

TI_GERICHTE 36.2001.1 vom 6. Dezember 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-12-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.1

FR: TI_GERICHTE 36.2001.1 du 6 décembre 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2001.1 del 6 dicembre 2000

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. 2.4. 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". 2.5. 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. 2.6. 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. A norma dell'art. 101 cpv. 2 prima parte LAMal, fintanto che non é compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'art 39 cpv. 1 lett. e, gli stabilimenti di cura 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. Su questo punto si veda la decisione incidentale del Dipartimento federale di giustizia e polizia del 3.4.1998 sul 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 ..." 2.7. La pianificazione ospedaliera approntata dal Canton Ticino non aveva, nel 2000, ancora forza di cosa giudicata. Pertanto, in applicazione dell'art 101 cpv. 2 prima parte LAMal, gli istituti di cura o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuavano 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 o sino a successiva elaborazione definitiva della pianificazione, le previgenti convenzioni o tariffe. Da osservare come con l'inizio di luglio 2001 è stata adottata in Ticino la nuova pianificazione ospedaliera la quale, per la clinica di _____, non prevede più la presenza di posti letto destinati alla psichiatria (cfr. Decreto esecutivo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), pubblicato in BU 50/2001 del 2 novembre 2001). La fattispecie va comunque analizzata nell'ottica della situazione esistente nel gennaio 2000. La Clinica _____ era uno stabilimento di cura ai sensi della LAMI. Esso é, pertanto, sino a crescita in giudicato della pianificazione ospedaliera cantonale, un fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal. Si tratta, dunque, di un fornitore di prestazioni autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. 2.8. La cassa convenuta contesta che la Clinica _____ sia un istituto adeguato per la cura di malattie di tipo psichiatrico poiché non disporrebbe del necessario riconoscimento in tal senso richiamato il decreto esecutivo 17 dicembre 1997 del Consiglio di Stato. La Cassa non ha preteso nella decisione su opposizione e neppure nelle osservazioni al gravame che la Clinica _____ non disponesse delle strutture sufficienti ed adeguate alla cure di persone affette da malattie psichiatriche semplici, o minori ancorché acute, rispettivamente che il personale medico o paramedico in servizio presso la clinica non fosse detentore di adeguata formazione o qualifica (come è stato il caso nell'incarto TCA _____ sfociato nella sentenza del 22 marzo 1999 in re _____). 2.9. Questo TCA giunge alla conclusione contraria a quella auspicata da _____. In effetti la struttura ospedaliera in questione era tradizionalmente chiamata ad accogliere pazienti aventi problematiche psichiatriche cosiddette semplici. Questa definizione (semplici) non implica, come sembra pensare la Cassa, che le stesse non possano comportare delle cure stazionarie, la semplicità delle patologie permette infatti la loro cura in strutture che non corrispondono necessariamente alla CPC di Mendrisio come si vedrà in corso di motivazione. Nell'ambito dell'istruttoria di una causa che ha occupato il TCA alcuni anni fa (STCA 16.12.1992 in re _ ripresa nella sentenza TCA _____ in re _ del 15 marzo 2000) è stato chiesto al dott. _____, capo del servizio medico dell'allora _____, di indicare quali istituti di cura in Ticino fossero da ritenere adeguati alla cura di affezioni psichiatriche, lo specialista così ha risposto: " (...) L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) accoglie pazienti con problematiche di psichiatria acuta; inoltre, garantisce prese a carico prolungate ad intendimento riabilitativo, e la presa a carico dei casi di psicogeriatrica. E' quindi un ospedale che già tradizionalmente è dedicato ad una cura specializzata, intensa e stazionaria, delle malattie psichiatriche. Tale destinazione dell'ONC è oggi codificata nel paragrafo 17 LASP. (...) Tuttavia, mai l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale fu l'unica istituzione ove vengono curate persone

