necessario

al trattamento, in camera singola di una struttura adeguata, di un paziente fortemente bisognoso di cure.

Nell'autunno del 1998 i coniugi K._____ hanno trasferito il loro domicilio da W._____ a N._____.

Per giudizio del 14 dicembre 1998, il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Zurigo, accogliendo il gravame dell'assicurato, ha annullato la decisione su opposizione querelata e ha retrocesso la causa all'amministrazione perché statuisse nuovamente, previo complemento istruttorio, sull'indennità di cura spettante all'interessato a partire dal 1°gennaio 1997.

Dando seguito alla pronuncia di rinvio, l'UFAM, con separati provvedimenti del 3 agosto 1999, ha riconosciuto a titolo di indennità per cura a domicilio, gli importi mensili di fr. 16'000.- per il periodo 1°gennaio 1997 - 31 dicembre 1998, di fr. 19'000.- (al massimo e dietro presentazione delle relative fatture) dal 1°gennaio 1999 al 31 ottobre 1999, e di fr. 6'814.- (corrispondente alla somma che avrebbe determinato un ricovero in una casa per anziani medicalizzata) dal 1°novembre 1999 al 31 dicembre 2000. A seguito della nuova opposizione interposta dall'interessato, l'UFAM, pur mantenendo l'autorizzazione di cura a domicilio fino al 31 dicembre 2000 e riservandosi il diritto di pronunciarsi a tempo debito sui presupposti di una nuova autorizzazione a partire dal 1°gennaio 2001, per atto del 9 novembre 1999, cresciuto incontestato in giudicato, ha aumentato a fr. 19'000.- mensili l'importo massimo pagabile per le cure a domicilio, sempre dietro presentazione delle relative fatture.
A.c Mediante decisione del 20 settembre 2000, sostanzialmente confermata il 15 novembre successivo anche in seguito all'opposizione interposta dall'interessato, l'UFAM ha quindi comunicato a K._____ che non gli avrebbe più rilasciato, a fare tempo dal 1°gennaio 2001, una nuova autorizzazione per la cura a domicilio, quest'ultima risultando in particolare inappropriata ed ineconomica. Di conseguenza, a partire da tale data l'assicurazione militare gli avrebbe unicamente riconosciuto i costi relativi al ricovero in una casa per anziani medicalizzata della regione.

B.
B.a K._____, patrocinato dall'avv. Marco Probst, si è aggravato al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, chiedendo, in via cautelare, a decorrere dal 1°gennaio 2000 (recte: 2001) l'erogazione pendente lite di un'indennità mensile per cure a domicilio di fr. 16'000.- e, dietro presentazione delle relative fatture, fino a un importo massimo di fr. 19'000.-, nonché, nel merito, il versamento di tali importi con protesta di spese e ripetibili.
B.b Con decreto supercautelare del 23 gennaio 2001 l'allora Vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni ha accolto, inaudita altera parte, l'istanza volta alla concessione di misure provvisionali, e ha fatto ordine all'UFAM di autorizzare, a far tempo dal 1°gennaio 2001 e pendente causa, le cure a domicilio, con corresponsione di un'indennità mensile massima di fr. 19'000.-. Per parte sua, l'UFAM, con scritto del 2 febbraio 2001, pur non condividendo tale valutazione, ha comunicato di non fare uso della facoltà di chiedere il contraddittorio e la revoca del provvedimento cautelare.
B.c Esperiti i propri accertamenti e preso in particolare atto delle risultanze della perizia giudiziaria affidata al dott. C._____, specialista in neurologia nonché primario della Clinica di riabilitazione H._____, la Corte cantonale, dopo avere accertato la maggior efficacia e appropriatezza come pure l'economicità delle cure prestate a domicilio in favore dell'assicurato, per pronuncia del 27 settembre 2004 ha annullato la decisione su opposizione querelata e ha fatto ordine all'UFAM di rilasciare una nuova autorizzazione a contare dal 1°gennaio 2001 (cifra 1 del dispositivo). Per contro, i giudici cantonali non si sono pronunciati sull'esatta entità dell'indennità spettante all'assicurato, litigioso essendo stato ritenuto unicamente il mancato rilascio dell'autorizzazione a farsi curare a domicilio. Per il resto, nel medesimo giudizio, previa congiunzione delle cause, essi hanno pure (parzialmente) accolto due ulteriori gravami dell'interessato, riconoscendo l'assunzione, a carico dell'assicurazione militare, da una parte, delle spese di tre sedute (anziché delle due concesse) settimanali di fisioterapia per il periodo settembre 2000-settembre 2001, e di acquisto di una sedia di cure su ruote (cifra 2 del dispositivo),
nonché, dall'altra parte, dei costi per l'acquisto di un apparecchio terapeutico G̈iger MD̈(cifra 3 del dispositivo). La Corte cantonale ha infine assegnato all'assicurato un importo di fr. 9'000.- a titolo di ripetibili (cifra 4 del dispositivo).

C.
L'UFAM, patrocinato dall'avv. Alberto Agustoni, interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, al quale chiede, in accoglimento del gravame, l'annullamento, rispettivamente la modifica, del giudizio cantonale limitatamente alle cifre 1 e 4 del dispositivo nonché la conferma della decisione su opposizione del 15 novembre 2000. Dei motivi si dirà, per quanto occorra nei considerandi.

K._____, sempre rappresentato dall'avv. Probst, propone la reiezione del gravame e produce ulteriore documentazione, in parte già in atti, sulla cui ammissibilità si oppone per contro l'UFAM.

Diritto:

1.
1.1 Oggetto del contendere è il diritto a una nuova autorizzazione per le cure a domicilio a partire dal 1°gennaio 2001.

