

## **TI\_GERICHTE 36.2000.3 vom 9. Dezember 1999**

TI Tribunale d'appello, 1999-12-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.3)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.3 du 9 décembre 1999

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.3 del 9 dicembre 1999

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera è 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. \_\_\_\_\_) 2.5. Nel corso del mese di ottobre 1999 l'\_\_\_\_\_ ha posto alcune domande al dott. \_\_\_\_\_, spec FMH in chirurgia ortopedica, primario dell'Ospedale \_\_\_\_\_. 2.6. Risulta dalle risposte date dal primario che, al momento della sua dimissione dall'\_\_\_\_\_, la signora \_\_\_\_\_ era "impossibilitata nei movimenti quotidiani (vestirsi da sola, inabilità completa ad effettuare lavori domestici,...)" e che essa necessitava "immediatamente di fisioterapia quotidiana di pendolare la spalla sx" e, passate 3 settimane dall'intervento "di movimenti attivi assistiti senza limitazione della spalla sx" (doc \_). I medici della Clinica di \_\_\_\_\_, nei loro rapporti 13 e 19 ottobre 1999, hanno scritto quanto segue: " La paziente è stata ricoverata presso il nostro centro per un ciclo di fisioterapia stazionaria a seguito del summenzionato intervento chirurgico di osteosintesi dell'omero sinistro. Stato iniziale : All'entrata troviamo una paziente in condizioni cliniche generali ridotte, compensata cardiopolmonarmente, normotesa, aritmica con soffio sistolico 2/6 sul focolaio

aortico ed una immobilizzazione dell'intera cintura scapolare e del gomito con una fasciatura (polisling). Forte limitazione funzionale dolorosa a livello della spalla sinistra senza permesso di mobilizzazione attiva fino al prossimo controllo radiologico ed ortopedico previsto fra tre settimane. Nessuna limitazione funzionale a livello del gomito e del polso sinistro. Vi è poi una problematica a livello del rachide con una sindrome cervico e lombovertebrale cronica, recidivante su gravi alterazioni statiche e degenerative della colonna. Presenta inoltre una varicosi agli arti inferiori di I°. Obiettivi terapeutici : Allo scopo di ottimizzare il recupero funzionale dell'arto superiore sinistro, abbiamo previsto un trattamento riabilitativo intensivo basato principalmente su una lenta mobilizzazione passiva della spalla sinistra con lo scopo di distendere i tessuti capsulo-legamentosi e tendinei e di mantenere il trofismo articolare. Abbiamo quindi praticato anche la mobilizzazione assistita ed attiva per le altre articolazioni degli arti ed alcuni personali esercizi isotonici mirati a ripristinare la mobilità, la forza e la funzionalità del membro superiore sinistro. Nonostante il trattamento riabilitativo intensivo, la paziente per il momento non ha ancora raggiunto un grado di autonomia tale da permetterle un rientro al proprio domicilio. Segnaliamo che in data 18 ottobre è prevista una rivalutazione radiologica ed ortopedica e rimozione del materiale osteosintetico dell'arto superiore sinistro, che sicuramente ostacolava il programma riabilitativo necessario al ripristino funzionale dell'arto lesa." (doc. \_) " Osservazioni: Facendo riferimento alla nostra precedente lettera del 3.10.1999, la informiamo sull'evoluzione della paziente summenzionata. La mobilizzazione progressiva della spalla e dell'arto superiore sinistro procedono progressivamente. Come già segnalato, la paziente è stata sottoposta ieri (18.10.1999) ad un intervento di asportazione parziale del materiale di osteosintesi (filì di Kirschner) presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ (PD, \_\_\_\_\_, primario ortopedia, Ospedale \_\_\_\_\_). L'asportazione del rimanente materiale è prevista tra circa 3 settimane. Come a colloquio telefonico intercorso fra lei e la signora \_\_\_\_\_, attualmente non sussistono le premesse per una dimissione al proprio domicilio, in quanto la paziente non è assolutamente autonoma. Il trattamento riabilitativo prevede una mobilizzazione con movimenti pendolari, rotatori progressivamente e di abduzione. Durante la giornata la paziente porta ancora una fascia di fissazione protettiva. Dal punto di vista medicamentoso, conseguentemente all'intervento citato più sopra, abbiamo dovuto fare delle correzioni per una problematica analgesica non indifferente." (doc. \_) La degenza alla Clinica di \_\_\_\_\_ è, dunque, configurabile come una degenza per riabilitazione ai sensi di quanto indicato al considerando 2.2. 2.7. Secondo la cassa, la degenza non era necessaria: "...la terapia avrebbe potuto essere realizzata con pari successo a livello ambulatoriale ... il medico fiduciario dell'\_\_\_\_\_ sulla base della documentazione in suo possesso, ha concluso che poiché l'assicurata era sottoposta ad un trattamento consistente in movimenti pendolari delle spalle, la necessità del ricovero stazionario – in quanto tale – non si poneva poiché il miglioramento prospettato poteva essere tranquillamente raggiunto per il tramite di un trattamento ambulatoriale. Inoltre, per sovvenire ai bisogni prettamente domestici, l'intervento di un aiuto domiciliare avrebbe sicuramente evitato un trattamento stazionario e dunque l'assunzione di un costo praticamente ingiustificato ... Del resto è pacifico che un'ospedalizzazione è resa indispensabile dalla presenza di uno stato morboso: elemento questo che nella presente fattispecie non sussiste. ...” (I pag 5 e 6) La cassa ha fondato la propria posizione sulle considerazioni del suo medico di fiducia. Questi, nel rapporto allestito l'8 ottobre 1999 si era limitato ad affermare laconicamente che: " a seguito dell'esame dell'intera documentazione, il caso a margine deve essere trattato come caso di