con problemi di rilevanza psichiatrica. Da sempre, nel campo, operano ospedali periferici e cliniche private. Di questo dato storico ha tenuto conto la LASP, che al paragrafo 21 afferma che "ogni persona bisognosa di assistenza ha il diritto di essere ammessa in una unità terapeutico-riabilitativa adeguata alla sua situazione". Questo significa che non tutte le situazioni di sofferenza psichica necessitano di un'ammissione in Ospedale Neuropsichiatrico, per quanto l'Ospedale Neuropsichiatrico stesso sia in grado di curare anche queste affezioni. Storicamente, la psichiatria ticinese ha fatto ampio uso di Ospedali periferici e di Cliniche private, che accoglievano pazienti con affezioni di tipo psichiatrico. In particolare (...) La _____ gode della supervisione regolare del Dr. _____, psichiatra FMH." Come riportato nella sentenza citata lo psichiatra incaricato aveva risposto ad altre domande del TCA nei seguenti termini: "1) _____ è strutturato ed organizzato per la presa a carico di quali patologie? Risposta : L' _____ è strutturato ed organizzato per la presa a carico specializzata nella cura intensa e stazionaria delle affezioni psichiatriche acute, delle affezioni psichiatriche che necessitano soggiorni di riabilitazione, e nelle cure psico-geriatriche. 2) Corrisponde, secondo lei, al vero, l'affermazione secondo cui l' _____ è Istituto adeguato alla presa a carico di patologie psichiatriche gravi, ma non per la cura di affezioni psichiche, senza o con una moderata agitazione psico-motoria, prevalentemente di tipo depressivo, ansioso, oppure psico-somatico? Risposta: L' _____ è un Istituto adeguato alla presa a carico di tutte le patologie psichiatriche; tuttavia, non tutte le patologie psichiatriche necessitano di una presa a carico in _____: alla luce dell'art. 21 della LASP, sono pensabili altre istituzioni meglio indicate che non l' _____, perché dotate d'un ambiente più tranquillo, ciò che quindi facilita le rese a carico come quelle descritte nella sua seconda domanda. A noi sembra però necessario che per queste prese a carico sia comunque confidata ad un medico specialista in psichiatria, che sia consulente regolare presso la Clinica, che prenda a carico i casi segnalati, oppure che abbia a disposizione un certo numero di letti per le prese a carico specificatamente psichiatriche. 3) L' _____ è un istituto di cura adatto per una persona affetta da una sindrome depressivo-ansiosa di intensità medio-grave, senza tendenze suicidali, con personalità sensibile ed estremamente impressionabile, con reazioni psicologiche fortemente dipendenti dall'ambiente, necessità anche di una terapia ansiolitico-antidepressiva sotto forma di fleboclisi? In caso di risposta negativa, quale altro Istituto di cura entrerebbe in considerazione? Risposta : Per quanto l' _____ sia tecnicamente in grado di affrontare una problematica come quella sovradescritta, è però vero che si cerca di evitare il ricovero di questi tipi di pazienti, sia perché sono passibili di cure meno intensive, sia ambulatoriali, che in altre istituzioni, a condizione che siano ivi seguite da uno psichiatra, sia perché, in effetti, le circostanze specifiche del ricovero in _____, per la gravità di certi pazienti ivi ricoverati, non sono sempre le migliori per dei pazienti particolarmente impressionabili, e non gravemente malati. Noi stessi evitiamo di procedere a ricoveri in _____ per casi, per cui esistono soluzioni migliori altrove. Alla luce di quanto detto sopra, riteniamo positivo che esistano psichiatri che nei loro studi facciano infusioni medicamentose a base di medicinali ansiolitico-antidepressivi, e, se le circostanze del caso lo richiedono, riteniamo positiva la possibilità di ricoverare dei pazienti in cliniche non necessariamente specializzate in psichiatria, a condizione però che ci sia un medico, consulente regolare, specialista in psichiatria, che sorvegli l'andamento delle cure, sia che esso venga chiamato dal Collega internista, sia che abbia a disposizione dei letti per le cure." (consid. 2.5. STCA 16.12.1992 in re _____. c. ____ e consid. 2.8.1. STCA 15.3.2000 in re _____. c. ____.) Il carattere adeguato della Clinica _____ per la cura di affezioni di tipo

psichiatrico come quella in discussione non è, del resto mai stato - sin qui - contestato dalle casse malati. Le Casse hanno sempre, per quanto a conoscenza di questo TCA e desumibile da altro incartamento relativo sempre alla _____ (TCA _____ in re _____ sempre con riferimento a ricovero presso la Clinica _____) assunto i costi delle degenze in clinica per affezioni psichiche dei loro assicurati. Il giudice delegato ha potuto accertare, mediante quesiti posti sia al dott. _____ che alla direzione della Clinica, come il personale medico, che fa capo al dott. _____, sia adeguato. Il dott. _____ è non solo titolare del titolo FMH in psichiatria e psicoterapia e titolare di uno studio privato dove pratica la