1.2 Preliminarmente si osserva che l'UFAM, richiamandosi alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni pubblicata in DTF 127 V 353, contesta di principio la possibilità di produrre nuova documentazione in sede di osservazioni al ricorso di diritto amministrativo. In realtà, in tale sentenza la presente Corte si è unicamente espressa sull'inammissibilità (di principio), per il ricorrente, di produrre nuovi documenti dopo la scadenza del termine di ricorso, ossia al di fuori dello scambio ordinario degli scritti (art. 108 OG) e nell'ambito di una memoria complementare (cfr. ad es. pure la sentenza del 24 giugno 2002 in re V., U 109/01, consid. 3). Contrariamente a quanto intende inferire l'amministrazione ricorrente da questa giurisprudenza, tale massima non restringe per contro la facoltà d'intervento della parte resistente in sede di risposta (cfr., a contrario, DTF 119 V 323 consid. 1, RAMI 1985 no. K 646 pag. 239 consid. 3b nonché, ad es., la sentenza del Tribunale federale del 28 agosto 2000 in re D., 2P.134/2000), perlomeno nella misura in cui, come si avvera in concreto, il Tribunale dispone di un pieno potere cognitivo (art. 132 OG).

Ciò non toglie tuttavia che nella misura in cui - come è segnatamente il caso per le dichiarazioni attestanti gli eventi neurologici e le cure fornite nel 2004 - si riferiscono a una situazione di fatto successiva alla data di emanazione della decisione su opposizione in lite, le nuove allegazioni non possono essere ritenute ai fini del presente giudizio ed esulano dal potere cognitivo di questa Corte. Il giudice delle assicurazioni sociali può in effetti di principio esaminare la legalità della decisione deferitagli sulla base dei soli fatti avvenuti fino al momento in cui essa venne emanata, quelli verificatisi successivamente potendo per contro essere considerati soltanto ove essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 131 V 11 consid. 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate).

Per il resto, la più recente documentazione prodotta non contiene elementi nuovi decisivi per l'esito del giudizio. Così, mentre la capacità dell'assicurato di interagire, anche se in maniera molto ridotta e quasi impercettibile, con l'ambiente circostante, come risulta dalle dichiarazioni del personale di cura, dei conoscenti e degli amici di K._____, è già stata evidenziata dall'istruttoria esperita in sede cantonale ed è stata ritenuta dai primi giudici, gli atti relativi alla responsabilità della Confederazione per l'insulto del tronco cerebrale subito nel settembre 2002 e all'assunzione di determinati farmaci riguardano tutt'altra procedura. Infine, anche la produzione delle tariffe relative alle spese di trattamento stazionario presso la Clinica B._____ si rivela priva di rilievo ai fini della presente valutazione, atteso che lo stato di salute dell'assicurato non consente di qualificare le cure messe in atto di natura riabilitativa (cfr. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, cifra marg. 143: Ẅo die medizinische Rehabilitation praktisch keine nennenswerte Verbesserung der beeinträchtigten Funktionen mehr verspricht, ist das Stadium des Pflegefalls erreicht¨).

1.3 Sempre in via preliminare, l'assicurato solleva, con toni inutilmente polemici e al limite della sconvenienza (art. 30 cpv. 3 OG) che accompagnano buona parte della risposta, alcune censure di ordine formale, quali lo stralcio dei rapporti medici allestiti dalla dott.ssa G._____, capo del servizio medico dell'UFAM, ritenuta prevenuta nei suoi confronti, sulle quali, a prescindere dalla loro - prima facie opinabile - fondatezza, non mette

conto di soffermarsi, il ricorso dell'UFAM dovendo comunque essere respinto nel merito.

2.
2.1 Il 1°gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, la quale tuttavia non risulta applicabile in concreto, il giudice delle assicurazioni sociali non potendo tenere conto di modifiche di legge e di fatto subentrate successivamente al momento della decisione su opposizione in lite (DTF 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 Giusta l'art. 16 LAM, l'assicurato ha diritto a una cura medica appropriata ed economica per migliorare il suo stato o la sua capacità al guadagno oppure per evitare un ulteriore pregiudizio (cpv. 1). La cura comprende segnatamente la visita e la cura medica nonché le cure, che possono essere praticate ambulatoriamente, a domicilio, interamente o parzialmente in ospedale, e include le analisi, i medicamenti 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).

Per l'art. 20 LAM, nel suo tenore applicabile in concreto, in vigore fino al 31 dicembre 2002, 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 provocano spese supplementari di alloggio, vitto, cura o assistenza, l'assicurazione militare gli concede un'indennità (cpv. 1). 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).

3.
Pertinentemente la Corte cantonale non ha esaminato il diritto alla cura a domicilio in lite dal profilo dell'art. 102 LAM. Quest'ultimo disposto - in vigore fino al 31 dicembre 2002, dal 1°gennaio 2003 rimpiazzato dall'art. 17 LPGA - stabiliva che una decisione o una decisione su opposizione dell'assicurazione militare cresciuta in giudicato e concernente prestazioni permanenti viene modificata o annullata d'ufficio o su domanda, se i fatti su cui si fonda sono sufficientemente mutati in modo rilevante. Ora, contrariamente a quanto sostenuto dall'assicurato, nel caso di specie non si tratta(va) di statuire sulla modifica di una decisione cresciuta in giudicato, come era quella del 9 novembre 1999, bensì di verificare la legalità di una nuova decisione (quella su opposizione in lite del 15 novembre 2000), concernente l'autorizzazione per tutt'altro periodo di tempo. Di conseguenza, per negare l'autorizzazione della cura a domicilio a partire dal 1°gennaio 2001 i primi giudici non erano tenuti a verificare la realizzazione dei presupposti previsti dall'art. 102 LAM per l'adeguamento di una decisione cresciuta in giudicato alle mutate circostanze.