cura rientrante nel contesto di cura di convalescenza, questo già dalla data d'entrata al centro di riabilitazione di \_\_\_\_\_ " (doc \_). In seguito, il 14 ottobre 1999, altrettanto laconicamente, il medico aveva scritto: " ...rilevato come non vi siano fatti nuovi, confermo che il caso rientri nel contesto di cura di convalescenza" (doc \_). Soltanto in corso di causa , dopo l'udienza per l'audizione testimoniale, la cassa ha prodotto un rapporto medico più dettagliato di cui diremo in seguito (XXI, doc \_) 2.8. Le argomentazioni della cassa convenuta non possono essere condivise. Sostenere che non esiste uno stato morboso in una persona che presenta, pochi giorni dopo una frattura prossimale dell'omero sinistro ridotta con un intervento di osteosintesi, una "forte limitazione funzionale dolorosa a livello della spalla sx senza permesso di mobilizzazione attiva" (doc \_) per 3 settimane e che è, per questo, "impossibilitata nei movimenti quotidiani" (doc \_) è certamente errato. Altrettanto errato e riduttivo - poiché non tiene conto dello stato della paziente - è sostenere che le terapie di cui lei necessitava potevano essere effettuate a livello ambulatoriale. E' certamente vero che, di principio, una fisioterapia consistente in semplici movimenti pendolari, rotatori e di abduzione può essere eseguita a livello ambulatoriale. Va, tuttavia, considerato che lo stato della signora \_\_\_\_\_, 5 giorni dopo l'intervento chirurgico, non era certamente analogo a quello di una persona in buona salute. In particolare, il suo importante stato di dipendenza -poiché "impossibilitata nei movimenti quotidiani" (doc \_) - rendeva praticamente impossibile il rientro al domicilio. Nella sua presa di posizione 6 giugno 2000, il medico fiduciario ha sostanzialmente sostenuto che non v'era necessità di ospedalizzazione poiché non si è trattato "di una cura intensa nel senso della riabilitazione ma bensì di una convalescenza con soprattutto cure infermieristiche per l'igiene sottoascellare nella parte dell'omero fratturato, con movimenti pendolari" (doc \_) Il fatto che non fosse ancora possibile una mobilizzazione attiva non impedisce di considerare che, durante la degenza, si sia effettuata una fisioterapia intensa, pur se passiva. Occorreva, come hanno scritto i medici della Clinica, "ottimalizzare il recupero funzionale dell'arto superiore sinistro" e ciò è stato fatto con una "lenta mobilizzazione passiva della spalla sinistra con lo scopo di distendere i tessuti capsulo-ligamentosi e tendinei e di mantenere il trofismo articolare" (doc \_) E' importante sottolineare che, secondo la giurisprudenza del TFA, un'ospedalizzazione diventa necessaria quando - dato uno status patologico - essa si giustifica dal profilo soggettivo: determinante non é, infatti, soltanto, il quadro clinico ma anche la situazione personale (mancanza di cure a domicilio, particolarità sociali,..). Quindi, per la valutazione della necessità di un'ospedalizzazione entrano in considerazione, oltre allo stato di salute, numerosi altri fattori riconducibili alla situazione personale del malato: il diritto alle prestazioni ospedaliere deve essere riconosciuto non soltanto quando la patologia dell'assicurato necessita un trattamento medico intensivo, ma anche quando tale stato rende necessario un soggiorno in ambiente ospedaliero. A questo proposito, nella sentenza pubblicata in RAMI 1989, p. 154ss, il TFA ha rilevato quanto segue: " Die alleinige Tatsache, dass sich ein Versicherter in einer Heilanstalt aufhält, genügt nicht, um den Anspruch auf Leistungen gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG zu bejahen. Die Hospitalisierung muss sachlich begründet sein. Sie ist es, wenn als Grundvoraussetzung gesundheitliche Störungen vorliegen und nach den medizinischen Gegebenheiten oder nach den besonderen persönlichen bzw. Sozialen Verhältnissen ein Aufenthalt in einem Spitalmilieu notwendig ist (BGE 107 V 57 Erw. 3, 101 V 72 Erw. 21), 99 V 72 Erw. 3; RKUV 1986 Nr. K 680 S. 231; RSKV 1982 Nr. 477 S. 41 Erw. 2, 1977 Nr. 298 S. 171, 1973 Nr. 199 S. 123). Die Intensität der medizinischen Behandlung, die eine Krankheit erfordert, ist also nicht alleiniges Kriterium für die Beurteilung, ob der Zustand eines

