

TI_GERICHTE 36.2000.61 vom 17. April 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-04-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.61

FR: TI_GERICHTE 36.2000.61 du 17 avril 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.61 del 17 aprile 2000

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. Konkordia) 2.5. Nei suoi scritti, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico curante della signora _____, ha affermato che quest'ultima, dopo l'intervento di impianto di una protesi totale dell'anca, necessitava di "una terapia riabilitativa" (doc. _). Per questo è stata indirizzata alla Clinica di riabilitazione di _____ dove è stata sottoposta alle seguenti terapie: " ... Durante la degenza la paziente ha svolto attività riabilitativa intensiva, basata principalmente su idrochinesiterapia e chinesiterapia per il rafforzamento dei muscoli pelvi-trocanterici ed antigravitari dell'arto inferiore sinistro. Ha beneficiato inoltre di un trattamento per il rafforzamento dei muscoli del tronco e per la performance fisica in generale. Il decorso è stato molto favorevole con un netto miglioramento del dolore, della forza muscolare e della mobilità dell'anca, con conseguente miglioramento alla deambulazione. Nel decorso abbiamo assistito ad un lieve edema degli arti inferiori con dolore ai polpacci. Clinicamente è stata esclusa una tromboflebite. Con il trattamento

locale, l'applicazione di calze adeguate, con fisioterapia mirata e con linfodrenaggio, questi disturbi sono scomparsi. Non si è verificato nessun episodio di scompenso cardiaco o una riacutizzazione della broncopatia cronica. ..." (doc. __, lettera d'uscita dal Centro di riabilitazione di _____) La degenza alla Clinica di _____ è, dunque, configurabile come una degenza per riabilitazione ai sensi di quanto indicato al considerando 2.2. 2.6. Secondo la cassa, la degenza non era necessaria: "... Il nostro medico fiduciario, dott.med. _____, ha nuovamente esaminato gli atti medici a sua disposizione. Secondo le sue indicazioni dai rapporti medici si desume che il decorso postoperatorio si è svolto senza problemi per quanto riguarda sua madre. Dal punto di vista medico fiduciario, dopo la degenza nell'Ospedale regionale di _____ non c'era più necessità di ricovero ospedaliero. Al momento del passaggio al Centro di riabilitazione di _____ non c'era dunque il diritto alle prestazioni per la degenza stazionaria ("costi di vitto e alloggio") in una clinica di riabilitazione. ..." (doc. __, decisione formale della _____) La cassa ha fondato la propria posizione sulle considerazioni del suo medico di fiducia, dott. _____, che, nel rapporto 29.1.98, ha scritto quanto segue: "... Im Austrittsbericht vom Ospedale Regionale di _____ vom 30.6.97 (_____ gestempelt 29.7.97, ws erhalten auf Anfrage vom 21.7.97) ist die weitere Spitalbedürftigkeit in _____ nicht ersichtlich. Am 12.8.97 geht der Austrittsbericht vom Centro di riabilitazione ein, eine Spitalbedürftigkeit ist nach wie vor nicht ersichtlich, weshalb am 25. August von der _____ Kurleistungen abgegeben worden sind. In Wiedererwägung bestätigt der behandelnde Orthopäde Dr. _____ am 9.1.98 die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation nach HTP-Operation ohne Angabe von medizinischen Gründen. Aufgrund der zur Verfügung stehenden, meiner Ansicht nach vollständigen medizinischen Unterlagen ist die Spitalbedürftigkeit nicht gegeben. An der bisherigen Ablehnungen von stationären Leistungen kann festgehalten werden, Kurleistungen sind jedoch med. Indiziert." (doc. _) 2.7. Come rilevato in initio, in corso di causa la giudice delegata ha rivolto alcune domande al dott. _____. Eccole, di seguito, con le relative risposte: " 1. Qual era lo stato della signora _____ all'uscita dell'Ospedale _____? Per quel che concerne lo stato generale, la paziente era ancora indebolita ed andicappata soprattutto da un'importantissima dispnea. Dal lato ortopedico aveva riacquisito una discreta autonomia negli spostamenti, necessitando tuttavia della presenza continua di una persona. La signora _____ deambulava con alcune difficoltà con mezzi ausiliari (deambulatore e stampelle). Non era ancora in grado di spostarsi sulle scale. Dal lato funzionale presentava ancora un'importante diminuzione della mobilità articolare nonché un deficit muscolare di rilievo, sia a livello della muscolatura gluteale che del quadricipite. 2. Di quali cure (mediche, infermieristiche e altro) necessitava, a quel momento, la signora? Fisioterapia di riabilitazione allo scopo di raggiungere l'autonomia sufficiente per il ritorno a domicilio, terapia e sorveglianza medica regolare a causa della grave broncopatia cronica ostruttiva, fisioterapia respiratoria. 3. Tali cure avrebbero potuto essere prestate anche ambulatoriamente? No, a motivo della necessità da parte della paziente della presenza costante di una persona per gli spostamenti dal letto in poltrona, rispettivamente per la deambulazione. Necessitava inoltre di un aiuto per l'igiene personale e di una sorveglianza medica stretta per evitare un eventuale scompenso cardio-respiratorio. 4. Osservazioni. Il decorso post-operatorio e il ripristino dell'autonomia della signora _____ erano determinati da un lato dal problema ortopedico e dall'altro, in modo più determinante, dalla broncopatia ostruttiva cronica grave con dispnea allo sforzo, che, in fase post-operatoria, aveva giustificato la sorveglianza nell'ambito di cure intermedie. In questo