Né modifica alcunché a tale conclusione il fatto che l'indennità di cui all'art. 20 LAM, pur configurando di per sé una prestazione durevole (Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berna 2000, pag. 623), sia stata in precedenza fissata per un periodo di tempo limitato. Infatti, se è pur vero che da un lato il Tribunale federale delle assicurazioni, ad es. in ambito di assicurazione per l'invalidità, ha già avuto modo di evidenziare l'inammissibilità di principio di accordare prestazioni durevoli future per un periodo di tempo limitato, un eventuale riesame del diritto dovendo avvenire secondo le regole della procedura di revisione, dall'altro lato ha pure ammesso delle eccezioni a tale regola nei casi in cui una limitazione temporale si giustifica oggettivamente e si rivela conforme alla legge. È quanto esso ha ad es. ritenuto in relazione a provvedimenti scolastici e professionali o a una fisioterapia secondo un programma terapeutico stabilito dal medico (DTF 109 V 261 consid. 4, 97 V 59 consid. 1; RCC 1989 pag. 186). Questo modo di procedere, oltre ad avere già trovato applicazione in ambito di cure a domicilio nell'assicurazione contro le malattie (cfr. ad es. RAMI 2001 no. KV 143 pag. 20)
e a non avere dato luogo a censure di sorta nella dottrina in materia di assicurazione militare (v. Franz Schlauri, Die Militärversicherung, in: SBVR, pag. 37, nota 123; cfr. pure, con riferimento alla precedente regolamentazione dell'indennità per cura a domicilio, Bernard Schatz, Kommentar zur Eidgenössischen Militärversicherung, Zurigo 1952, pag. 135), può essere condiviso nel presente contesto, non da ultimo perché permette, anche nell'interesse dell'assicurato stesso, di tenere meglio conto della situazione effettiva e di adattarla con maggiore flessibilità e facilità alle mutate circostanze.

4.
L'UFAM, richiamandosi ai materiali preparatori della LAM e alla dottrina in materia, incentra il proprio ricorso sulla tesi secondo cui l'autorità giudiziaria cantonale, procedendo direttamente all'esame di efficacia, appropriatezza ed economicità della cura, avrebbe completamente omesso di verificare in via preliminare l'esistenza dei requisiti - indipendenti da quelli appena menzionati - per una nuova autorizzazione ed avrebbe così reso un giudizio carente già solo dal profilo della motivazione. In particolare, l'Ufficio ricorrente osserva che le condizioni per rilasciare una simile autorizzazione non sarebbero realizzate e che le modalità con le quali l'assicurato viene ormai curato a domicilio da diversi anni stravolgerebbero il senso e la portata dell'art. 20 LAM perché invece di costituire, come dovrebbero, un necessario seguito a una cura ospedaliera divenuta medicalmente non più indicata, sarebbero parificabili se non superiori a un trattamento in struttura stazionaria trasformando di fatto il domicilio in una sorta di ospedale privato. Rileva inoltre che nel caso di specie non si tratterebbe semplicemente di assumere i costi ¨supplementari¨per una cura a domicilio, ossia quelli che l'assicurato non più bisognoso di cure
stazionarie avrebbe in più di quelle normali, bensì si pretenderebbe l'assunzione di tutti i costi - peraltro in parte occasionati anche da cure per affezioni (quali la sindrome da apnee notturne o il diabete mellito) esulanti dalla responsabilità dell'assicurazione militare - come se l'assicurato si trovasse in una struttura stazionaria. Ad ogni modo, dal momento che le indennità di cui all'art. 20 LAM sarebbero unicamente destinate a coprire le spese supplementari, un giudizio sull'economicità dovrebbe presupporre, a mente dell'UFAM, dei costi per cura a domicilio inferiori rispetto a quelli che genererebbe una continuazione del trattamento in ospedale e non potrebbe trascurare, nell'ottica generale di un contenimento dei costi della salute, il vantaggio economico rappresentato da una cura di minor costo in ambiente stazionario, soprattutto quando questa si prospetta a lunga scadenza e risulta almeno altrettanto adeguata come quella a domicilio. Dopo avere nuovamente confutato la facoltà dell'assicurato di intrattenere ancora (sufficienti) relazioni personali e sociali con l'ambiente circostante, l'Ufficio insorgente contesta pure si possa, ai fini della valutazione di appropriatezza e di economicità, paragonare il caso presente
con i costi Spitex a carico degli assicuratori malattia, tali costi riferendosi soltanto a interventi limitati temporalmente sull'arco di una giornata ed essendo comunque, in termini assoluti, di gran lunga inferiori a quelli qui in discussione. Chiede infine, per il caso di accoglimento del proprio ricorso, che il Tribunale federale delle assicurazioni riduca a fr. 1'000.- l'importo a titolo di ripetibili assegnato in sede cantonale.

5.
5.1 Quanto all'eccezione di carente motivazione della pronuncia impugnata, essa si dimostra manifestamente infondata.

Discende dal diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. l'obbligo per il giudice di motivare le proprie decisioni affinché le parti possano comprenderle ed esercitare i propri diritti di ricorso a ragion veduta. Il giudice deve, anche solo brevemente, perlomeno menzionare i motivi che lo hanno guidato e determinato nel proprio giudizio, di modo che le parti possano rendersi conto della sua portata ed impugnarlo con cognizione di causa (cfr. DTF 121 I 57 consid. 2c e i riferimenti ivi citati).