Versicherten dessen Hospitalisierung rechtfertigt. Diese kann sich auch aus persönlichen bzw. Sozialen Gründen als notwendig erweisen (sott. del red.). Zur Spitalbedürftigkeit aus solchen Gründen hat das EVG erkannt, dass insbesondere ein betagter oder alleinstehender Versicherter dann Anspruch auf die für Spitalaufenthalte vorgesehenen Leistungen hat, wenn die im Zusammenhang mit einer Krankheitsbehandlung notwendige Pflege oder Betreuung zuhause nicht gewährleistet werden kann, sei es, weil diese zuhause nicht möglich oder den Angehörigen nicht zuzumuten ist. Solche Umstände, welche die Spitalbedürftigkeit begründen, können auch bei jungen Versicherten gegeben sein (unveröffentlichte Erw. 2 von RKUV 1987 Nr. K 739 S. 254, RKUV 1986 Nr. K 675 S. 202, 1984 Nr. 591 S. 199 Erw. 2b; RSKV 1983 Nr. 534 S. 121 Erw. 1, 1982 Nr. 477 S. 41 Erw. 2 und Nr. 486 S. 101 Erw. 4)." (RAMI 1989 pag. 156, cit consid 1; cfr anche RAMI 1991, p. 73ss) E' vero che le terapie di cui la ricorrente ha beneficiato durante la degenza in questione possono essere qualificate di cure di natura tipicamente balneologica (cfr. RAMI 1990 24ss; 1987 57ss; 1987 109ss; 1983 129ss; STFA 14.3.1996 in re P.; STFA 8.10.1992 in re C; STFA 11.2.1993 in re G; STFA 26.8.1993 in re G.) e che, per l'applicazione di simili terapie, la necessità della degenza è ammessa soltanto a condizioni abbastanza severe quali la presenza di patologie concomitanti (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). E', però, altrettanto vero che, in concreto, la prima condizione può ben dirsi realizzata viste la frattura appena ridotta e le importanti limitazioni funzionali ad essa conseguenti. Va, a questo proposito rilevato - come già ricordato in sentenze precedenti (cfr STCA 5.5.2000 in re M. B. c. \_\_\_\_\_) - che la necessità di degenza va accertata non in astratto ma relativamente all'istituto di cura in cui ha luogo la degenza: casi per cui la degenza in un ospedale attrezzato per la medicina di punta e la presa a carico di patologie allo stadio acuto appare sproporzionata possono certamente richiedere la prosecuzione delle cure in istituti meno attrezzati dal profilo delle infrastrutture ma che garantiscono al paziente la presa a carico di patologie che hanno superato lo stadio acuto ma che, comunque, sono ancora suscettibili di importanti miglioramenti. In concreto, certamente la prosecuzione della degenza in un ospedale quale l'\_\_\_\_\_ sarebbe stata sproporzionata ritenuto che tale ospedale già aveva dispensato le cure di sua competenza: le limitazioni di cui la ricorrente soffriva a seguito della frattura imponevano, tuttavia, una sua presa a carico in un ambiente ospedaliero diverso, strutturato per offrire alla paziente non interventi di punta o invasivi ma terapie di natura conservativa e riabilitativa. 2.9. Secondo l'\_\_\_\_\_, le limitazioni funzionali avrebbero potuto essere adeguatamente prese a carico nell'ambito del sistema Spitex (cfr doc \_). Per verificare tale affermazione - peraltro non suffragata da alcun sostegno probatorio - il TCA ha disposto l'audizione delle persone di cui s'è detto al punto 1.8. Queste le loro dichiarazioni: " Nell'ambito dell'associazione per l'assistenza e la cura a domicilio operano tre figure professionali: l'infermiera in salute pubblica, l'aiuto familiare e l'ausiliario. L'infermiere in salute pubblica si occupa, su prescrizione medica, di gestire le esigenze di natura medica-infermieristica degli utenti sul territorio. Ogni atto dell'infermiere, dal più semplice al più complicato, è delegato dal medico. Oltre all'attività di cura vera e propria, l'infermiere opera a livello preventivo e di consulenza. L'aiuto familiare si occupa prevalentemente di questioni relative all'igiene personale: si tratta delle cosiddette cure di base, che vengono prestate non necessariamente su certificato medico a persone che, per motivi di salute oppure legati all'età, non sono più