psichiatria, ma da anni è a capo del reparto attribuito alle cure psichiatriche della Clinica e può far capo a personale adeguatamente formato. In effetti la Clinica può contare sulla collaborazione di infermieri esperti. Più dettagliatamente il professionista ticinese così si è espresso (a conferma del passaggio contenuto nel doc. _): " (...) Dall'estate del 1987 sono consulente in psichiatria presso la Clinica _____. Sono presente in clinica ogni lunedì e mercoledì pomeriggio e il venerdì più o meno durante tutto il giorno; con una certa regolarità il sabato. Inoltre vado in clinica, quando le cure esigono una mia presenza più intensa, rispettivamente, quando sono chiamato per urgenze dai medici oppure dagli infermieri. (...) Durante le mie assenze sono sempre sostituito da colleghi, che non si recano con la mia regolarità in clinica, ma che sono disposti a venire in clinica su richiesta dei medici. In questi anni di attività mi hanno sostituito i seguenti medici, tutti specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia: il dottor _____, il dottor _____, la dottoressa _____ e il dottor _____. Gli infermieri presso la Clinica _____ non sono di regola infermieri psichiatrici. Negli ultimi 10-15 anni si è sviluppata con la regolare presenza di pazienti psichiatrici nei reparti della Clinica _____ un sapere, una cultura per questo tipo di cure. Le continue discussioni in merito ad aspetti psicofarmacologici, psicodinamici (sia intrapsichici che interpersonali) e psicosociali hanno permesso di accumulare un notevole tesoro di esperienza all'interno delle équipes terapeutiche, équipes, che sono formate in parte da infermieri, con i quali la collaborazione dura da oltre 10 anni. La loro capacità di ascoltare i pazienti, di reagire in maniera professionalmente modulata e di segnalare con precisione ai medici eventi di rilievo è notevole. (...) I pazienti psichiatrici ricoverati presso la Clinica _____ vengono inviati da medici generalisti FMH, da medici internisti FMH, da medici con FMH in psichiatria e psicoterapia con studio proprio, dai servizi psicosociali, in modo particolare quelli di _____ e di _____, dagli ospedali pubblici (Ospedale _____ tramite il servizio medico-psicologico, la cui direzione è affidata ad un medico con titolo di FMH in psichiatria e psicoterapia; Ospedale _____, Ospedale _____), dalla Clinica _____, da cliniche psichiatriche private e da servizi come il Servizio _____. Presso la Clinica _____ vengono curate cosa concerne le diagnosi più o meno tutte le affezioni: sindromi e disturbi psichici di natura organica, sindromi e disturbi psichici dovuto all'uso di sostanze psicoattive, disturbi nel campo della schizofrenia, sindromi affettive, sindromi nevrotiche, disturbi alimentari e disturbi della personalità e del comportamento dell'adulto. Le patologie più frequentemente curate presso la Clinica _____ sono comunque le sindromi affettive e quelle nevrotiche. (...) " (Doc. _) Dal canto suo la Clinica _____ ha specificato, a fronte di precise domande ed alla luce delle risposte date in ambito di altra istruttoria sempre coinvolgente la _____, come: " (...) Vengono curate tutte le persone con una sofferenza psichica, che non riescono a risolvere da sole, e per le quali i medici curanti ritengono che la Clinica _____ sia la struttura che permetta cure adeguate. (...) E' garantita un'assistenza psichiatrica costante, coadiuvata dalla presenza dei medici internisti,

dei medici assistenti e del personale paramedico. (...) In collaborazione con gli altri internisti, l'assistenza é affidata al dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, tramite presenza in Clinica e servizio di picchetto 24/24h. ■ Il dr. _____ collabora con la nostra struttura dal 1987. ■ Per il servizio pianificato, il Dr. _____ é presente in Clinica il lunedì pomeriggio, il mercoledì pomeriggio ed il venerdì pomeriggio. ■ Per le urgenze il Dr. _____ é rintracciabile 24/24h. ■ In caso di assenza prevista o imprevista vi é sempre un sostituto designato dallo stesso Dr. _____. ■ Come detto sopra, in caso di assenza il Dr. _____ organizza uno o più sostituti che assicurano la continuazione delle cure previste e straordinarie (picchetto). (...) Mediamente in clinica vengono ricoverati ca. 20 pazienti al mese che presentano anche disturbi di tipo psichiatrico. (...) Fatta eccezione per alcune rare situazioni (legate all'assicurazione _____), tutte le assicurazioni malattia corrispondono alla Clinica _____ l'importo pieno della fattura emessa, senza sollevare particolari contestazioni di sorta. (...) La Clinica _____ dispone di personale diplomato con una lunga esperienza