In concreto, le ragioni che hanno inciso sulla valutazione dei primi giudici non solo sono state esposte nel dettaglio nella pronuncia impugnata e hanno senz'altro posto il ricorrente nella condizione di capire la portata del giudizio, ma addirittura si confrontano con le stesse considerazioni di natura giuridica che avevano indotto in precedenza l'amministrazione a negare l'autorizzazione. Basti a tal proposito rammentare che il rifiuto di assumere le spese fatturate per cura a domicilio era stato per l'appunto espresso dall'UFAM per motivi di ineconomicità e inadeguatezza della stessa (cfr. ad es. la decisione su opposizione del 15 novembre 2000, pag. 11: ïn discussione sono soltanto l'economicità e l'adeguatezza delle cure attualmente praticate, per rapporto a quelle che potrebbero (o meglio devono) essere prestate in un istituto¨).

5.2 La legge è da interpretare in primo luogo procedendo dalla sua lettera. Se il testo di un disposto legale è chiaro e non sia pertanto necessario far capo ad altri metodi d'interpretazione ai fini di appurarne la portata, è lecito scostarsi dal senso letterale soltanto qualora conduca a soluzioni manifestamente insostenibili, contrarie alla volontà del legislatore. Tuttavia, se il testo non è perfettamente chiaro, se più interpretazioni del medesimo

sono possibili, dev'essere ricercato quale sia la vera portata della norma, prendendo in considerazione tutti gli elementi d'interpretazione, in particolare lo scopo della disposizione, il suo spirito, nonché i valori su cui essa prende fondamento. Pure di rilievo è il senso che essa assume nel suo contesto (DTF 130 II 71 consid. 4.2, 130 V 50 consid. 3.2.1, 232 consid. 2.2, 129 V 284 consid. 4.2 e riferimenti). I lavori preparatori, segnatamente laddove una disposizione non è chiara oppure si presta a diverse interpretazioni, costituiscono un mezzo valido per determinarne il senso ed evitare così di incorrere in interpretazioni erronee.
5.2.1 Emerge dai materiali preparatori che il legislatore, nonostante una proposta in senso contrario formulata in sede commissionale tendente a creare un obbligo di assunzione per le cure domiciliari semplicemente intraprese, ha effettivamente voluto ancorare il diritto all'indennità di cui all'art. 20 LAM alla (preventiva) autorizzazione da parte dell'assicurazione militare, e questo per permetterle di esercitare un certo controllo sull'evoluzione dei costi. Si è in particolare inteso evitare il verificarsi di situazioni nelle quali l'assicurazione potesse venire a trovarsi di fronte a un fatto compiuto, con conseguente limitazione del suo potere d'intervento. Ciò che ad es. si avvererebbe se un privato potesse organizzare di propria iniziativa la cura a domicilio, assumere personale infermieristico e presentare successivamente una fattura spropositata all'assicurazione militare, oppure se, senza indicazione medica, potesse recarsi all'estero per effettuare una cura termale e presentare in seguito la fattura.

Sempre in sede di discussione commissionale si è tuttavia precisato che il diritto dell'assicurato alla cura domiciliare è materialmente disciplinato dall'art. 16 LAM (corrispondente all'art. 15 del progetto del Consiglio federale [FF 1990 III 253 segg.]), l'art. 20 LAM (corrispondente all'art. 19 del progetto del Consiglio federale) limitandosi per contro unicamente a regolare la procedura per l'assunzione delle relative spese.

Nel caso di specie, l'assicurazione militare da anni risulta a conoscenza della situazione concernente K._____ e dell'indicazione medica della cura, peraltro a più riprese riconosciuta in passato dall'amministrazione e dal proprio servizio medico (cfr. ad es. la decisione su opposizione del 27 giugno 1997, pag. 5: Ëemäss versicherungsmedizinischer Stellungnahme vom 10. Januar 1997 erachten PD Dr. med. I._____, Chefarzt, und Dr. med. K._____, die Pflege des schwerst behinderten K._____ zu Hause in der Privatwohnung in medizinischer Hinsicht als zweckmässig und verantwortbar. Solange U._____ diese Pflicht zu übernehmen gewillt sei, sollte ihr unter den gegebenen Umständen aus medizinischer Sicht die Pflege nicht entzogen werden [...]. Bezüglich der Wirtschaftlichkeit halten die Dres. I._____ und K._____ fest, aus medizinischer Sicht sei nachvollziehbar, dass sich tagsüber zwei Personen, wovon eine mit Pflegeerfahrung, um K._____ kümmern. Da K._____ regelmässig umgelagert werden müsse, erfordere sein Gewicht, die fehlende Kooperation sowie die linksseitige Schultersubluxation auch nachts die Anwesenheit von zwei Personen¨). Avendo inoltre l'UFAM già più volte - ad es. il 2 aprile 1991 per il periodo 1°
marzo 1991 - 28 febbraio 1994 e il 28 febbraio 1994 per il successivo periodo dal 1°marzo 1994 al 29 febbraio 1996 - avuto modo di esprimersi e di riconoscere il diritto all'indennità dell'interessato, esso Ufficio non può ora pretendere di subordinare la nuova autorizzazione, quale atto di natura puramente formale, ad altre condizioni che non siano quelle previste dall'art. 16 LAM.
5.2.2 L'interdipendenza tra l'autorizzazione di cui all'art. 20 LAM e i requisiti materiali dell'art. 16 LAM risulta evidente anche dall'interpretazione sistematica delle disposizioni in esame. Infatti, pur completando e concretizzando l'art. 20 LAM - ad es., come visto, a livello procedurale - la regolamentazione relativa al trattamento medico in caso di cura a domicilio (cfr. pure Maeschi, op. cit., pag. 183 seg.), l'autorizzazione ivi disciplinata non può essere rilasciata o negata se non in funzione dei presupposti di efficacia, appropriatezza ed economicità sanciti dall'art. 16 LAM. E questo già solo perché l'art. 20 LAM non stabilisce ulteriori criteri ai quali fare subordinare questa approvazione (cfr. pure Viktor Lendi, Der Anspruch des Versicherten aus dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 20. September 1949, tesi Zurigo 1970, pag. 33 seg.: Ëieser Entscheid [ob dem Versicherten Anstalts- oder Hauspflege zukommen soll]wird von medizinischen Überlegungen her gefällt [...]. Im übrigen ist bei Beurteilung der Frage, ob Anstalts- oder Hauspflege, vor allem zu prüfen, welche Behandlungsart am zweckmässigsten erscheint [...]¨).
5.2.3 Nulla di diverso può inferire l'Ufficio ricorrente dal secondo capoverso dell'art. 20 LAM, non fosse altro perché in concreto non è minimamente in discussione l'alternativa di un ricovero in uno stabilimento ospedaliero per caso acuto, bensì quella di un trattamento sempre in ambiente extra-ospedaliero (cfr. sulla terminologia Eugster, op. cit., cifre marg. 113, 139 e nota 304).

