

# **TI\_GERICHTE 36.2000.15 vom 17. Dezember 1999**

TI Tribunale d'appello, 1999-12-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.15)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.15 du 17 décembre 1999

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.15 del 17 dicembre 1999

## **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

### **E. 2**

L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente." Questi presupposti si applicano a tutte le prestazioni fondate sulla LAMal (Eugster, Krankenversicherung, p. 52 N 100ss in U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998). Se una prestazione è appropriata si valuta secondo criteri medici (Eugster, op. cit., p. 185). Il presupposto dell'economicità della prestazione risulta pure dall'art. 56 LAMal, secondo cui il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto l'esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa dalla LAMal (DTF 127 V 47 consid. 2b; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; cfr. RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b), sono considerate ineconomiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287; Eugster: p. 53 N 215). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 47; DTF 125 V 98 consid. 2b; STFA non pubbl. del 21 marzo 2001 in re V). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). 2.4. Secondo l'art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. Giusta l'art 49 cpv. 3 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dell'art 49 cpv. 1 e 2 finchè il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art 50. Secondo questo disposto, in assenza di una convenzione prevedente remunerazioni forfettarie, l'assicuratore assume, per le degenze in caso di cura, le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Secondo la giurisprudenza un soggiorno ospedaliero non implica di per sé l'obbligo prestativo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera é la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero

(DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg; 1977 pag. 167 e seg; 1989 pag. 154 e seg). Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere presuppone, in forza dell'art. 56 LAMal, che la degenza ospedaliera sia richiesta dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo del trattamento. Non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione senza compromettere il buon esito del trattamento, ledendo, così, il diritto dell'assicurato ad essere curato in modo adeguato. Il TFA si è, al proposito, così espresso: " Aus Art. 56 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 3 KVG folgt u.a., dass ein Aufenthalt im Akutspital zum Spitaltarif nach Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG nur so lange durchgeführt werden darf, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist" (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl. , Bern 1997, S. 165 N. 28). ..." (STFA 26.11.1998 in re E.F. e H.F. c. K.). Il presupposto della necessità è pure dato se i trattamenti ambulatoriali si sono esauriti e solo tramite una degenza ospedaliera si prospetta un successo (cfr. Eugster p. 70; DTF 120 V 206 consid. 6a). In questo caso un'ospedalizzazione può essere giustificata anche se il trattamento eseguito, non avrebbe, da solo, adempiuto i presupposti per una degenza ospedaliera (DTF 120 V 206 consid. 6a). Determinante per stabilire la necessità è lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'entrata all'ospedale (RAMI 1994 K 939).

2.5 Il fatto che sia stata effettuata una terapia intensiva secondo un programma medico definito non modifica la natura della cura: infatti, va ricordato che il TFA ha già negato la necessità di cura ospedaliera per caso acuto in casi in cui era prescritta un'intensa fisioterapia poiché, secondo la Corte federale, la ginnastica medica e la ginnastica in acqua svolte allo scopo di rafforzare e stabilizzare la schiena e per migliorarne le funzioni possono, di regola, essere effettuate ambulatoriamente e - il TFA ha, pure, aggiunto che - "non rappresenta un motivo oggettivo e sufficiente a fondare la necessità di cura ospedaliera (n.d.r: cioè di cura come caso acuto) il fatto che, in una clinica reumatologica, le terapie fisiche vengono suddivise durante tutta la giornata con pause di recupero e di riposo" (STFA 8 ottobre 1992 in re C. non pubbl.). Secondo il TFA, una cura balneologica può fondare l'obbligo per le casse di concedere le prestazioni previste in caso di cura ospedaliera soltanto in presenza di patologie concomitanti (quali affezioni internistiche o affezioni all'apparato locomotorio) che rendono necessario un controllo medico intenso e l'utilizzo di infrastrutture presenti soltanto in ambiente ospedaliero (RAMI 1990, p. 24ss; 1987 109ss; STFA 3 giugno 1992 in re O. c. F. , pubbl. parzialmente in RDAT II 1992 p. 143-144).

