

## **TI\_GERICHTE 36.2000.8 vom 13. Dezember 1999**

TI Tribunale d'appello, 1999-12-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.8)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.8 du 13 décembre 1999

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.8 del 13 dicembre 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; - per la lett. e: la degenza nel reparto comune di un ospedale. - per la lett. f: la degenza in un istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere. 2.3. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25ss sono specificati all'art 32 LAMal. Questo disposto precisa che "le prestazioni di cui agli art 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche". 2.4. Gli art 35 - 40 LAMal indicano i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria. Per quanto riguarda le cure stazionarie, l'art 39 precisa che gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria se: a) garantiscono una sufficiente assistenza medica b) dispongono del necessario personale specializzato c) dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali; d) corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati; e) figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati. Giusta l'art. 2 cpv. 2 dell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della LAMal, i Cantoni dovevano approntare la pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero nonché gli elenchi giusta l'art. 39 LAMal entro il 1° gennaio 1998. Finché non è compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'art 39 cpv. 1 lett. e in forza dell'art 101 cpv. 2 LAMal, gli stabilimenti o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto. In questi casi, in forza dell'art 101 cpv. 2 seconda parte, circa l'obbligo degli assicuratori di fornire prestazioni e l'ammontare della remunerazione sono applicabili, fino alla data stabilita dal Consiglio federale, le previgenti convenzioni o tariffe. (cfr. , su questo punto, la decisione incidentale del Dipartimento federale di giustizia e polizia del 3.4.1998

nel ricorso promosso dalla FTAM contro il decreto esecutivo n° 104 del 17.12.1997 del Consiglio di Stato inerente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria in cui si legge, al punto 4, in particolare che: " ..l'art 101 cpv. 2 resta applicabile anche oltre il 1° gennaio 1998 nella misura in cui entro tale data la lista ospedaliera non sia ancora stata pubblicata o, come nella fattispecie, non sia ancora cresciuta in giudicato. Il termine previsto dall'art 2 cpv. 2 dell'Ordinanza é quindi da considerare come un termine d'ordine e non perentorio..." ) 2.5. Nel febbraio 1999 la pianificazione ospedaliera elaborata dal Canton Ticino non era ancora cresciuta in giudicato. Pertanto, in applicazione dell'art 101 cpv. 2 LAMal, gli istituti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente erano autorizzati ad esercitare quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto. La Clinica \_\_\_\_\_ era un istituto di cura secondo il diritto previgente: sino alla crescita in giudicato della pianificazione ospedaliera cantonale, essa era da considerare un fornitore di prestazioni autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cfr. STCA 15.9.1997 in re M.M. c. Cassa malati \_\_\_\_\_). 2.6. Nel suo allegato ricorsuale, \_\_\_\_\_ ha invocato il principio della buona fede per il quale l'amministrazione può essere costretta a concedere ad un amministrato - in contrasto con il principio della legalità e quello della mutualità - una prestazione non prevista né dalla legge né dagli statuti di una cassa malati. La giurisprudenza (cfr. DTF 121 V 66 consid 2a e riferimenti; 116 V 298ss) e la dottrina (cfr. B. Knapp, "Précis de droit administratif", 3è Ed., p. 94ss) hanno enumerato 5 condizioni che devono essere cumulativamente realizzate per tutelare la buona fede dell'assicurato, nei casi in cui l'amministrazione formula una promessa o crea un'aspettativa in modo contrario alla legge. Queste condizioni sono le seguenti: "1.- l'informazione deve riferirsi ad una situazione individuale e concreta; 2.- essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile nelle circostanze. Nel campo dell'assicurazione contro le malattie, è stata ritenuta vincolante un'errata informazione contenuta negli statuti di cassa malati (cfr. RJAM 1983, pag. 148), l'informazione data dal cassiere di una sezione locale di una Cassa (RAMI 1972, p. 136ss) e quella data dall'impiegata abilitata a fornire informazioni diverse da quelle contenute nel certificato d'assicurazione, e ciò anche se i limiti interni della sua competenza risultavano più ristretti di quanto apparissero all'esterno (RAMI 1989, p. 413); 3.- la promessa dev'essere propria a ispirare fiducia. Ciò significa che l'interessato, date le circostanze, non deve poter riconoscere l'erroneità della disposizione. La comunicazione dell'amministrazione deve infatti essere interpretata come il destinatario può e deve capirla usando tutta l'attenzione da lui esigibile (protezione della buona fede dell'assicurato). Una mancanza di chiarezza di un'informazione da parte della cassa non può trarre seco conseguenze sfavorevoli per il cittadino (cfr. DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, p. 68). 4.- l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole. Il destinatario dell'informazione, fidandosi di questa, deve aver preso disposizioni irreversibili. Tali possono essere i pagamenti che non sono più recuperabili. E' tuttavia necessario poter costatare un nesso causale adeguato tra l'informazione ricevuta e la disposizione presa. Non può infatti essere protetto l'agire di un assicurato il quale già ha preso disposizioni prima dell'errata comunicazione o che comunque avrebbe presumibilmente deciso in tal senso anche senza l'informazione dell'amministrazione (cfr. STFA 1967, pag. 40). Questa condizione è realizzata pure allorché l'assicurato, sulla base dell'indicazione errata, non prende disposizioni che gli avrebbero permesso di evitare il pregiudizio (cfr. DTF 106 V 72 a proposito della mancata

affiliazione facoltativa all'AVS); 5.- la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (RAMI 1991 p. 68ss; DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; 109 V 55; STFA 10.9.1996 in re S. riguardante una modifica dei regolamenti interni di una cassa)." 2.7. Come visto in initio, l'assicurata ha affermato di avere, prima di lasciare l'\_\_\_\_\_ per la Clinica \_\_\_\_\_, chiesto telefonicamente all'agenzia di \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ se i costi della degenza alla casa di cura sarebbero stati assunti dalla cassa e di averne ricevuto risposta positiva. Sentite quali testi, le impiegate della citata agenzia hanno tutte negato di avere dato una simile risposta: chi ha escluso categoricamente una tale eventualità, chi ha affermato che una simile garanzia non è conforme alla prassi normalmente seguita e chi, non ricordando la telefonata, esclude di essere stata l'interlocutrice dell'assicurata. Tuttavia, l'asserzione della ricorrente è stata confermata dalla deposizione della dott. \_\_\_\_\_ che, all'epoca della degenza dell'assicurata, lavorava quale medico assistente presso il reparto di ginecologia dell'\_\_\_\_\_. La dottoressa ha, infatti, dichiarato quanto segue: " ... Non ho personalmente assistito alla telefonata che la signora \_\_\_\_\_ ha fatto dall'ospedale all'agenzia di \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_. Tuttavia ricordo benissimo che il 16 febbraio 1999 sono entrata - dopo il colloquio in cui avevamo discusso con la paziente della prosecuzione delle cure in un altro istituto - nella camera della signora \_\_\_\_\_ e che lei mi ha mostrato una rivista femminile sulla cui ultima pagina aveva annotato le indicazioni che aveva ricevuto da un'impiegata della \_\_\_\_\_. In sostanza, la signora aveva scritto sul giornale che l'impiegata della \_\_\_\_\_, durante la telefonata che la signora aveva appena fatto, le aveva detto che occorreva un certificato in cui il medico doveva dire che era necessaria la degenza per la continuazione delle cure. Ricordo che si era rimasti intesi che con un certificato di quel contenuto non ci sarebbero stati problemi per quanto riguarda la copertura delle spese. Ricordo che durante la stessa giornata ho praticamente ricopiato la frase annotata dalla signora sul certificato. Preciso che sia io che i miei superiori - al di là delle modalità della compilazione del certificato - eravamo convinti che la continuazione delle cure in ambito stazionario fosse necessaria. Preciso che lo stesso giorno - ancora in mattinata - ho spedito via fax il certificato alla \_\_\_\_\_. A richiesta confermo ancora una volta che, quando sono rientrata nella sua camera, la signora \_\_\_\_\_ mi ha detto di aver parlato con un'impiegata della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e che questa le aveva detto che, con un certificato in cui il medico attestava la necessità di prosecuzione delle cure, non ci sarebbero stati problemi per l'assunzione dei costi. Confermo ancora che la signora mi ha mostrato un settimanale femminile sulla cui ultima pagina lei aveva annotato quanto dichiarato dall'impiegata della \_\_\_\_\_ (e di cui io ho riferito sopra). ... A domanda confermo ancora una volta che sia io che i miei superiori eravamo convinti della necessità della prosecuzione della degenza per la signora. Ho redatto il certificato conformemente alle indicazioni ricevute dalla signora \_\_\_\_\_ perché le era stato detto che in quel modo non ci sarebbero stati problemi. In particolare, non c'era la necessità - sempre secondo le indicazioni ricevute dalla signora - di indicare la diagnosi. Tengo ancora a ribadire che la continuazione delle cure in ambito stazionario era sicuramente indicata per la signora \_\_\_\_\_: ricordo che lei era particolarmente provata fisicamente e moralmente dall'intervento subito e soprattutto dall'angoscia dovuta al timore di una malattia tumorale maligna. Questa ipotesi era stata fortunatamente scartata dall'esame istologico. Tuttavia lo stato della signora non era migliorato in modo subitaneo alla ricezione della diagnosi. La degenza alla \_\_\_\_\_ le ha permesso, oltre che di ricevere le cure necessarie, di recuperare le forze necessarie ad un suo rientro a domicilio dove, peraltro, c'era il marito

bisognoso di cure. Mi viene chiesto cosa succede in genere alle pazienti dopo un intervento di isterectomia quale quello subito dalla signora \_\_\_\_\_. Rispondo che dipende dai casi concreti. Per alcuni casi, dopo 10/15 giorni di degenza, vi è il trasferimento in ospedali meno attrezzati per la prosecuzione delle cure. In altri è invece possibile il ritorno a domicilio. In altri ancora la degenza al \_\_\_\_\_ viene prolungata di alcuni giorni così da permettere un pieno recupero delle forze. (XXVIII pag. 2 e 3) La testimonianza della dott. \_\_\_\_\_ ha integralmente confermato la versione dei fatti fornita sin dall'inizio dalla ricorrente. Grazie a questa testimonianza è possibile ritenere accertato che, quando ancora era degente all'\_\_\_\_\_, l'assicurata abbia telefonato all'agenzia della \_\_\_\_\_ per verificare se i costi della degenza alla \_\_\_\_\_ che i medici dell'\_\_\_\_\_ le avevano prospettato come indicata sarebbero stati coperti dalla cassa e che, dalla persona con cui ha parlato, abbia ricevuto una risposta affermativa, condizionata alla sola esistenza di un certificato medico attestante la necessità di prosecuzione delle cure. Le versioni contrarie delle impiegate non bastano a togliere fedefacenza alla testimonianza della dott. \_\_\_\_\_: il tempo trascorso e il fatto che per loro, certamente, la telefonata della signora \_\_\_\_\_ non rappresentava nulla di particolare può giustificare una dimenticanza dell'accaduto. Sempre la dott. \_\_\_\_\_ ha confermato che l'assicurata ha annotato sull'ultima pagina di una rivista la risposta ricevuta e non vi sono indizi che inducano a pensare che la signora \_\_\_\_\_ abbia trascritto qualcosa di diverso da quanto riferitole dall'impiegata della \_\_\_\_\_. In queste condizioni occorre ritenere accertato che un'impiegata della cassa malati ha, secondo quanto poteva e doveva comprendere l'assicurata, garantito a quest'ultima che i costi della degenza alla \_\_\_\_\_ sarebbero stati assunti a condizione che il medico avesse certificato che ulteriori cure erano ancora necessarie. Ritenuto che le altre condizioni appaiono manifestamente realizzate - esse non sono nemmeno oggetto di contestazione - e ritenuto che, secondo costante giurisprudenza vigente nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie e negli altri campi delle assicurazioni sociali, i rapporti che esistono tra gli interessati sono retti dal principio della buona fede e che, perciò, gli assicurati devono poter fare affidamento sulle informazioni ricevute dalle persone che rappresentano le casse malati nei rapporti con il pubblico, la cassa convenuta va condannata ad assumere integralmente i costi della degenza della signora \_\_\_\_\_ alla Clinica \_\_\_\_\_ senza che sia necessario verificare se, effettivamente, erano date le condizioni per poter ammettere il diritto a prestazioni di natura ospedaliera anche per il periodo successivo alla dimissione dall'\_\_\_\_\_.

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