nella cura di pazienti psichiatrici derivante dalla decennale collaborazione con il consulente psichiatrico, che tiene ciclicamente corsi di formazione per gli assistenti ed infermieri." (Doc. _) L'istituto dispone quindi di personale medico specialista e personale medico comunque adeguatamente informato nonché da personale paramedico adeguatamente formato (come rammenta la direzione della Clinica) e può quindi contare su di una struttura più che adeguata come rammenta d'altra parte la direzione dell'istituto che indica come nessuna Cassa Malati, esclusa _____, ha mai sollevato problemi. Questo TCA ritiene inoltre che le cure dispensate in un ambiente come quello della Clinica _____, dove maggiormente sono presenti pazienti affetti da depressioni ed esaurimenti, sia certamente maggiormente adeguato per queste cure rispetto alla _____ dove può avvenire una maggiore psichiatrizzazione del paziente. Ciò a maggior ragione se il ricovero è imposto anche da malattia somatica. Il ricovero a _____ evita il marchio che purtroppo ancora oggi viene attribuito a chi subisce un ricovero presso la clinica _____ (in questo senso STCA _____ sentenza del 15.3.2000 citata pag. 16/17 con riferimento alla Clinica _____ ma valevole, mutatis mutandis, nel caso concreto). La struttura ospedaliera appare quindi adeguata alle cure praticate in ambito psichiatrico leggero, anche cure stazionarie, siccome convenientemente strutturata ed opportunamente assistita da personale medico specialista, in particolare il dott. _____, da personale medico e da personale paramedico cui sono stati impartiti corsi di formazione. 2.11. Il giudice delegato ha richiamato dalla Sezione sanitaria, come rammentato in precedenza, la decisione di autorizzazione d'esercizio rilasciata alla Clinica (XIV). Dallo scritto 21 giugno 2001 del Capo Ufficio di _____ si desume che "la Clinica _____ è autorizzata, giusta l'art. 80 della Legge Sanitaria, all'esercizio di un istituto di cura per il trattamento di pazienti acuti. La Clinica dispone, tra l'altro, anche di un servizio di medicina interna". E' quindi stato chiesto alla sezione sanitaria del DOS se tale struttura ospedaliera fosse adeguata per il trattamento delle affezioni psichiatriche "leggere" quali la depressione, gli stati d'ansia, ecc. ..., che non presentano comportamenti aggressivi o distruttivi. Il DOS, sempre a penna del responsabile dell'Ufficio _____, ha specificato come: " (...) Relativamente alla questione che attiene al trattamento di pazienti con patologie psichiche "leggere", ci permettiamo di richiamare la nostra lettera del 28 dicembre 1999 a codesto lodevole Tribunale della quale, per comodità, trasmettiamo fotocopia in allegato. Le considerazioni e le conclusioni di quella nostra presa di posizione possono essere assunte anche per il caso in esame." (Doc. _) L'Ufficio amministrativo ha quindi trasmesso a questo

TCA copia di uno scritto 28 dicembre 1999 destinato all'allora vice Presidente del TCA nell'ambito di un'istruttoria relativa alla Clinica di _____ (copia dello stesso è stato trasmesso alle parti interessate alla procedura in discussione). Con riferimento alla procedura relativa alla citata clinica il DOS (cfr. STCA 15.3.2000 citata pag. 17) aveva già indicato al TCA come, secondo il parere del dott. _____, giurista del dipartimento: " E' noto che l'ammissione di un paziente, specialmente affetto da patologie psichiatriche leggere e facilmente recuperabile in un istituto o in una struttura specificatamente destinata alla psichiatria acuta, incontra sovente qualche difficoltà ad essere accettata da parte dell'interessato per il timore del giudizio sociale e del fatto di subire un "marchio" e difficilmente eliminabile, che gli può causare problemi in futuro. Si può tuttavia oggettivamente giustificare la richiesta di un paziente, al primo contatto con la malattia psichiatrica di essere curato in una struttura di cure generali o comunque in una struttura non specificatamente destinata a casi psichiatrici. Questa scelta ha giustificazioni di carattere sociale ma, a causa delle possibili ripercussioni sulla psiche momentaneamente labile dell'interessato, anche un fondamento di carattere medico-terapeutico. Quindi, anche se di regola un ospedale di cure generali o una clinica per pazienti lungodegenti non sono indicati per terapie appartenenti alla psichiatria, in casi particolari può di fatto ritenersi giustificato per i motivi anzidetti il collocamento ad esempio di pazienti depressi o esauriti che non richiedono terapie particolarmente intense o specifiche anche in un ambiente di cura non proprio della psichiatria. Pertanto, tenendo conto