contesto, una riabilitazione stazionaria presso un centro specializzato era giustificata dal lato medico. Tale procedere era tra l'altro stato in precedenza accettato dalla Cassa malati _____ (in seguito ad un intervento identico praticato sull'altra anca nel 1996) senza opposizione." (VII) 2.8. La cassa convenuta ha contestato le argomentazioni del dott. _____ rilevando che, se da un lato non è contestata la necessità di riabilitazione post-operativa nell'ambito di un soggiorno di cura, d'altro canto è recisamente negata la necessità d'ospedalizzazione (IX). A sostegno della sua tesi, la cassa ha prodotto la presa di posizione del suo medico di fiducia: " Il dott. _____ descrive lo stato della signora _____ come indebolito e ristretto a causa di un'importante dispnea. Secondo il rapporto d'uscita del Centro di riabilitazione _____, la signora _____ si trovava in un buon stato di salute generale ed era compensata per quanto riguarda la parte cardiopolmonare. Durante l'intero soggiorno a _____ non si è manifestata né una decompensazione cardiaca né un'esacerbazione della pneumopatia cronica preesistente. Contrariamente al trattamento di fisioterapia dell'anca, la fisioterapia respiratoria come descritta dal dott. _____ non figura nel conteggio finale della clinica, sia perché la fisioterapia respiratoria è stata dimenticata al momento del conteggio oppure perché non è mai stata eseguita, il che è da supporre in base al rapporto d'uscita. Dal rapporto d'uscita risulta che dal punto di vista ortopedico, in presenza di una ferita senza irritazione, la signora _____ è mobile se ricorre a bastoni, in parte con aiuto; per quanto riguarda l'anca è possibile una flessione passiva a 90 gradi; esiste un deficit di forza muscolare della muscolatura dei glutei e dei quadricipiti, il quale suole manifestarsi correntemente dopo un'operazione dell'anca e per il quale si procede ad un riallenamento graduale con una fisioterapia, per esempio salendo le scale. Il dott. _____ fa valere un'autonomia di basso grado della signora _____, la quale presuppone la presenza continua di una persona (di cura?). Tale autonomia di basso grado non è menzionata in nessuna parte del rapporto d'uscita. ad domanda 3 del tribunale: Il servizio medico fiduciario della _____ non ha mai parlato di un trattamento successivo ambulatoriale, bensì di un trattamento successivo in una casa di cura posta sotto direzione medica. In una casa di cura di questo tipo possono essere eseguiti dei trattamenti intensivi di fisioterapia. Inoltre sono garantite l'assistenza di cura e l'assistenza medica menzionate dal dott. _____ nella risposta a questa domanda. Secondo il rapporto d'uscita non è però neanche ravvisabile che la signora _____ avesse avuto bisogno di aiuto per quanto riguarda la cura personale, rispettivamente che avesse avuto bisogno di una stretta sorveglianza medica. ad domanda 4 del tribunale: In questa domanda, il dott. _____ pondera i problemi postoperativi. Per il dott. _____, il problema principale è la pneumopatia, il problema secondario la problematica relativa all'anca. Nel caso della pneumopatia si tratta, come esposto, di un'affezione cronica che esiste e viene curata da vario tempo. Secondo il rapporto d'uscita, la pneumopatia è sempre completamente compensata e stabile sotto terapia. La signora _____ ha avuto la pneumopatia prima e dopo l'operazione e continuerà ad averla anche a casa. Secondo il rapporto d'uscita non si è mai manifestata un'esacerbazione e per questo motivo non può neanche essere fatta valere come indicazione per un soggiorno di riabilitazione stazionario in considerazione di questi fatti medici. La problematica dell'anca, valutata dal dott. _____ come problematica secondaria, può essere curata, come menzionato precedentemente nella presente valutazione, nell'ambito di un soggiorno di cura in una casa di cura posta sotto direzione medica. Nel presente caso, un trattamento stazionario sulla base dei fatti medici chiaramente rilevati dal Centro di riabilitazione _____ non corrisponde ai criteri prescritti dalla legge in merito all'appropriatezza ed

