

BGer K_44/1998 vom 14. April 2000

Bundesgericht, 2000-04-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_44_1998

FR: TF K_44/1998 du 14 avril 2000

IT: TF K_44/1998 del 14 aprile 2000

Erwägungen

E. 1

Correttamente la precedente istanza ha ritenuto che alla fattispecie in esame - vertente sulla copertura di cure prestate nel 1996 - è applicabile la legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) (art. 103 LAMal e contrario).

E. 2

Controversa è la presa a carico, da parte della ricorrente, dei costi relativi alla degenza dell'assicurata, domiciliata in Ticino, presso la Clinica Y. _____ di Zurigo dal 26 gennaio al 2 febbraio 1996, a titolo di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Incontestata la necessità di ospedalizzazione fuori cantone per ragioni d'ordine medico, litigiosa è segnatamente la tariffa applicabile al ricovero, avvenuto nel periodo transitorio - dopo l'entrata in vigore della LAMal e prima dell'allestimento della nuova pianificazione ospedaliera cantonale - in una clinica privata non vincolata da convenzione tariffale con gli assicuratori malattia per quanto attiene al reparto comune.

E. 3

Nell'impugnato giudizio, cui può essere rimandato, la prima autorità di ricorso ha illustrato le norme che disciplinano il diritto alle prestazioni dell'assicurazione sociale contro le malattie in caso di cura stazionaria, ricordando altresì i principi di giurisprudenza sviluppati in questo contesto. Ha rettamente esposto che giusta

l'art. 2 cpv. 2 dell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della LAMal, i Cantoni devono approntare la pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero nonché gli elenchi giusta l' art. 39 LAMal entro il 1° gennaio 1998. Finché non è compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'art. 39 cpv. 1 lett. e, gli stabilimenti o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto (art. 101 cpv. 2 LAMal , prima frase). Circa l'obbligo degli assicuratori di fornire prestazioni e l'ammontare delle remunerazioni sono applicabili, fino alla data da stabilire dal Consiglio federale, le previgenti convenzioni o tariffe (seconda frase; cfr. anche gli art. 104 cpv. 1 LAMal e 8 cpv. 2 Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della LAMal; cfr. SVR 1999 KV no. 26 pag. 62 consid. 4).

La precedente istanza ha altresì ricordato che, giusta l' art. 41 cpv. 1 LAMal , l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia, ritenuto che in caso di cura ospedaliera o semiospedaliera l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. Per il cpv. 2 del medesimo disposto, se per motivi d'ordine medico l'assicurato ricorre ad un fornitore di prestazioni al di fuori del suo cantone di domicilio, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate nel cantone di domicilio dell'assicurato o, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera, in un ospedale fuori da questo cantone che figura nell'elenco allestito dal cantone di domicilio dell'assicurato, giusta

l'art. 39 cpv. 1 lett. e.

E. 4

In applicazione dell'esposto ordinamento legale, il Tribunale cantonale ha innanzitutto constatato che la Clinica Y._____ doveva pacificamente essere considerata un istituto di cura secondo il diritto previgente. Di conseguenza, in forza dell' art. 101 cpv. 2 LAMal , in assenza di pianificazione ospedaliera cantonale - situazione ancora vigente all'epoca delle cure in oggetto - essa doveva essere reputata un fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal. In concreto, essendo incontestatamente data la necessità di un ricovero fuori cantone per motivi d'ordine medico e non esistendo, al momento della degenza controversa, un elenco delle strutture extracantonali comprese nella pianificazione ticinese, ha concluso che l'obbligo prestativo della Cassa discendeva dall' art. 41 cpv. 2 LAMal e andava quindi definito conformemente alla tariffa applicabile alla clinica stessa.

Ora, a quest'ultimo proposito, interpellato C._____, capo dell'Ufficio assicurazione malattia ticinese, i primi giudici hanno accertato che la Clinica Y._____ sin dagli anni 80 - e comunque almeno fino all'entrata in vigore della LAMal - aveva regolarmente curato anche i pazienti ticinesi coperti solo per la divisione comune. In questi casi aveva praticato una fatturazione in analogia a quella dell'ospedale Z._____ ottenendo piena copertura da parte delle casse. Osservato in sostanza come la fattura emessa per i trattamenti prestati a D._____ fosse stata stilata conformemente a tale prassi e che quest'ultima, vigente in regime LAMI, doveva essere reputata alla stessa stregua di quelle che l' art. 101 cpv. 2 LAMal definisce "previgenti convenzioni o tariffe" e continuare quindi ad esplicitare la sua validità sino all'allestimento della pianificazione cantonale, la

precedente istanza ha ammesso l'obbligo per la CPT di coprire integralmente il ricovero controverso.