autosufficienti. L'ausiliaria interviene unicamente per la cura dell'ambiente, non presta alcuna cura alla persona. Per l'associazione \_\_\_\_\_ (ABAD) lavorano 45 persone nel campo dell'aiuto familiare e domestico. Gli infermieri sono 12 persone che prestano un lavoro pari a 7 unità. In generale, con questa dotazione di personale l'ABAD riesce a far fronte a tutte le richieste di prestazioni. Capita tuttavia che alcune richieste, anche a dipendenza dei periodi, non possano venire esaudite immediatamente. Gli orari di lavoro del personale della ABAD vanno dalle 7:00 del mattino alle 18:00. Eccezionalmente gli infermieri seguono i casi gravi anche all'infuori da questa fascia oraria. Nei casi di persone completamente dipendenti, l'intervento dell'ABAD non basta da solo a garantire la permanenza a domicilio. In questi casi è necessario l'intervento dei famigliari ed eventualmente di altre risorse. Può trattarsi dei volontari di altre associazioni (Pro Infirmis,...) oppure di altre persone private. Capita, se la persona necessita di un'assistenza infermieristica anche durante la notte che noi per ora non offriamo, che consigliamo all'utente di rivolgersi a un servizio privato, in genere al Consorzio domiciliare privato di \_\_\_\_\_.

Ci viene descritta la situazione vissuta dalla signora \_\_\_\_\_, in particolare ci viene detto che la signora è stata dimessa dall'ospedale \_\_\_\_\_ dopo appena 5 giorni dall'intervento e ci vengono descritte le limitazioni funzionali segnalate dal Dr. \_\_\_\_\_. Ci viene chiesto se, come sostenuto dalla cassa, il nostro servizio avrebbe potuto offrire le prestazioni necessarie alla signora così da evitarle la degenza alla Clinica riabilitativa di \_\_\_\_\_. Entrambi riteniamo, in particolare viste le limitazioni funzionali, le difficoltà nell'affrontare i gesti quotidiani e i dolori ancora lamentati dalla signora al 2 novembre 1999 quando è iniziato, su richiesta della Clinica di \_\_\_\_\_, l'intervento del nostro servizio, che ciò non sarebbe stato possibile. La signora necessitava di aiuto costante che noi non potevamo darle. Parimenti necessitava di una terapia fisioterapica che non è di nostra competenza. Va detto poi che il mantenimento a domicilio della signora dopo il 2 novembre 1999 è stato possibile unicamente grazie alla cooperazione dei famigliari. Va infine rilevato che ci risulta difficile e poco comprensibile la messa in discussione della necessità di una degenza riabilitativa in una persona anziana dopo così poco tempo e a seguito dell'intervento ortopedico: è sicuro che una frattura in una persona anziana ha delle conseguenze più gravi e più lunghe da trattare rispetto ad una persona giovane." (XX, pag. 2 e 3) L'affermazione dell'\_\_\_\_\_ secondo cui la degenza della signora \_\_\_\_\_ alla Clinica di riabilitazione di \_\_\_\_\_ avrebbe potuto essere stata sostituita - senza ledere il diritto dell'assicurata ad una cura adeguata alle sue necessità - con una presa a carico da parte dei Servizi Spitex non può, dunque, essere ritenuta. In realtà, così come chiaramente affermato dai due testi: "... entrambi riteniamo, in particolare viste le limitazioni funzionali, le difficoltà nell'affrontare i gesti quotidiani e i dolori ancora lamentati dalla signora al 2 novembre 1999 quando è iniziato, su richiesta della Clinica di \_\_\_\_\_, l'intervento del nostro servizio, che ciò non sarebbe stato possibile. La signora necessitava di aiuto costante che noi non potevamo darle..." In queste condizioni, la decisione impugnata va annullata ed alla cassa convenuta va fatto obbligo di assumere, nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, i costi della degenza alla Clinica di \_\_\_\_\_ quale caso acuto anche per il periodo dal 3 al 23 gennaio 1999. B.

assicurazioni complementari 2.6. Determinante per la verifica delle fondatezza delle pretese dell'attrice sono le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni supplementari relative alle assicurazioni complementari da lei stipulate (in seguito: CSA) e la LCA che costituisce il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti. Fra le assicurazioni complementari stipulate dall'attrice sola può entrare in linea di conto

l'\_\_\_\_\_ (reparto privato). Ritenuto che, nel giudizio relativo all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è stata ammessa la necessità di degenza , l'\_\_\_\_\_a va condannata ad erogare, anche per tale periodo, le prestazioni previste dall'art 5 CSA relative all'assicurazione \_\_\_\_\_.

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