di queste considerazioni, si dovrebbe poter concludere che comunque la definizione della missione sociale dell'istituto di cura debba esser intesa con sufficiente elasticità anche da parte delle Casse malati e non precludere rigidamente la possibilità, specialmente in casi di psichiatria, che un paziente con patologie leggere possa essere curato anche in strutture per cure generali o comunque non psichiatriche." Da ciò emerge chiaramente come l'autorità amministrativa preposta a concedere le autorizzazioni d'esercizio consideri come la Clinica _____ sia stata abilitata a trattare pazienti con malattie psichiche leggere. Anche dal profilo dell'autorizzazione ottenuta dal DOS non vi sono elementi che permettano di concludere che la Clinica _____, precedentemente alla nuova pianificazione cantonale (di recente adozione), non sia stata istituto adeguato per la trattazione di casi psichiatrici leggeri. Va ancora aggiunto che, come rammenta lo stesso dott. _____, pazienti venivano inviati alla Clinica _____ addirittura dai medici attivi in seno alla _____. 2.12. Nel caso di specie va ammesso senz'altro che la Clinica _____ era istituto adatto ad ospitare la signora _____. In effetti come dimostrano gli atti, in particolare il certificato medico allestito dal dott. _____ e l'attestazione medica del dott. _____, _____ sofferiva, al momento del suo ricovero alla Clinica, di uno stato ansioso depressivo importante reattivo ad una situazione familiare difficile in uno con un grave dimagrimento una stanchezza fisica ed inappetenza, patologie organiche che, d'avviso del dott. _____, imponevano una adeguata indagine (apparendo a questo TCA semplicistica l'indicazione dei funzionari della Cassa Malattia secondo cui tali affezioni fossero da ricondurre esclusivamente alla psicopatologia presentata dall'assicurata). Le patologie organiche e psichiche presentate dalla paziente rientrano in quelle la cui cura va ammessa presso la Clinica di _____, sia dal punto di vista fisico che psichico. Va qui opportunamente rammentato come il TFA abbia già ritenuto (TFA 18 ottobre 1993 in re P, cons. 4b) come la presenza concomitante di affezioni organiche accanto ad altre di natura psichiatrica non permette di ritenere adeguata al ricovero la _____. D'altro canto va evidenziato come lo stesso medico fiduciario della

_____ abbia indicato la necessità di prendere a carico le spese del ricovero (doc. _) circostanza questa che la _____ non ha indicato alla ricorrente. Va rilevato che _____, che non presentava un rischio suicidale o aggressività, durante la degenza ha subito un leggero intervento chirurgico ed è stata sottoposta a cure internistiche. 2.13. Resta ora da esaminare, considerato come la Clinica _____ sia struttura adeguata alla cura delle patologie psichiatriche leggere, ritenuto come la cura di dette patologie possa rientrare nell'ambito della autorizzazione rilasciata alla Clinica (fatta salva la pianificazione ospedaliera di recente emanazione) e rilevato come la signora _____ fosse affetta da patologie psichiatriche di questa natura (ossia stato ansioso depressivo) oltre che dalle affezioni organiche descritte, se l'intensità della patologie imponeva il ricovero stazionario. Agli atti è consegnato in particolare il certificato medico del dott. _____, inequivocabile su tale punto. Il ricovero necessario era da ricondurre alla gravità della situazione valutata nel suo insieme. Da evidenziare come la signora _____ non avesse sollecitato il ricovero ma lo stesso fu ritenuto necessario dal medico curante apparendo – sempre per il dott. _____ – controindicata una cura ambulatoriale rispettivamente semi ospedaliera. Il dott. _____ rammenta poi precisamente che la Clinica _____ venne scelta proprio per la concomitante presenza di internisti e dello psichiatra altamente qualificato. Già solo le cure psichiatriche giustificavano il ricovero stazionario alla luce della loro gravità come rammenta il dott. _____ nella sua lettera 12 novembre 2001 al TCA (XIV) da cui si desumono nel dettaglio i motivi della necessità del ricovero stazionario, ricovero senza il quale le cose sarebbero peggiorate. Per il dott. _____ "...il ricovero in un ambiente protetto" era diventato componente indispensabile "... per il buon successo delle cure". Anche lo psichiatra condivide l'adeguatezza del ricovero presso la Clinica _____ stante la necessità di operare "accertamenti internistici" alla luce dell'importante dimagrimento e deperimento dell'assicurata. Il dott. _____ sottolinea ancora come "presso la Clinica _____ potevano" – gli accertamenti internistici – "avvenire in modo più adeguato rispetto ad una clinica psichiatrica quale la _____ o la Clinica di _____" e che d'altra parte ha evitato una eccessiva psichiatrizzazione della situazione e della persona. Lo psichiatra che ha avuto in cura l'assicurata presso la Clinica ha ancora aggiunto che " Senza un ricovero ospedaliero stazionario il circolo vizioso che si era istaurato fra sofferenza psichica e turbe di comportamento avrebbe però potuto sfociare in una latente o manifesta suicidalità oppure in atti aggressivi verso i genitori anche maggiori." (XIV) Chiaramente, come alle dichiarazioni concomitanti dei due medici curanti, e come anche inteso dal medico fiduciario della Cassa, il ricovero non ha avuto ragioni sociali. 