E. 5

La Cassa censura tali conclusioni ritenendo di non essere tenuta ad assumere la degenza litigiosa, effettuata in una clinica privata non convenzionata e sprovvista di reparto comune, in una misura superiore a quella già riconosciuta e calcolata sulla base della tariffa prevista dalle direttive del Concordato delle casse malati per l'ospedale Z._____, considerato come i pazienti cardiopatici ticinesi venissero a quell'epoca di regola ricoverati presso tale istituto. Ritiene che le considerazioni della giurisdizione cantonale comportino di fatto un ingiustificato svuotamento dello scopo perseguito dalla legge in relazione al problema del finanziamento dei costi ospedalieri e della partecipazione dei cantoni alle ospedalizzazioni al di fuori del cantone di domicilio. Non contesta che la Clinica Y._____ sia da considerare un fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal né di averne, sino alla fine del 1995, onorato le fatture relative a pazienti ticinesi curati nel "reparto comune". Sottolinea tuttavia come con tale stabilimento privato non sia mai stato concluso un accordo tariffale e assevera che l' art. 101 cpv. 2 LAMal non sarebbe applicabile a quegli istituti che - come la clinica in questione - all'entrata in vigore della LAMal non erano convenzionati con gli assicuratori malattia o per i quali non esisteva una tariffa fissata dal governo cantonale.

E. 6

Per i motivi esposti nella pronunzia impugnata - alle cui pertinenti considerazioni deve essere rimandato - l'assunto ricorsuale va disatteso.

Con riferimento al predetto periodo transitorio, tra l'entrata in vigore della LAMal e l'allestimento della

pianificazione cantonale giusta l'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal (cfr. art. 101 cpv. 2 LAMal), questa Corte ha già avuto modo di sottolineare la necessità di instaurare, soprattutto nell'interesse degli assicurati, una situazione giuridica non ambigua nelle relazioni tra casse malati e affiliati relativamente alla copertura di trattamenti dispensati da stabilimenti di cura non convenzionati in regime LAMI. In concreto, se è vero che la Clinica Y. _____ non era legata da accordi tariffali con le casse, è altrettanto vero che, all'entrata in vigore della nuova legge, vigeva comunque una prassi in materia di copertura delle degenze di Ticinesi ivi ospedalizzati per motivi d'ordine medico. Come ha in effetto illustrato il teste C. _____, sin dagli anni 80 il Cantone Ticino aveva instaurato una stretta collaborazione con detta clinica per quanto atteneva ai trattamenti stazionari di affezioni cardiache. Le fatture relative a ricoveri di Ticinesi coperti solo per la divisione comune venivano allestite in analogia con l'ospedale Z. _____ e erano regolarmente onorate dalle casse malati - inclusa la CPT -, malgrado la mancanza di una convenzione tariffale. Ora, con i primi giudici, questa Corte deve ritenere che, nello spirito delle esposte necessità di sicurezza giuridica e in applicazione della regola generale per la quale bisogna di principio ispirarsi all'ordinamento stabilito dal legislatore per casi simili, tale prassi deve essere considerata soddisfacente le esigenze legali di cui all' art. 101 cpv. 2 LAMal e mantenere quindi transitoriamente la sua validità anche dopo l'entrata in vigore della LAMal e sino a compilazione ultimata della pianificazione ospedaliera cantonale. Né d'altra parte può essere condiviso l'assunto ricorsuale per cui l' art. 101 cpv. 2 LAMal non sarebbe in concreto applicabile dal momento che la Clinica Y. _____ non era convenzionata all'epoca della degenza controversa.

Chiaramente infatti, secondo tale norma, sino alla compilazione dell'elenco degli ospedali di cui all'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal, continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto gli stabilimenti di cura ritenuti tali in virtù della LAMI (cfr. anche SVR 1999 KV no. 26 pag. 62 consid. 4). Ora, se un istituto è uno stabilimento di cura giusta il previgente disciplinamento si decide esclusivamente secondo i criteri posti dall' art. 23 cpv. 1 Ord . III LAMI e dalla relativa giurisprudenza (cfr. DTF 120V 201 consid. 5 e riferimenti; cfr. anche RAMA 1994 K 942 pag. 181 consid. 4 e 1992 K 892 pag. 99). Non è per contro di rilievo il fatto che in regime LAMI non fosse stata stipulata una convenzione tariffaria con le casse malati o che il governo cantonale non avesse emanato una tariffa e nemmeno la circostanza che l'istituto di cura sia sprovvisto di una divisione comune (cfr. DTF 123 V 302 consid. 6b/bb, 120 V 201 consid. 5a e 96 V 11 consid. 3a).

Quanto infine all'allegazione dell'insorgente per la quale il pagamento della fattura da parte dell'opponente dovrebbe essere interpretato quale consenso concludente ad una "cura privata", essa si rileva, alla luce delle concrete circostanze desumibili dagli atti, manifestamente pretestuosa e priva di pertinenza giuridica.

E. 7

Con il suo gravame la Cassa non fa valere altri elementi che siano rimasti inosservati dalla precedente istanza né argomenti suscettibili di infirmarne le conclusioni. L'impugnativa si appalesa quindi infondata e dev'essere disattesa, mentre merita integrale conferma il giudizio impugnato.