5.3 La cura a domicilio - da non confondere con il soggiorno di cura privato di cui all'art. 20 cpv. 1 LAM, seconda variante, la cui autorizzazione riguarda in primo luogo gli ammalati cronici, non (più) bisognosi di cure particolari né di una sorveglianza sanitaria continua (Maeschi, op. cit., pag. 186) - può essere concessa se l'assicurato, pur non necessitando (più) di un trattamento ospedaliero, rimane bisognoso di cure, come è indiscutibilmente il caso in concreto (Maeschi, op. cit., pag. 185; Eugster, op. cit., nota 233). Essa è paragonabile alla cura a domicilio nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (art. 18 OAINF) come pure a quella nell'assicurazione malattia (Maeschi, op. cit, ibidem; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea 1996, pag. 66). Nell'evenienza di pazienti lungodegenti, essa permette all'assicurato di continuare a vivere e beneficiare del necessario trattamento in un ambiente familiare o abituale (Eugster, op. cit., nota 233).

5.4 L'indennità di cui all'art. 20 LAM copre le spese supplementari risultanti dalla cura a domicilio. Rientrano in questo novero in particolare i provvedimenti sanitari e i controlli (ad es. 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 all'igiene personale, al vestire, al bere e al mangiare ecc. Se a dipendenza di incontinenza risulta un consumo accresciuto di vestiti e biancheria, l'assicurato ha ugualmente diritto al rimborso di tali costi supplementari. L'entità dell'indennità si determina nel singolo caso in funzione delle cure da prestare e del dispendio orario necessario per le cure e l'assistenza secondo la tariffa oraria usuale (Maeschi, op. cit., pag. 185).

6.
Il principio in base al quale un assicurato ha diritto a una cura adeguata (appropriata ed economica) ma non necessariamente a una cura ottimale, è sancito dall'art. 16 LAM (FF 1990 III 215). L'appropriatezza è data se il provvedimento intrapreso è idoneo a raggiungere lo scopo desiderato. Per essere appropriato, il provvedimento dev'essere pure efficace (Maeschi, op. cit., pag. 155). Per parte sua, il criterio dell'economicità limita il diritto alla prestazione alla misura necessaria. L'assicurazione militare può pertanto rifiutarsi di assumere le spese per provvedimenti terapeutici e diagnostici superflui dal profilo qualitativo o quantitativo come pure per quelli che possono essere sostituiti da altri meno onerosi (Maeschi, op. cit., pag. 156). Il principio di economicità non incide unicamente sul genere e sull'estensione dei provvedimenti diagnostici e terapeutici che devono essere effettuati, bensì dev'essere considerato anche per determinare la forma di trattamento, in particolare per stabilire - in caso di pazienti lungodegenti - se autorizzare una cura a domicilio oppure ordinare un ricovero in una casa di cura (DTF 126 V 339 consid. 2b).

6.1 Con riferimento ai requisiti di efficacia e appropriatezza - da esaminare sostanzialmente da un punto di vista medico (cfr., per analogia, RAMI 2004 no. KV 275 pag. 140 consid. 2.1) -, i primi giudici ne hanno ammesso l'esistenza fondandosi essenzialmente sugli accertamenti compiuti dal perito giudiziario, il quale ha formulato le proprie valutazioni al termine di una doppia visita dell'assicurato e di un sopralluogo presso alcune case per anziani medicalizzate del Cantone.

6.2 Quanto alla valenza probante d'un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Secondo la costante giurisprudenza, di principio, il giudice non si scosta, senza ragioni imperative, dalle risultanze di una perizia medico-giudiziaria, compito del perito essendo infatti quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e sentenze ivi citate).

