

TI_GERICHTE 36.2000.2 vom 25. November 1999

TI Tribunale d'appello, 1999-11-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.2

FR: TI_GERICHTE 36.2000.2 du 25 novembre 1999

IT: TI_GERICHTE 36.2000.2 del 25 novembre 1999

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare: - per la lett. a: gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica; - per la lett. b: le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico. Giusta l'art 33 cpv. 1 LAMal, il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni. Il cpv. 3 dello stesso articolo prevede, poi, che il Consiglio federale determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o ineconomicità sono ancora in fase di valutazione. Nel commento all'art. 33 cpv. 1 (art. 27 del Progetto) il Consiglio federale ha affermato quanto segue: " ...Occorre considerare questa disposizione potestativa come una "presunzione favorevole" nei loro confronti (n.d.r.: dei medici). Essa prevede infatti che tutte le prestazioni fornite da un medico o da un chiropratico siano reputate a priori a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Non può essere conseguentemente stabilito alcun catalogo "positivo" - esauriente - di dette prestazioni, bensì soltanto un ristretto catalogo "negativo" o "condizionale". Al riguardo dobbiamo insistere sul fatto che questa possibilità, d'ora in poi iscritta nella legge stessa per motivi di sistematica e di trasparenza, non è nuova. Essa corrisponde alla prassi attuale in materia di prestazioni generali, il cui principio non è mai stato rimesso in discussione (art. 21 OIII, RS 832.140; ODFI 9 RS 832.141.13). Stando alle esperienze effettuate sinora, tutto induce a credere che soltanto le prestazioni nuove o contestate non saranno coperte o saranno assunte solo parzialmente provvisoriamente oppure saranno sottoposte a speciali condizioni (ad es., una prestazione può aver luogo soltanto in un determinato centro poiché soltanto quest'ultimo dispone dell'esperienza sufficiente). ..." (Messaggio, pag. 66 e 67) Il concetto espresso dal legislatore è stato ripreso dal TFA: "cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art 32 al 1 LAMal (ATF 125 V

E. 28

consid 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste “négative” des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n’y répondraient que partiellement ou sous condition. ...” (STFA 8.9.1999 in re Y.V-A c. Supra consid 1a) Dunque, la legge ha posto la presunzione secondo cui le prestazioni fornite dai medici soddisfano i principi posti dall'art. 32 LAMal, in particolare soddisfano il criterio dell'efficacia/ riconoscimento scientifico. Per una questione di chiarezza, di sicurezza del diritto e di garanzia della parità di trattamento degli assicurati, il Consiglio federale è stato incaricato di allestire una lista delle prestazioni che, invece, non soddisfano i presupposti di tale disposto. Con l'art

E. 33

cpv. 5 LAMal - il compito di designare le prestazioni al Dipartimento federale degli interni che l'ha assolto emanando, il 29.9.1995, l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre; RS 832.112.31). Quest'ordinanza definisce, in particolare, le prestazioni i cui costi a) i costi sono presi a carico b) sono presi a carico a determinate condizioni c) non sono presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Secondo quanto indicato nella sua premessa, nell'Allegato I OPre sono registrate: - le prestazioni la cui efficacia, adeguatezza o economicità sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e i cui costi sono presi a carico in ogni caso o a determinate condizioni sia non assunti - le prestazioni la cui efficacia, adeguatezza o carattere economico sono ancora in corso di valutazione ma i cui costi sono presi a carico a determinate condizioni - le prestazioni particolarmente costose o difficili i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto se sono praticate da fornitori di prestazioni qualificati. Come essa stessa avverte nella premessa e così come chiaramente indicato dal legislatore, la lista dell'Allegato I OPre - lista in buona parte ripresa senza modifiche dall'ODFI 9 del 18.12.1990 - e lo stesso vale, evidentemente per l'Allegato II - non contiene un'enumerazione esaustiva delle prestazioni a carico o no dell'assicurazione obbligatoria. Si tratta di una lista suscettibile di continua evoluzione a dipendenza dell'evoluzione della scienza medica, o delle decisioni dell'autorità amministrativa. In ambito LAMI, la lista delle prestazioni ha spesso fatto oggetto di verifiche giudiziarie. In ambito LAMal, il TFA ha precisato che (DTF 124 II pag. 245 consid 3; 125 V pag. 15 consid 2a) sia la sicurezza del diritto che il principio dell'uguaglianza di trattamento impongono che l'Allegato I OPre venga, di principio, considerato - diversamente da quanto succedeva in ambito LAMI con l'ODFI 9 - come una lista non suscettibile di esame giudiziario relativamente alle prestazioni non assumibili nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Relativamente alle prestazioni a carico degli assicuratori, invece, questa lista - vista la presunzione posta dal legislatore - conserva il suo carattere semplicemente esemplificativo. 2.5. L'OPre ed i suoi allegati hanno subito, dal 1996 in poi, diverse modifiche. Ritenuto che vale il principio secondo il quale sono determinanti i disposti legali vigenti al momento in cui si verifica la fattispecie da disciplinare o che ha comportato delle conseguenze giuridiche (DTF 119 Ib 110, 113 Ib 249 consid. 2a, 112 Ib 42 consid. 1c), applicabili alla fattispecie sono l'OPre e i suoi allegati nel tenore valido nel 1998. 2.6. Giusta l'art 20 Opre, i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici per i quali l'assicurazione deve assumere una determinata remunerazione sono definiti per gruppo e per campo d'applicazione nell'allegato 2. Per l'art 22 Opre, l'ammissione nell'elenco può essere vincolata a limitazioni. La limitazione può segnatamente concernere la quantità, la durata d'utilizzo, le indicazioni mediche o l'età degli assicurati e, per l'art 23 Opre, riguardo le categorie dei mezzi e degli apparecchi indicati nell'elenco, possono essere consegnati quelli che la legislazione federale o

cantonale permette di veicolare. L'art 24 Opre definisce i criteri per la remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici o terapeutici come segue. I mezzi e gli apparecchi sono remunerati al massimo fino ad un importo pari a quello indicato nell'elenco per la corrispondente categoria (cpv. 1). Se l'importo fatturato dal centro di consegna supera quello indicato nell'elenco, la differenza è a carico dell'assicurato (cpv. 2). L'ammontare della remunerazione può corrispondere al prezzo di vendita o di noleggio. I mezzi e gli apparecchi costosi che possono essere riutilizzati da altri pazienti vengono di regola noleggiati (cpv. 3) L'assicurazione assume i costi conformemente all'Allegato 2 solo per mezzi e apparecchi pronti ad essere utilizzati. In caso di vendita, può essere prevista nell'elenco una remunerazione dei costi d'adeguamento e di manutenzione necessari. I costi di adeguamento e di manutenzione sono compresi nel prezzo di noleggio (cpv. 4). Infine, l'art 24 a OPre - in vigore dal 1.1.1997 (modifica del 20 dicembre 1996) e abrogato con effetto dal 1.1.2000 con la modifica del 29.6.1999 (RU 1999 2517) - dispone che i mezzi e gli apparecchi dei gruppi di prodotti protesi, ortesi, calzature, plantari e apparecchi acustici che non figurano nell'allegato 2 sono remunerati secondo le tariffe convenzionate comuni agli assicuratori LAINF, all'assicurazione militare e all'assicurazione invalidità. 2.7. Come visto, l'elenco dei mezzi e degli apparecchi ai sensi degli art 20 e seg. OPre si trova nell'Allegato 2 all'OPre. Le ortesi sono elencate nel gruppo di prodotti 23. In questo gruppo - tenore in vigore nel 1998 - non sono state indicate le ortesi per le ginocchia: in esso troviamo soltanto gli apparecchi estensori dell'anca per bambini (23.05.02), le stecche per la mano (23.07.01) e le stecche per l'avambraccio (23.08.01). Tuttavia, l'elenco dei mezzi di cui al gruppo 23 termina con l'indicazione espressa " vedi l'articolo 24a". Dunque, contrariamente a quanto ritenuto dalla cassa convenuta, il mancato inserimento delle ortesi delle ginocchia nell'Allegato 2 all'OPre non è sufficiente a negare il suo obbligo contributivo. Infatti, in forza dell'art 24 a OPre, anche i mezzi e gli apparecchi dei gruppi di prodotti protesi, ortesi, calzature, plantari e apparecchi acustici che non figurano nell'allegato 2 sono assunti nella misura in cui figurano nelle tariffe convenzionate comuni agli assicuratori LAINF, all'assicurazione militare e all'assicurazione invalidità. Le ortesi del ginocchio sono contemplate al punto 452000 (452 101 - 452 310) delle tariffe convenzionate secondo cui esse sono prescritte "lors d'arthrodèse, gonarthrose, contractures, déchirures ligamentaires récentes ou anciennes, instabilité en tiroir postérieur et/ou intérieur, instabilités ligamentaires latérales des tendons latéraux, ostéotomie du plateau tibial". Senza, dunque, che sia necessario verificare se effettivamente, come sostenuto dalla parte ricorrente, la cassa convenuta aveva garantito l'assunzione dei costi delle ortesi delle ginocchia, il ricorso va accolto e la decisione impugnata va annullata. Gli atti vanno rinviati alla _____ affinché verifichi se l'affezione presentata dalla piccola _____ è una di quelle indicate nelle tariffe convenzionate come malattia per cui sono prescritte le ortesi e, nell'affermativa, determini, sulla scorta delle tariffe convenzionate comuni agli assicuratori LAINF, all'assicurazione militare e all'assicurazione invalidità, l'ammontare del contributo dovuto all'assicurata per le ortesi prescritte dal dott. _____ e costruite dall'Ortopedia _____.