all'economicità." (doc. _) 2.9. Le argomentazioni della cassa convenuta non possono essere condivise. 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 visto l'intervento subito e le importanti limitazioni funzionali ad esso conseguenti. Va, a questo proposito rilevato - come già ricordato in sentenze precedenti (cfr STCA 5.5.2000 in re _____ 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'Ospedale regionale di _____ sarebbe stata sproporzionata ritenuto che tale ospedale già aveva dispensato le cure di sua competenza: le limitazioni di cui la ricorrente soffriva a seguito dell'intervento 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. 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 _____. 2.10. Per contro, anche se a titolo abbondanziale, va rilevato che il richiamo alle disposizioni della Convenzione stipulata fra la Federazione degli assicuratori malattia e gli istituti di cura privati è del tutto inconferente: le disposizioni in essa contenute – in particolare l'art 5 – vale nel rapporto assicuratori/istituti di cura e non, invece, nel rapporto assicurati/assicuratori. Va, del resto, precisato che, secondo la giurisprudenza, la garanzia di pagamento data da un assicuratore ad un istituto di cura rappresenta una garanzia di prestazioni nei confronti dell'istituto di cura ma non un impegno definitivo nei confronti dell'assicurato. Cioè, con la garanzia data all'istituto di cura la cassa non si impegna nei confronti dell'assicurato a prendere effettivamente a suo carico l'importo fatturato dall'istituto di cura. (RAMI 1987 pag. 47 e seg consid 1). Quando versa delle prestazioni ad un istituto di cura in virtù di una garanzia di pagamento, un assicuratore malattia non fa, dunque, che anticipare, in luogo e vece del paziente, i costi del trattamento (DTF 111 V 31 = RAMI 1985 N° K 635; RAMI 1987 55 e seg) senza prima esaminare se l'importo di questo anticipo corrisponde effettivamente a quello delle prestazioni assicurate e dovute nel caso concreto. Quanto versato in questi casi agli istituti di cura é, dunque, versato soltanto a titolo provvisorio ed é sempre riservata alla cassa la facoltà di chiederne il rimborso all'assicurato nel caso in cui le prestazioni garantite dalla cassa non dovessero corrispondere a quelle effettivamente dovute all'assicurato (RAMI 1987 cit. consid 3).

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