6.3 In concreto, questa Corte non ravvisa alcun valido motivo per dipartirsi dalle chiare e convincenti conclusioni del dott. C._____ che sono state poste a fondamento della pronuncia cantonale. Infatti il perito giudiziario, dopo avere minuziosamente ricostruito l'anamnesi (sociale, lavorativa e medica) dell'assicurato ed

avere descritto l'organizzazione delle cure, esaminando nel dettaglio l'adeguatezza di ogni singolo atto diurno e notturno (trasferimenti dalla carrozzina al letto, posizionamenti a letto, nutrizione, trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale, materiale di cura, mezzi ausiliari e medicinali), ha convincentemente esposto come le cure fornite corrispondessero a una variante corretta, adatta a mantenere lo status quo e ad evitare le complicazioni tipiche del caso. Il perito giudiziario ha in particolare sostanzialmente confermato la correttezza del bisogno di cure giornaliere già a suo tempo, nel febbraio del 1998, analogamente quantificato (in oltre 11 ore complessive sull'arco delle 24 ore, e questo tenendo conto anche delle necessità di intervento, per determinate operazioni, di due persone contemporaneamente) dai responsabili della Clinica Z._____ in seguito a una visita di K._____. Le
semplificazioni suggerite dal perito dal profilo quantitativo (riduzione di trasferimenti e posizionamenti, rinuncia a un posizionamento forzato verticale [¨standing]settimanale, velocizzazione nell'esecuzione di alcuni atti) sono per contro state giustamente relativizzate dalla Corte cantonale, la quale ha segnatamente osservato come lo ¨standingdell'interessato fosse già effettuato due volte alla settimana, così come auspicato dal dott. C._____, e come il risparmio di tempo per permettere la consumazione della colazione a letto ed evitare così due superflui trasferimenti (letto-carrozzina e viceversa) fosse controbilanciato e di fatto neutralizzato dall'ulteriore dispendio temporale richiesto dall'adeguato posizionamento a letto in vista di tale operazione.

Per il resto, in merito alla prestazione di cure per affezioni asseritamente esulanti dalla responsabilità dell'assicurazione militare, il perito giudiziario, che ad es. ha rilevato l'origine mista della sindrome delle apnee notturne, ha convincentemente evidenziato la multifattorialità delle cure messe in atto che renderebbe estremamente difficile una suddivisione delle diverse patologie.

6.4 A proposito dell'appropriatezza, il perito giudiziario ha di per sé dichiarato adeguate entrambe le cure a confronto respingendo la tesi dell'assicurato secondo cui il trasferimento in una casa per anziani porterebbe a un chiaro peggioramento della sua situazione valetudinaria. Per parte loro, i primi giudici, esperiti ulteriori accertamenti presso i due istituti indicati come idonei dal dott. C._____, hanno relativizzato la portata di queste sue dichiarazioni. Così, preso atto della risposta della casa per anziani Ëresidenza A._____¿ essi hanno osservato che il centro in parola dispone unicamente di una fisioterapista, perdipiù a tempo parziale, con conoscenze della necessaria tecnica di trasferimento Ëobath¿ mentre per il resto, per motivi di preventivo e di pianificazione cantonale, non sarebbe in grado di coprire il fabbisogno di cure in misura superiore a 177 minuti giornalieri, del tutto insufficienti per le esigenze concrete. Analoghe riserve con riferimento alla garanzia di assistenza sull'arco delle 24 ore sono pure state formulate a proposito dell'eventualità di un ricovero presso la Clinica P._____.

Già solo per queste ragioni, i giudici di prime cure - che oltre a ciò, malgrado la forte, anche se non completa (cfr. ad es. la dichiarazione del 16 settembre 2000 del dott. J._____ all'indirizzo dell'assicurazione militare, con la quale si afferma che: Ïl signor K._____ ha voglia di vivere. Lo fa capire attraverso il linguaggio del corpo e delle domande.¿ nonché l'affermazione resa dal perito giudiziario ancora nell'ottobre 2003 secondo cui ïion è esclusa una comunicazione nel senso di reazioni affettive, in particolare nelle interazioni con la moglie.¨) compromissione delle capacità di interagire con l'ambiente circostante, hanno pure tenuto conto degli aspetti familiari e sociali dell'assicurato secondo un'interpretazione conforme alla Costituzione delle norme in materia (art. 13 e 14 Cost. [cfr. DTF 126 V 334; RAMI 2004 no. KV 275 pag. 140 consid. 2.1, 2001 no. KV 144 pag. 26 consid. 3b]) - potevano ritenere la variante della cura a domicilio maggiormente appropriata rispetto a quella del ricovero in una casa per anziani medicalizzata.

6.5 Resta da esaminare nel caso concreto la questione dell'economicità del trattamento a domicilio e quindi dell'assunzione a carico dell'UFAM delle relative spese nella misura in cui queste superano i costi di degenza in casa per anziani.
6.5.1 In materia di assicurazione contro le malattie, il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di esprimersi a più riprese sul tema. Così, questa Corte, dopo avere osservato che l'esame dell'economicità non può avvenire sulla base di un confronto rigoroso dei costi in caso di trattamento Spitex con quelli di degenza in casa di cura, ha stabilito che solo se i costi per prestazioni Spitex sono manifestamente sproporzionati rispetto al contributo che le casse sarebbero tenute a versare in caso di degenza in casa di cura, il trattamento a domici-

lio può essere dichiarato ineconomico (RAMI 1999 no. KV 64 pag. 70 consid. 4b). Dai materiali preparatori è quindi stata rilevata l'intenzione del legislatore di accordare la preferenza, di principio e nel limite del possibile, al trattamento a domicilio, in ambiente abituale, rispetto a quello in ospedale o in casa di cura (FF 1992 I 123; BU 1993 CN 1824 seg. e 1839). Da tali considerazioni, questa Corte ha dedotto che il concetto di economicità del trattamento non può essere interpretato in senso restrittivo (DTF 126 V 334).

