

TI_GERICHTE 36.2000.62 vom 12. April 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-04-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.62

FR: TI_GERICHTE 36.2000.62 du 12 avril 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.62 del 12 aprile 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 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 questa disposizione legale, 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 (cfr., anche, RAMI 2000 KV100, p. 6ss.). 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 206ss. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32ss.; 1977 pag. 167ss.; 1989 pag. 154ss.). 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, pubblicata in DTF 124 V 362ss.). 2.7. Va ancora rilevato che l'art. 41 cpv. 1 LAMal, che garantisce all'assicurato la libertà di scelta tra gli stabilimenti ospedalieri svizzeri, non gli permette di entrare o di rimanere, in caso di cura ospedaliera, in uno stabilimento concepito per trattare dei malati necessitanti di cure intense quando potrebbe essere curato convenientemente in uno stabilimento attrezzato più semplicemente e più economicamente. L'assicurato può scegliere il luogo della cura ospedaliera, beneficiando così delle prestazioni corrispondenti, solo fra gli stabilimenti ospedalieri e fra i servizi degli stabilimenti, destinati alle categorie di malati, di cui fa parte dal punto di vista medico (art. 56 LAMal; cfr., per il vecchio diritto, art. 23 LAMI). Data la necessità di una cura stazionaria, va, dunque, ancora operata una differenziazione fra i diversi istituti di cura: gli assicuratori assumeranno soltanto le spese relative al genere di istituto o reparto ospedaliero adeguato alla cura della malattia di cui l'assicurato soffre (DTF 101 V 72ss.; STFA 27.10.1992 in re P.; RDAT 1988 N. 82 p. 248ss.). La distinzione fra stadio acuto e non della malattia serve, quindi, non a discriminare

fra necessità o meno dell'ospedalizzazione ma soltanto a determinare la tariffa applicabile.

2.8. Una volta accertata la necessità di cura stazionaria, occorre, quindi, ancora procedere alla qualifica dell'ospedalizzazione per poter determinare la tariffa applicabile al rimborso dei costi da essa occasionati. Le convenzioni stipulate nel passato fra la FTFCM e l'EOC (art. 4) rispettivamente le Cliniche e gli istituti di cura privati (art. 10) hanno stabilito che un'ospedalizzazione rientra nei casi definiti acuti allorché l'affezione del paziente richiede, per misure diagnostiche e/o terapeutiche, l'utilizzo di infrastrutture presenti soltanto in ambienti ospedalieri. Per contro, allorché l'affezione del paziente presenta una certa stabilità dal profilo medico, l'attività medica ha prevalentemente carattere di sorveglianza e le prestazioni paramediche hanno carattere di assistenza e non richiedono necessariamente infrastrutture presenti soltanto in ospedale, il caso verrà definito cronico. Un caso verrà, invece, considerato di pertinenza di una casa per anziani medicalizzata allorché, esclusa la necessità di un'ospedalizzazione ai sensi di quanto sopra, il paziente anziano necessita pur sempre di un'assistenza medica e paramedica generica. Questa interpretazione è stata più volte giudicata positivamente e, quindi, fatta propria dal TCA.

2.9. In concreto, dalla richiesta di garanzia 18 agosto 1999 si evince che la degenza presso la Clinica di riabilitazione di _____ è stata prescritta per il trattamento di una sindrome lombovertebrale. Dal certificato medico d'uscita 10 settembre 1999 risulta, invece, la diagnosi di limitazione del cingolo scapolare e cervicalgie (doc. _). Interessanti indicazioni riguardo allo stato di salute dell'assicurata all'entrata in clinica, al decorso dell'affezione durante la degenza e alle terapie applicate, si ritrovano nel dettagliato rapporto medico d'uscita 16 settembre 1999: " **QUADRO CLINICO ALL'AMMISSIONE**
Punto di vista internistico: senza particolarità di rilievo Costituzione secondo Kratschmer picnica Atteggiamento normale Movimenti complessi limitati nei movimenti ampi di estensione corporea in toto limitati nei movimenti ampi di accovacciamento Deambulazione libera con appoggio simmetrico Fibro-mialgia 8 punti dolenti su 18 Rachide lombare Atteggiamento appiattimento della lordosi lombare con sbilancio muscolare Flessione anteriore ridotta di 1/3 senza disarmonica curvatura Flessione laterale: ridotta di 1/3 bilateralmente con dolori nella fase terminale del movimento Indice dita/pavimento 20 cm anteriormente Indice di Schober 10/14 cm Estensione dolorosa con sindrome delle faccette articolari alla prova dell'estensione/rotazione Dolenzia alla palpazione delle loggie muscolari paravertebrali della muscolatura gluteale Articolazione sacro iliaca Spine-test positivo a sin. Esame neurologico cursorio senza particolarità di rilievo **VALUTAZIONE** A nostro modo di vedere il quadro clinico è pienamente interpretabile nell'ambito delle sovrammenzionate diagnosi. **SCOPO DELLA RIABILITAZIONE** - reintegrare le capacità professionali. - migliorare il contesto psico-sociale. **SCOPO DELLA TERAPIA FISIATRICA E SUE MODALITA' DI ATTUAZIONE** Ridurre i dolori mediante: - elettroterapia, - impacchi termici, - massaggio classico, - massaggio mirato dei "trigger-points", - mobilizzazione vertebrale e/o articolare, - esercizi in piscina. Migliorare la mobilità mediante: - mobilizzazione passiva, - esercizi in piscina, - "stretching", - scuola del dorso, - terapia manuale. Aumentare la forza muscolare mediante: - esercizi specifico riabilitativi in palestra, - elettrostimolazione, - esercizi contro resistenza manuale, - esercizi in piscina. Aumentare la resistenza muscolare mediante: - esercizi specifico riabilitativi in palestra, - esercizi in piscina. **DECORSO** La paziente si è impegnata con motivazione nel programma