2.6 Nel caso in esame agli atti sono stati versati diversi certificati medici sottoscritti dal dottor \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, da cui risulta che \_\_\_\_\_, beneficiario di rendita AI dal 1981, si è ripetutamente sottoposto a cure termali a \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e a diversi cicli di fisioterapia dal 1992 al 1996. La diagnosi posta dal medico a motivazione delle cure mediche era di lombosciatologia, ernia discale e cervicale, dolori tendomuscolari diffusi e ipertensione arteriosa, che provoca difficoltà nel sopportare gli antidolorifici (cfr. doc. \_). Pure altri rapporti medici agli atti (doc. \_) attestano le affezioni diagnosticate dal curante (cfr. il rapporto dettagliato del dottor \_\_\_\_\_ all'attenzione della \_\_\_\_\_). Un trattamento stazionario presso la \_\_\_\_\_ era stato autorizzato nel 1996 (cfr. doc. \_). Pendente causa la convenuta non ha voluto indicare i motivi per cui in quell'occasione aveva autorizzato una cura ospedaliera del tipo di quella in esame, precisando che questo punto non è litigioso e che la Cassa può modificare la propria prassi (XXVIII). Nella richiesta di garanzia del 17 maggio 1999, relativa ad una cura stazionaria a \_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi precedentemente poste, attestando che \_\_\_\_\_ soffre di ernia discale - cervicale e lombare - con spondilartrosi e che essendo la sintomatologia molto intensa, è costretto ad assumere grosse quantità di

antidolorifici. Egli ha inoltre aggiunto che il paziente presenta anche un'ipertensione arteriosa, per, almeno in buona parte, l'uso dei citati medicinali è controindicato (doc. \_ inc. \_). In data 27 agosto 1999 il medico ha precisato che il paziente è in sua cura dal 1981 per le affezioni citate, che è molto sofferente e che le cure indicate attenuerebbero la sintomatologia abbastanza a lungo da permettergli di vivere in maniera sopportabile (doc. \_). Al rapporto è stato allegato un referto medico dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ del 1993, da cui risultano i disturbi di cui soffre l'assicurato. Dal canto suo in un rapporto medico circostanziato del 13 dicembre 1999 (doc. \_) il dottor \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna e medico fiduciario della Cassa, dopo aver preso contatto con il dottor \_\_\_\_\_, ha evidenziato che "il trattamento necessario per il paziente rientra però nel concetto di cura termale, associata ad una fisioterapia ambulatoriale, eventualmente intensiva, in assenza di una indicazione per una cura di tipo ospedaliero", aggiungendo che "Una cura stazionaria in ambiente ospedaliero sarebbe sicuramente efficace. Gli stessi obiettivi possono però essere raggiunti in modo più economico, senza alcun pregiudizio per la salute del paziente, anche con una cura termale combinata con fisioterapia. Per questo motivo in questo caso una cura di tipo ospedaliero non può essere considerata economica ai sensi dell'art. 32 LAMal." per concludere che "per la cura del paziente è in questo caso indicato un trattamento termale combinato con una fisioterapia intensiva da effettuare sotto forma ambulatoriale, non essendovi i presupposti per una cura di tipo ospedaliero. Una semplice cura ambulatoriale di fisioterapia non permetterebbe invece probabilmente di raggiungere gli stessi obiettivi. Per questo motivo è opportuno che si verifichi in concreto se con gli aiuti finanziari erogati da parte della Assicurazione questo tipo di trattamento potrà essere effettuato." Pendente causa il dottor \_\_\_\_\_ ha redatto un nuovo certificato medico in cui ha evidenziato che oltre alle patologie lombari e cervicali il paziente "è anche iperteso e soffre di disturbi gastrici a causa dei quali sono controindicate terapie medicamentose troppo forti e prolungate. Data l'estensione dei disturbi stessi e la loro entità una cura stazionaria a \_\_\_\_\_ assume il carattere di stringente indicazione perché trattamenti ambulatoriali non avrebbero l'intensità e l'efficacia che già nel passato hanno dimostrato le cure termali stazionarie". Il dottor \_\_\_\_\_ ha a sua volta preso posizione sul nuovo certificato confermando la precedente presa di posizione (XVI, doc. \_). 2.7 Dalla documentazione medica menzionata risulta senza alcun dubbio, ed il fatto non è contestato, che il ricorrente necessita di una cura termale abbinata ad una cura fisioterapica. Non è invece provato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali che l'assicurato necessiti di un trattamento ospedaliero (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211). Il riconoscimento di questa cura risulterebbe quindi ineconomico. In effetti nei rapporti medici redatti dal dottor \_\_\_\_\_ non viene attestata in maniera convincente l'asserita inefficacia di un'eventuale cura ambulatoriale di tipo termale con fisioterapia che implicherebbe l'esecuzione dei provvedimenti sanitari in ambito stazionario. Non è neppure provato che gli effetti benefici dei trattamenti ambulatoriali si sarebbero esauriti. Dai documenti prodotti in causa non risulta infatti che dopo il 1996, data della cura stazionaria eseguita a \_\_\_\_\_, l'assicurato sia stata sottoposto a fisioterapia o a cura balneoterapica (doc. \_). Se è vero poi che l'assicurato soffre, oltre che di patologie di natura ortopedica e reumatica, anche di affezioni concomitanti di natura internistica (ipertensione e disturbi gastrici), è altrettanto vero che le stesse non necessitano di un controllo medico talmente intenso da dover essere svolto in ospedale e neppure l'utilizzo di infrastrutture presenti solo in ambiente ospedaliero. In effetti l'ipertensione arteriosa è indicata come affezione

secondaria, a causa della quale l'assicurato non sopporta una quantità elevata di antidolorifici. Il dottor \_\_\_\_\_ non ha invece mai affermato che si tratterebbe di un'affezione concomitante talmente grave da necessitare un controllo medico intenso. Si deve pertanto ritenere che un controllo dei medicinali è necessario, ma che esso può essere effettuato ambulatorialmente. Inoltre la diagnosi posta in questa sede corrisponde a quelle precedenti in seguito a cui l'assicurato si è sottoposto da un lato a fisioterapia e dall'altro a cure termali, non a un trattamento ospedaliero. In simili circostanze secondo questa Corte risulta convincente il rapporto medico del dottor \_\_\_\_\_, del resto approfondito e ben motivato, secondo cui se un trattamento ospedaliero sarebbe efficace, lo è anche la fisioterapia combinata con una cura termale ambulatoriale, nel cui ambito l'interessato si sottoporrà ad un controllo relativo alla posologia dei medicinali. Al riguardo occorre rilevare che, secondo l'art. 56 LAMal "

#### **E. 4**

Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

#### **E. 5**

Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni". La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI - che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, op. cit. p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (cfr. DTF 127 V 48, consid. 2d e dottrina citata). Da un punto di vista del diritto probatorio i rapporti e le perizie dei medici fiduciari hanno lo stesso valore dei rapporti medici interni e delle perizie degli assicuratori LAINF (Eugster, op. cit. P. 34 N 65 e DTF 122 V 161). Da queste perizie ci si scosta in particolare se indizi concreti inducono a ritenerla inaffidabile (SVR 2000 IV no. 10). Come sopraesposto non è il caso nella fattispecie. In tali circostanze questa Corte non ritiene pertanto necessario far esperire, pendente causa, una perizia specialistica, in quanto la situazione medica appare sufficientemente chiarita. Non incide peraltro sull'esito della presente vertenza la circostanza che nel 1996 \_\_\_\_\_ sia stato sottoposto ad un trattamento stazionario. Decisivo è il fatto che nel caso concreto non sono dati i presupposti per una cura da svolgere in ambiente ospedaliero. In queste circostanze alla Cassa non può essere fatto obbligo di far fronte alle spese per la degenza ospedaliera prescritta dal dottor \_\_\_\_\_. Il ricorso dev'essere pertanto respinto. B. Assicurazioni complementari 2.10 L'assicurato chiede che venga erogato lo stesso tipo di prestazioni anche in base alle prestazioni complementari contratte con la \_\_\_\_\_. L'assicurazione contro le malattie è stata retta, sino al 31 dicembre 1995 dalla LAMI che è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo quanto disposto dall'art 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di

puro diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) e dalle condizioni generali emesse dall'assicurazione. 2.11 Dalle assicurazioni per emergenze e per cure e assistenza l'assicurato non può dedurre alcun diritto a prestazioni (doc. \_). All'art. 13 l'assicurazione standard \_\_\_\_\_ prevede invece che l'assicurazione paga i costi per medici, farmacisti, chiropratici e di altri fornitori di prestazioni menzionati nella LAMal (lett. a). Secondo la lett. l vengono rimborsati i costi della divisione comune degli ospedali pubblici e privati in tutta la Svizzera, elencati sulla lista secondo la LAMal considerata vincolante per la \_\_\_\_\_ e sulla lista degli ospedali con tariffa riconosciuta senza quota parte nell'assicurazione standard \_\_\_\_\_. L'art. 15 alla cif. 2 delle medesime condizioni prevede inoltre che non sono assicurate le prestazioni non riconosciute scientificamente, non prescritte da un medico, non adatte allo scopo e non economiche, se le CGA non menzionano esplicitamente altro. Dal tenore della disposizione succitata emerge che il riconoscimento di una prestazione complementare fondata sull'assicurazione standard \_\_\_\_\_ deve adempiere i medesimi presupposti previsti dall'art. 32 LAMal (cfr. consid. 2.3). In simili condizioni non può essere riconosciuta alcuna prestazione a favore di \_\_\_\_\_ neppure in base alle disposizioni delle assicurazioni complementari.

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