Recentemente, dopo avere riassunto la propria prassi in materia, il Tribunale federale delle assicurazioni ha quindi precisato che un limite generale di economicità (in caso ad es. di una differenza di spesa del 50%) entra a priori in linea di conto unicamente se le cure Spitex e quelle in casa per anziani si equivalgono. Per contro, se le cure Spitex si rivelano maggiormente efficaci ed appropriate rispetto a una degenza, comunque efficace ed appropriata, in una casa per anziani, non si può stabilire un simile limite, ma si deve verificare nel caso di specie, tenendo conto dell'insieme delle circostanze e della prassi in materia, se il provvedimento possa essere ancora qualificato come economico (RAMI 2004 no. KV 275 pag. 137).

Così, la Corte federale, pur considerandolo un caso limite, ha tutelato il diritto di un'assicurata, affetta da miatonia congenita e tetraparesi, al rimborso delle spese di cura a domicilio, notevolmente più efficace ed appropriata rispetto a un trattamento in una casa di cura, anche se queste erano 3,5 volte superiori a quelle che l'assicuratore malattia avrebbe dovuto sostenere nell'evenienza di una degenza in casa di cura (DTF 126 V 334). Analogamente ha statuito nella sentenza pubblicata in RAMI 2001 no. KV 144 pag. 23, in cui le cure Spitex, notevolmente più efficaci ed appropriate di quelle in casa di cura, nonostante fossero 4 volte superiori, sono state considerate ancora economiche in considerazione dell'intensità delle cure e dell'assistenza di cui necessitava l'assicurato. Similmente ha obbligato l'assicuratore malattia a farsi carico dei costi per le cure a domicilio di un'assicurata, sposata e colpita da emisindrome destra, sebbene questi fossero 1,9 volte (o 2,3 volte considerando l'insieme delle spese di cura) superiori rispetto a quelli (forfetari) che l'assicuratore avrebbe dovuto assumere per un trattamento, leggermente meno efficace ed appropriato, in una casa di cura (RAMI 2001 no. KV 162 pag. 179). Infine,
nella già citata sentenza pubblicata in RAMI 2004 no. KV 275 pag. 137, questa Corte, pur definendolo ugualmente un caso limite, non ha ritenuto manifestamente sproporzionata, e quindi ineconomica, una differenza di 2,87 volte tra le spese Spitex e quelle (leggermente meno efficaci ed appropriate rispetto alle prime) che l'assicuratore malattia avrebbe dovuto sostenere in caso di soggiorno in una casa di cura di un'assicurata affetta da sclerosi multipla, la quale, grazie all'intervento Spitex, poteva in questo modo godere di una migliore qualità di vita con effetti benefici anche sul suo stato di salute (sentenza citata, pag. 142).
6.5.2 Si tratta ora di stabilire se i principi giurisprudenziali suesposti siano trasponibili per analogia anche all'assicurazione militare.

Un'applicazione analogica presuppone l'esistenza di una situazione presentante sufficienti similitudini e comunanze nei fatti che devono essere regolamentati (cfr. DTF 130 V 75 consid. 3.2.1, 129 V 30 consid. 2.2 con riferimenti).

Ora, in entrambi i casi si tratta di confrontare il rapporto, dal profilo dell'economicità, tra le spese causate dagli stessi due tipi di trattamento: quello a domicilio e quello in casa di cura. Inoltre, in entrambi i casi si tratta di considerare adeguatamente il legittimo interesse del paziente lungodegente di potere essere curato in ambiente familiare o comunque abituale. Un'applicazione analogica della poc'anzi evidenziata prassi sarebbe quindi pure utile dal profilo della sicurezza del diritto in quanto consentirebbe di effettuare un'interpretazione coordinata e unitaria del principio di economicità nei due ambiti in esame (sentenza inedita del 6 luglio 1993 in re P., I 302/92, consid. 3a).

D'altro canto, all'interesse particolare dell'assicurato viene a contrapporsi quello dell'assicurazione militare che non può essere chiamata a rispondere per richieste eccessive. Inoltre, come rileva giustamente l'Ufficio ricorrente, non può passare inosservato il fatto che una tale applicazione analogica della prassi sull'economicità delle cure Spitex creerebbe, per l'assicurazione militare, degli oneri in termini di spesa assoluta ben superiori rispetto a quelli riscontrabili in ambito LAMal. Conseguenza, questa, dovuta al fatto che il legislatore - contrariamente a quanto previsto in ambito di assicurazione malattia (art. 50 LAMal), dove l'assicuratore assume per