riabilitativo propositole e la degenza non ha presentato particolarità degne di rilievo per quanto concerne la gestione clinica. Sottolineiamo che talvolta, in correlazione alla sintomatologia algica polimorfa e pluridistrettuale, la paziente ha ostentato un atteggiamento attendista e un po' rassegnato nei confronti del quadro clinico cronico con marcato del condizionamento muscolare e ipertonìa a livello cervicale. Alla paziente è stato proposto di partecipare al gruppo di approccio al dolore, gestito dalla signora _____, psicologa, nel quale vengono discussi gli aspetti psicologici legati al vissuto del dolore e alle ripercussioni che esso ha nella vita della persona sofferente. In suddetto gruppo è stato spiegato e praticato il metodo di rilassamento progressivo secondo Jakobson e da questi incontri sono emersi: " Ha partecipato a 2 incontri di gruppo. Interessata soprattutto al rilassamento, si è mostrata meno attiva nella parte dedicata alla discussione, seppur attenta, vi era una certa chiusura. Esprime bene la sua consapevolezza che i dolori di cui soffre subiscono l'influsso del suo stato psichico e delle condizioni o difficoltà esterne. In tal senso ho avuto l'impressione di una donna che se stimolata risponde all'esterno, altrimenti rimane un po' assente e passiva ". QUADRO CLINICO ALLA DIMISSIONE Soggettivamente lamenta persistenti dolori a livello cervicale, delle spalle e delle gambe. Inoltre lamenta persistente stanchezza al mattino ed una cefalea tensiva prima del fine settimana.

Obiettivamente a livello lombare troviamo una mobilità ridotta di 1/3 con dolori nella fase terminale del movimento, mentre la flessione laterale appare pure limitata di 1/3. A livello cervicale la flessione appare ancora limitata di 1/3, mentre la rotazione laterale si svolge con notevole tensione. Palpatoriamente troviamo una muscolatura paravertebrale ancora molto tesa, molto dolente a livello cervicale e lombare con inoltre punti trigger nella muscolatura gluteale. TERAPIA ALL'USCITA - Tenoretic 1/2-0-0-0 - Magneiso 5

Longoral 1-0-1-0 - Flatulex

2-2-2-0 dopo i pasti - Magnesiocard 5

mmol 1-0-0-0 - Panzytrat

1-1-1-0 con i pasti CAPACITA' LAVORATIVA

Da un punto di vista reumatico, consideriamo la paziente inabile al lavoro nella misura del 100% fino al prossimo controllo dal proprio medico curante. Visto il contesto psicosociale (disoccupata dal 1997, AI 50%) una ripresa lavorativa sarà difficile" (doc. _). Prima di prendere la propria decisione, la Cassa malati _____ ha interpellato, in più di un'occasione, il proprio medico di fiducia, il dottor _____, spec. FMH in medicina interna. In particolare, dopo aver preso visione del succitato rapporto d'uscita della Clinica di _____, il dottor _____ ha espresso l'opinione secondo cui i provvedimenti terapeutici applicati nel corso della degenza, avrebbero potuto esserlo anche nell'ambito di una cura termale (cfr., ad esempio, doc. _). Di parere diverso è il medico curante di _____, il dottor _____, a mente del quale "... il ricovero presso la Clinica di riabilitazione di _____ era assolutamente necessario, in quanto i dolori cervicali, lombari, alle spalle ed alle gambe non potevano essere sufficientemente tenuti sotto controllo tramite terapia ambulatoriale" (cfr. doc. _). Con il certificato 10 maggio 2000, il dottor _____ ha avuto modo di ribadire che "... per la salute della paziente era indispensabile un ricovero in ospedale" (cfr. doc. _). 2.10. Dal rapporto d'uscita 16 settembre 1999 della Clinica di riabilitazione di _____ (doc. _), nonché dalla fattura 30 novembre 1999 (doc. _), emerge che _____ è stata sottoposta unicamente a delle misure fisioterapiche attive e passive, con uno scopo antalgico, di miglioramento della mobilità e di rinforzo muscolare. I presunti disturbi psichici - indicati nel rapporto d'uscita soltanto fra le diagnosi collaterali ("sindrome ansio-depressiva") e, del resto, neppure menzionati dal medico curante - non hanno necessitato, da parte loro, d'alcun trattamento specifico. Tale non può essere considerata, beninteso, la partecipazione, in due occasioni, al

"gruppo di approccio al dolore" (cfr. doc. _). Dunque, durante la degenza in questione, la ricorrente ha beneficiato unicamente 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.) Sedute di ginnastica (acquatica e non), massaggi di diversa natura, sedute di istruzione sul portamento, bagni e altri atti terapeutici analoghi sono stati, infatti, sempre considerati dal TFA come costituenti le usuali terapie fisico-balneari che non necessitano, di regola, di una degenza ospedaliera ma che sono eseguiti in via ambulatoria nell'ambito di una cura balneare o meno (cfr. STFA 14.3.1996 in re P. consid. 2; STFA 8 ottobre 1992 in re C. non pubbl.). Una cura di questo tipo 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). In concreto, _____ non ha presentato, né al momento del suo ricovero né, tantomeno, durante la degenza, patologie di natura internistica che rendessero improponibile l'applicazione delle misure fisioterapiche senza un intenso controllo medico (cfr., al riguardo, doc. _, in cui i medici hanno affermato che l'assicurata, da un profilo internistico, non presentava particolarità di rilievo). L'assicurata non ha parimenti lamentato affezioni all'apparato locomotorio. Dal referto d'uscita risulta, in effetti, che _____ mostrava una deambulazione libera con appoggio simmetrico. La Cassa malati _____ ha, dunque, correttamente rifiutato d'erogare le prestazioni previste in caso di degenza ospedaliera, limitandosi a versare quanto la LAMal prescrive per i casi di cura balneare. Concretamente, si tratta di un contributo di fr. 10.--/giorno giusta agli artt. 25 cpv. 2 lett. c LAMal, 33 lett. f OAMal e 25 Opre, nonché della copertura dei costi per i trattamenti medici e di fisioterapia. B. Assicurazioni complementari 2.11. Come detto in initio, la LAMal si applica unicamente all'assicurazione malattia sociale definita dall'art. 1 LAMal e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono considerate come facenti parte del diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). 2.12. Rilevante, per la verifica della fondatezza delle pretese dell'attrice, sono le Condizioni generali e supplementari d'assicurazione (CGA/CSA) per le assicurazioni integrative di malattia (ed. 1.1.1997) e la LCA che costituisce il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti. Fra quelle stipulate da _____ può entrare in linea di conto unicamente l'assicurazione integrativa ospedaliera per il reparto comune _____. L'assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali non entra in linea di conto poiché prevede prestazioni per medicinali non ammessi, trattamenti ambulatoriali e stazionari all'estero, assistenza di persone, costi di trasporto, lenti da vista, mezzi ausiliari e oggetti, trattamenti di ortopedia mascellare per bambini e forme terapeutiche speciali (cfr. art. 1 _____). Assicurazione integrativa osp_____ : Secondo l'art. 1 cpv. 1 _____, la _____ copre i costi di degenza e trattamento in un ospedale (ospedale per malattie acute o clinica psichiatrica) e corrisponde contributi per cure termali e di convalescenza, per la cura medica a domicilio e l'aiuto domestico, come pure per le operazioni ambulatoriali. La premessa per il riconoscimento di tutte le prestazioni é data dalla necessità medica. L'art. 2 cpv. 2 _____ recita, da parte sua, che la _____ copre, nell'ambito delle seguenti disposizioni, i costi della degenza stazionaria in una

camera a più letti nel reparto comune di un ospedale. A mente dell'art. 4 _____, le prestazioni per le terapie scientificamente riconosciute nell'ambito di una degenza ospedaliera vengono corrisposte se lo stato della persona assicurata richiede il trattamento stazionario in un ospedale, rispettivamente, in quel reparto ospedaliero, nel quale la persona assicurata deve essere ricoverata per motivi medici. In casu , nei considerandi riguardanti l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, questa Corte è pervenuta alla conclusione che la degenza di _____ presso la Clinica di riabilitazione di _____ non era affatto necessaria da un punto di vista medico. Se ne deduce, pertanto, che l'assicuratore malattie convenuto ha, a ragione, negato il diritto alle prestazioni d'ospedalizzazione previste dall'assicurazione complementare _____, e ciò in ossequio a quanto previsto dagli artt. 1 cpv. 1 e 4 _____. La Cassa malati _____ ha riconosciuto la degenza in questione come cura balneare ed ammesso un contributo giornaliero di fr. 30.-- per la durata massima di 30 giorni per anno civile. Ciò si appalesa come conforme all'art. 9 cpv. 1 lett. a _____: nessun obbligo supplementare può essere imposto all'assicuratore convenuto.

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