2.14. Giusta l'art 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, 2 e 3 finché 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. Da notare che _____ non risulta avere versato nulla alla signora _____. 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 é la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (SVR 12/2000 KV 40 c. 2, pag. 124; SVR 3/2001 KV 15 pag. 39;

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) Nella sentenza SVR 12/2000 citata il TFA rammenta come: " (...) Le droit à des prestations pour un traitement en milieu hospitalier implique qu'un tel traitement soit nécessaire. D'après la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit pas à ouvrir droit aux prestations. Les caisses répondent toutefois de toute hospitalisation rendue indispensable par l'état malade de leurs assurés lorsque cet état nécessite, non pas forcément un traitement médical, mais simplement un séjour en milieu hospitalier. L'intensité des traitements médicaux qu'exige la maladie n'est pas l'unique critère pour décider si l'état de santé justifie une hospitalisation, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état. Dès lors, le droit aux prestations d'hospitalisation n'existe pas si une hospitalisation a lieu uniquement pour des motifs sociaux, c'est-à-dire si l'assuré n'est pas malade au sens de la loi sur l'assurance-maladie ou si l'ensemble du traitement médical et des autres soins nécessités par sa maladie ne justifie pas séjour à l'hôpital (ATF 115 V 48 consid. 3b/aa; RAMA 1991 no K 863 p. 78 consid. 2a et la jurisprudence citée). Il est admis que cette jurisprudence conserve toute sa valeur sous le régime de la LAMal en ce qui concerne les établissements et leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesure médicales de réadaptation (hôpitaux) au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal (ATF 125 V 179 consid. 1b; RAMA 1998 no. KV 34 p. 289; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 136 ss; DUC, L'établissement médico-social et la LAMal, in: LAMal-KVG: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 313 et 316; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 71 note 181; voir aussi ATF 124 V 365 consid. Ib, à propos de la délimitation entre le besoin d'hospitalisation pour le traitement d'affections aiguës et le besoin de soins). Cette jurisprudence, en effet, constituait du temps de la LAMA un cas d'application des principes de l'économie et du caractère approprié du traitement (art. 23 LAMA; art. 21 al. 1 Ord. III; cf. ATF 125 V 98 consid. 2), qui trouvent désormais leur expression à l'art. 32 al. 1 LAMal, relatif aux conditions générales de la prise en charge des frais de soins (voir aussi l'art. 49 al. 3 LAMal). (...)” 2.15. 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. 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). In particolare, il TFA ha avuto modo di precisare che la mancanza di letti in un istituto di cura adatto non può essere ritenuta per la determinazione dell'obbligo contributivo di una cassa: " Ebenso hat der spitalbedürftige Versicherte nicht mehr als die gesetzlichen bzw. statutarischen Leistunge zugute, wenn er gezwungenermassen in einer teuren Klinik hospitalisiert werden muss, weil in der Heilanstalt oder in der Spitalabteilung, die vom medizinischen Standpunkt aus genügen würde und billiger wäre, kein Bett frei ist. Ferner hat die Kasse nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil z.B. kein Platz in einem geeigneten und für den Versicherten genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (BGE 115 V 48 f. Erw. 3b/aa; vgl auch BGE 120 V 206 Erw. 6a). (...)” (STFA 26.11.1998 in re E.F e H.F. c. Konkordia pubbl. in DTF 124 V pag. 362 e seg. e RAMI 1/1999 pag. 31 e seg. -) 2.16. Nel concreto caso alla luce delle certificazioni raccolte agli atti va senz'altro ammesso, vista la giurisprudenza del TFA in materia, come il ricovero ospedaliero stazionario di _____ fosse indispensabile. I medici interpellati indicano la necessità del ricovero alla luce dello status psichico della paziente accompagnata da una situazione organica “difficile” (cfr. XV dott. _____ pag. 2) che non permetteva un ricovero in una struttura diversa poiché unicamente la Clinica _____ avrebbe offerto sufficienti garanzie per le patologie presentate dall'assicurata come rammenta anche il dott. _____ i. Come più sopra rilevato lo stato di malattia della paziente imponeva il ricovero in ambiente ospedaliero, sia per l'intensità delle cure mediche necessarie sia per la necessità di avere un ambiente tranquillo sotto sorveglianza medica dove affrontare adeguatamente lo stato depressivo ed ansioso in cui versava e per le ulteriori necessità relative alla situazione organica con l'importante deperimento descritto in precedenza. Un ricovero semiospedaliero in una clinica diurna rispettivamente la possibilità di eseguire il trattamento in via ambulatoriale è stato escluso dall'istruttoria condotta. Come detto appariva particolarmente indicata la Clinica _____ alla luce della situazione particolare in cui versava la paziente come attestato dai medici che nessun interesse hanno avuto con il ricovero in questione. D'altra parte la Cassa resistente non ha portato alcun elemento di valutazione medica in senso contrario limitandosi a genericamente confutare, senza il minimo supporto medico, la prima certificazione del dott. _____. Nessuna osservazione è invece stata formulata ai certificati acquisiti in corso d'istruttoria (XXII).

2.17. Alla luce di tutto quanto precede va ritenuto come le patologie di cui soffriva la ricorrente al momento del ricovero e per tutto il periodo in cui è avvenuta la cura a _____, imponevano certamente la degenza stazionaria in una struttura adeguata alla patologia quale è la Clinica _____. Altra struttura ad esempio la _____, come rammenta rettamente il dott. _____, non sarebbe stata adatta per l'inadeguatezza delle possibilità di cura (cfr. XIV risposta a domanda 5). In effetti la signora _____ presentava, nonostante l'indicazione di sostanziale di “condizioni generali buone” (doc. _) data dal dott. _____, un grave deperimento fisico, inappetenza e stanchezza fisica (doc. _) e quindi uno status organico che andava indagato e per il quale, comunque, il ricovero presso la Clinica _____ era necessario. Ne discende che la Cassa malati resistente deve assumersi le spese del ricovero presso la Clinica _____. Per quanto

attiene alla tariffa applicabile, ritenuto quanto precede, il rimborso avverrà sulla scorta delle tariffe in vigore a partire dal 1° gennaio 2000 presso la Clinica _____ (in merito va fatto rinvio al DE concernente la tariffa LAMal 2000 applicabile all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) per degenze presso la Clinica _____ che ha ritenuto definitive le tariffe di cui al decreto 9 febbraio 2000 che a sua volta dichiarava applicabili le tariffe fissate nel decreto esecutivo del 5 ottobre 1999 valide per l'anno 1999. La Cassa dovrà inoltre assumere i costi dei medici intervenuti presso la Clinica _____ per la cura dell'assicurata dott. _____, dott. _____ e dott. _____ come alle fatture degli stessi più sopra evocate e ciò in virtù del tenore del citato decreto 5 ottobre 1999 in virtù del quale le tariffe fissate per l'assicurazione di base "comprendono tutte le prestazioni sanitarie ad eccezione ... delle prestazioni mediche esercitate da un medico convenzionato con la FTAM" (caratteristica quest'ultima che la Cassa non ha contestato essere data per i professionisti in discussione nel caso di cui si tratta). Alla luce di quanto precede il ricorso va quindi integralmente accolto e la decisione impugnata va annullata. Alla Cassa va fatto obbligo di assumersi le spese derivanti dalla degenza della ricorrente per il periodo 10 al 29 gennaio 2000 presso la Clinica _____ in virtù delle cure medico sanitarie obbligatorie imposte dalla LAMal. L'esito del gravame impone il carico delle tasse e spese allo Stato mentre la _____ verserà alla ricorrente, a titolo di ripetibili di questa sede, l'importo di CHF 2'000.-. B. assicurazione complementare per il ricovero in reparto privato 2.18. Oltre all'assicurazione di base _____ era assicurata presso la _____ anche per talune complementari (v. pto. 1.1.) tra le quali l'Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione per il ricovero in reparto semi privato in ospedali che hanno ricevuto un mandato di prestazioni da un cantone. La copertura è retta dalle condizioni contrattuali che vincolano le parti (CGA rispettivamente dalle Condizioni complementari d'assicurazione – CCA – vigenti nell'anno 2000). Alla luce delle considerazioni che precedono la Clinica _____ appare istituto ospedaliero abilitato all'esercizio ed è quindi da ritenere quale titolare di un mandato di prestazioni. D'altra parte lo stesso rappresentante della cassa, in sede di udienza di discussione di altra fattispecie del tutto simile a quella in discussione in re _ nota alla Cassa (inc. _____, udienza del 20 luglio 2001), ha ammesso che "in caso di ricovero a _____ di persone con affezioni classiche ... la Cassa paga senza discussione" ritenendo che anche per quanto concerne le prestazioni complementari ciò avvenga senza problemi. L'art. E1 CCA prevede che _____ copra le spese cagionate da un trattamento stazionario per cure acute che non sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle spese medico sanitarie, escluse le spese strettamente personali (telefono, giornali, ecc.) come rammenta l'art. E4. Vista la natura del ricovero, imposto – come rammentato nelle considerazioni precedenti – sia dalle affezioni psichiche di cui soffriva la signora _____ ma anche dal suo complessivo e complesso status organico che non permetteva (come rammentato dal dott. _____ e dal dott. _____ doc. _) un ricovero in una struttura quale la Clinica _____ o presso la Clinica di _____ ed imponeva invece il ricovero in una struttura adeguata al trattamento sia dell'affezione psichica che di quella organica, alla Cassa va imposto il pagamento integrale delle spese di ricovero in reparto semi privato. In effetti – come più volte ripetuto – il ricovero presso la Clinica _____ appariva necessario, per quanto accertato ed attestato dai medici interpellati da questo TCA, sia da un profilo organico che psichiatrico. Nella misura in cui il ricorso costituisce anche petizione per le pretese scaturenti dalle assicurazioni complementari la stessa va accolta. In effetti, come rammenta la stessa signora _____, essa gode di una

copertura per reparto semi privato pur avendo accettato il ricovero in camera privata. Secondo le condizioni d'assicurazione, come appare - per quanto qui d'interesse - al punto E nella versione gennaio 2000, _____ fornisce all'assicurato le prestazioni previste dalla LAMal (assicurazione di base) mentre per le prestazioni non coperte la Cassa offre delle coperture facoltative a dipendenza della categoria d'assicurazione. L'art. E.2 prevede in particolare il rimborso delle spese per l'ospedalizzazione in classe semi privata, ossia in camera a due letti - eccezionalmente a più letti - di un ospedale. Se il ricovero avviene in una classe diversa da quella assicurata _____, come rammenta anche l'art. E.5: " 1 Se un assicurato si reca in un reparto dell'ospedale di classe superiore rispetto a quella assicurata, le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione malattie facoltativa vengono prese a carico conformemente alla classe di prestazioni assicurata, sempreché possano essere calcolate esattamente in base alle tariffe. Se è impossibile effettuare un simile calcolo, le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione malattie facoltativa sono assunte dalla _____ nel modo seguente: 1. classe di prestazioni 1 (reparto comune): - degenza nel reparto semiprivato: 40 per cento delle spese non coperte; - degenza nel reparto privato: 20 per cento delle spese non coperte; 2. classe di prestazioni 2 (reparto semiprivato): - degenza nel reparto privato: 75 per cento delle spese non coperte. 2 Se, in caso di cambiamento di classe, l'assicurato produce una fattura pro forma del reparto assicurato gli vengono rimesse le spese di cui alla fattura pro forma. In questo caso non viene applicato il principio dell'indennizzo in percento giusta il capoverso 1." Nel caso concreto appare che _____ ha beneficiato, come detto, di prestazioni di classe privata in luogo delle prestazioni di classe semi privata come alla sua copertura. In virtù delle condizioni d'assicurazione evocate, ritenuta la necessità di ricovero come alle considerazioni che precedono, all'assicurata (visto in particolare il cpv. 3 dell'art. E5) sono dovuti CHF 11'673.50 alla luce dell'accertamento svolto da questo TCA presso la Clinica (lettera 27 novembre 2001 doc. _ e risposta della Clinica _____ doc. _). L'assicurata dovrà assumersi la differenza tra le spese di cura in reparto privato e quello semi privato. L'esito della petizione, favorevole all'assicurata, impone il carico delle tasse e spese giudiziarie allo Stato mentre la convenuta _____ va condannata a versare all'attrice, a titolo di ripetibili per la petizione in discussione, l'importo di CHF 500.-.

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