

TI_GERICHTE 36.2000.18 vom 3. Januar 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-01-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.18

FR: TI_GERICHTE 36.2000.18 du 3 janvier 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.18 del 3 gennaio 2000

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'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. In casu dalla documentazione agli atti risulta che _____ beneficia di una rendita intera di invalidità. A proposito del suo stato di salute il dottor _____ ha in particolare certificato che la paziente soffre di "ernia discale lombare recidivata dopo intervento di piccola ernia cervicale C6/C7 e di dolori diffusi di tipo fibromialgico". Inoltre l'uso di medicinali antireumatici provoca disturbi gastrici. A detta del medico l'estensione e l'intensità della sintomatologia sono tali che sarebbero difficilmente influenzabili - come del resto nel passato - da cure fisioterapiche ambulatoriali (doc. _). Di conseguenza egli ritiene opportuno sottoporre la paziente ad un trattamento stazionario in un centro termale. Dalla documentazione agli atti risulta pure che dal 14 marzo al 4 aprile 1996 l'assicurata è stata sottoposta ad un trattamento stazionario alla _____ d (XX; doc. _ ;). Dal rapporto della clinica risulta che " Die vielen, von der Patientin angegebenen Beschwerden zusammen mit der depressiven Grundstimmung lassen uns am ehesten an eine Fibromyalgie denken. Die entsprechenden Druckpunkte konnten alle nachgewiesen werden. Zudem scheinen uns die klinischen und radiologischen Befunde im Bereich des Achsenskelettes die beklagten Beschwerden nicht hinreichend zu erklären. Mit dem Ziel der Schmerzlinderung und der Mehrung der Beweglichkeit führten wir entsprechend

folgende Therapien durch: Tägliche Thermalbad, gezielte individuelle Physiotherapie, Vichyduschen, Wickel mit Massagen, funktionelle Gruppengymnastik sowie Entspannungstherapie. 1'000 kcal Reduktionsdiät. Dafalgan i. Reserve. Frau _____ hat alle diese Therapien gut ertragen und äussert sich bei Austritt sehr zufrieden über den Verlauf. Die Schmerzen hätten abgenommen und sie fühle sich, entspannter und erholt. Zwar seien immer noch überall Schmerzpunkte vorhanden, aber immerhin vermindert; vor allem im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule." A proposito dell'assunzione dei costi di questa cura, la _____ ha precisato, pendente ricorso, che la misura della stessa era pari al 15%, in quanto l'importo restante è stato rimborsato dalla _____, assicuratore per occupanti di veicoli a motore, intervenuto in seguito ad un infortunio occorso il data 23 agosto 1991 (XX). Dal canto suo in un rapporto medico circostanziato del 13 dicembre 1999 il dottor _____, specialista in medicina interna e medico fiduciario della Cassa, dopo aver preso contatto con il dottor _____, ha evidenziato che " Le condizioni di salute della paziente ed il trattamento necessario per la sua cura non costituiscono una indicazione per un soggiorno in ambiente ospedaliero. La paziente presenta dei disturbi cronici non invalidanti, che hanno in passato tratto beneficio da cure stazionarie di tipo termale combinate con fisioterapia. Anche in occasione del ricovero a _____ nel 1996 (14.03. ■ 04.04.1996) è stata effettuata una cura di questo tipo." e quindi le cure necessarie per la paziente possono essere effettuate presso un centro per cura termale attrezzato di un reparto di fisioterapia. Egli ha inoltre aggiunto 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." concludendo che " per la cura della 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 ribadito la propria opinione. 2.8. Dalla documentazione medica menzionata risulta senza alcun dubbio, ed il fatto non è contestato, che la ricorrente/attrice necessita di una cura termale abbinata a fisioterapia. Secondo questa Corte non è invece provato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali, che l'assicurato necessiti un trattamento da eseguire in ambiente 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 dai rapporti medici redatti dal dottor _____ non viene attestato in maniera convincente l'asserita inefficacia di una 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, l'assicurata sia stata sottoposta a fisioterapia o a cura balneoterapica. Nel caso in esame oltre ad essere presenti patologie di natura ortopedica e reumatologica vi sono anche patologie concomitanti di natura internistica (disturbi gastrici in seguito all'ingestione di antireumatici). E' assodato che queste ultime non necessitano comunque di un controllo medico talmente intenso da dover essere svolto in ospedale e neppure l'utilizzo di

infrastrutture presenti solo in ambiente ospedaliero. Tale fatto non è mai stato attestato dal curante dott. _____. Si deve ritenere che un simile controllo può dunque essere effettuato anche ambulatorialmente. In simili circostanze a mente di questa Corte risulta pertanto convincente e verosimile il rapporto ben approfondito e motivato del dottor _____, medico fiduciario della Cassa malati convenuta, secondo cui una cura ambulatoriale composta da fisioterapia e una cura termale, con controllo della posologia dei medicinali, è efficace tanto quanto una cura stazionaria. 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. Infine non modifica l'esito della presente vertenza neppure il fatto che _____ sia stata sottoposta a trattamento stazionario intensivo nel 1996 presso la _____. In effetti dal rapporto redatto dai curanti risulta che le cure a cui è stata allora sottoposta l'assicurata (cfr. consid. 2.6) potevano essere verosimilmente eseguite ambulatorialmente, conformemente a quanto statuito dalla giurisprudenza del TFA (cfr. consid. 2.4). In particolare l'interessata si è appunto sottoposta a cura fisioterapica intensa e ginnastica in acqua, allo scopo di rafforzare e stabilizzare la schiena, di rilassare e migliorarne le funzioni. A queste condizioni non è quindi data l'indicazione per un trattamento stazionario. In queste circostanze il ricorso dev'essere respinto, in quanto non è data l'indicazione di un trattamento in ambiente ospedaliero. B. Assicurazioni complementari 2.10 L'assicurata chiede che venga erogato lo stesso tipo di prestazioni anche in base alle prestazioni complementari contratte con la _____. L'assicurazione contro le malattie é stata retta, sino al 31 dicembre 1995 dalla LAMI che é 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'assicurata non può dedurre alcun diritto a prestazioni. All'art. 13 l'assicurazione _____ 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. 1 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 cfr. 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 quindi 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.