la degenza in casa di cura unicamente le stesse prestazioni in caso di cura ambulatoriale e a domicilio - ha di principio - nella misura in cui reputata necessaria a dipendenza di un danno assicurato alla salute (Maeschi, op. cit., pag. 157) - posto a carico dell'assicurazione militare i costi interi di una tale degenza.
6.5.3 Alla luce di queste premesse, il Tribunale federale delle assicurazioni ritiene di potere sì riprendere il principio di base formulato in ambito LAMal secondo cui un trattamento a domicilio è da considerare ineconomico soltanto se, a parità di efficacia ed appropriatezza, conduce a una sproporzione manifesta tra le spese così generate e i costi derivanti da una degenza in una casa di cura. Allo stesso modo ritiene pure si possano e debbano valutare differentemente le richieste a dipendenza che le due forme di cura si equivalgano oppure no, potendo segnatamente nel caso in cui il trattamento a domicilio si riveli maggiormente efficace ed appropriato, distanziarsi ulteriormente da un rigoroso confronto contabile e lasciare spazio a una maggiore flessibilità. D'altra parte, tuttavia, considerata la differente struttura dei costi e delle prestazioni nei due ambiti, questa Corte preferisce non vincolarsi aprioristicamente alla prassi sviluppata per le cure Spitex a carico della LAMal, intendendo piuttosto procedere, di volta in volta, a un esame concreto nel singolo caso.
6.5.4 Nella fattispecie concreta, potendo partire dai valori accertati dalla pronuncia cantonale che l'UFAM non ha contestato nelle sue singole posizioni o ha addirittura riconosciuto - come si avvera per l'importo massimo di fr. 19'000.- mensili per la cura a domicilio già ammesso in passato e dal quale, a fronte di una situazione che non è certamente migliorata, non vi è motivo di scostarsi in questa sede -, si osserva che il trattamento domiciliare determina un maggiore onere di fr. 7'150.- mensili (o fr. 85'800.- annui; fattore differenziale: 160%) rispetto a quanto l'assicurazione militare sarebbe chiamata a pagare in caso di ricovero in una casa per anziani medicalizzata, i cui costi, tenendo conto dell'importo medio indicato dal perito giudiziario per una degenza presso la Clinica P._____, sono stati quantificati in fr. 11'850.- mensili dai primi giudici. Tale differenza si eleverebbe a fr. 11'035.60 (193%), rispettivamente a fr. 9'467.05 (179% ) mensili se si considerasse l'insieme delle spese di cura elencate dall'UFAM per il 2002 e il 2003. Per contro, per mancanza di congruenza con le prestazioni in esame, non possono essere inseriti in questo confronto gli oneri sopportati dall'assicurazione militare a titolo di
rendita d'invalidità e di rendita per menomazione dell'integrità.
6.5.5 Orbene, pur essendo innegabilmente in presenza di un caso limite che crea una spesa notevole in termini assoluti, questa Corte ritiene di potere condividere, nella sua sostanza, la valutazione dei primi giudici e di potere negare, in considerazione delle particolari circostanze del caso, l'esistenza di una sproporzione manifesta. La maggior efficacia ed appropriatezza della cura domiciliare, la particolarità dello stato di salute e l'ormai limitata prospettiva di vita dell'assicurato, nel frattempo 78enne e (sempre più) gravemente malato, nonché il rischio, evidenziato dal perito di parte dott. B._____ e certamente da non scartare, ancorché il perito giudiziario non sembri attribuirvi rilievo particolare, di un (ulteriore e magari definitivo) deperimento psichico associabile a un trasferimento in casa per anziani e allo sradicamento dalle abitudini e soprattutto dagli affetti domestici, non consentono infatti, in definitiva, malgrado il divario dei costi riscontrabile, di considerare manifestamente sproporzionate e quindi ineconomiche - quantomeno sotto questo aspetto - le prestazioni fornite a domicilio. Né esse possono dirsi tali - come tenta di dedurre a torto l'UFAM dalla sentenza in RAMI 1999 no. KV 64 pag. 70
consid. 4b - per il fatto che le cure non sono fornite temporaneamente, bensì per un periodo di tempo indeterminato.

7.
7.1 In esito alle suesposte considerazioni, la pronuncia impugnata merita di essere confermata, mentre il ricorso dev'essere respinto in quanto infondato. Di conseguenza è confermata l'autorizzazione per la cura a domicilio a partire dal 1°gennaio 2001.

7.2 Tenuto conto dell'esito del gravame, anche la domanda di riduzione a fr. 1'000.- delle ripetibili assegnate (fr. 9'000.-) in sede cantonale ïn considerazione dell'accoglimento del ricorso [...]e del mancato ricorso contro i dispositivi N. 2 e 3, non può trovare accoglimento.

7.3 Vertendo sull'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, la procedura è gratuita (art. 134 OG). Vincente in causa, K._____, patrocinato da un legale, ha diritto anche per la sede federale a ripetibili che, visto il particolare dispendio causato dalla complessità e dall'ampiezza dell'incarto da esaminare, si giustifica

di eccezionalmente maggiorare (159 cpv. 1 OG).

8.
Per completezza si ricorda infine - anche se la questione non è propriamente oggetto della presente vertenza - che incomberà comunque ancora all'UFAM esaminare in dettaglio l'economicità della cura a domicilio in quanto tale.

A tal riguardo giova rammentare che l'indennizzo deve vertere su un bisogno concreto e deve essere calcolato sulla base del tempo consacrato e in funzione di un salario orario conforme agli usi locali per il personale paramedico (Schlauri, op. cit., pag. 37, nota 123). Nel caso di specie, l'ipotesi di una ipermedicalizzazione nell'ambito di queste cure a domicilio non può essere scartata a priori. Al contrario, dall'incarto risulta ad es. che la moglie dell'assicurato fattura fr. 9'800.- mensili per le proprie prestazioni. Ciò che sembra eccedere (sensibilmente) il salario di un infermiere diplomato. Anche l'impiego di due persone a tempo pieno sembrerebbe potere ridurre notevolmente le spese. Un'attenta analisi dei costi si impone a maggior ragione poiché l'assicurato - in considerazione anche della posizione professionale precedentemente occupata - percepisce con ogni probabilità altre prestazioni assicurative molto elevate (segnatamente: una rendita AVS, prestazioni della previdenza professionale, una rendita d'invalidità dell'assicurazione militare nonché una rendita per menomazione dell'integrità).

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni pronuncia:

1.
Il ricorso di diritto amministrativo è respinto.

2.
Non si percepiscono spese giudiziarie.

3.
L'UFAM verserà a K._____ la somma di fr. 3'500.- (comprensiva dell'imposta sul valore aggiunto) a titolo di indennità di parte nella procedura federale.

4.
La presente sentenza sarà intimata alle parti e al Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, e Ufficio federale della sanità pubblica, Servizio assicurazione militare, Liebefeld.
Lucerna, 9 novembre 2005
In nome del Tribunale federale delle assicurazioni
La Presidente della Ia Camera: Il Cancelliere: