

TI_GERICHTE 36.2001.27 vom 16. Februar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.27

FR: TI_GERICHTE 36.2001.27 du 16 février 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.27 del 16 febbraio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

l'informazione deve riferirsi ad una situazione individuale e concreta;

E. 2

essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile nelle circostanze.

E. 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). Inoltre l'informazione deve essere incondizionata. Qualora l'organo amministrativo che fornisce la comunicazione esprime - almeno implicitamente, ma con chiarezza - che la comunicazione non è definitiva, il destinatario della comunicazione non può far valere la propria buona fede (cfr. Imboden-Rhinow, Schweiz. Verwaltungspraxis, 5a. edizione, n. 75 B III b 3);

E. 4

l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole.

E. 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). La giurisprudenza applicabile in materia, in relazione con l'art. 4 v. Cost. (DTF 121 V 66 consid. 2), è applicabile anche in virtù del nuovo art. 9 Cost. (RAMI 2000 p. 223). Nel caso concreto va evidenziato come l'istruttoria di causa non abbia permesso di accertare l'esistenza di una promessa di assunzione dei costi di cura litigiosi da parte dell'assicuratore in epoca precedente il ricovero. Indizio di tale impegno della _____ è stato dedotto da uno scritto (doc. _) del dott. _____ che indica l'esistenza di un "consenso verbale" alla cura da parte del collaboratore _____. Il teste _____ ha

sostanzialmente smentito l'esistenza di una tale promessa, precisando che: " le direttive che avevo erano quelle, per casi di ricoveri stazionari come quello in discussione, di far capo al nostro medico fiduciario. Se vi sono delle fisioterapie recenti che precedono la richiesta di ricovero so che si può anche ammettere il ricovero stesso ma la nostra direttiva ci imponeva di far capo al nostro medico fiduciario perché magari poteva essere più giustificabile una cura balneare." ed ancora: " All'epoca del ricovero di _____ io ero capo tassatore della _____ sezione _____ e lo sono stato fino alla fine dello scorso anno. Per il caso di _____ ho agito in veste di tassatore e quindi di primo interlocutore dell'interessato, oggi posso dire di non ricordare di avere avuto un contatto con il dottor _____ ha proposito del previsto ricovero del _____. Il giudice mi legge un passaggio di uno scritto _ agli atti dove _____ indica di avere avuto un consenso verbale da parte di un incaricato _____. Posso dire di non aver accertato presso gli altri due miei subalterni l'eventuale contatto di _____ con loro di _____. Dico che se ciò fosse avvenuto il medico sarebbe stato rinviato ad un contatto con me. Nei miei anni di collaborazione con la cassa ho sì avuto contatti con i medici ma per quanto attiene alle diagnosi loro preferiscono avere contatto con il medico fiduciario _____. Non essendo stata dimostrata, con il grado di verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali, una promessa da parte del funzionario dell'assicurazione la buona fede non può essere ritenuta in questa sede.

2.3. Oggetto del contendere è l'assunzione, da parte della Cassa malati _____, dei costi relativi alla cura stazionaria eseguita in ambiente ospedaliero (reparto comune) a cui si è sottoposto _____ dal 22 al 30 giugno 2000, rispettivamente l'assunzione di ulteriori costi di degenza futuri se ritenuti necessari dai curanti. Per l'art. 24 LAMal " L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34." Secondo l'art. 25 cpv. 1 LAMal " 1 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, tra l'altro, 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 (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c) e provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e).

2.4. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art 25ss sono specificati all'art 32 LAMal, secondo cui " 1 Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. 2 L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente." Questi presupposti si applicano a tutte le prestazioni fondate sulla LAMal (Eugster, Krankenversicherung, p. 52 N 100ss in SBVR, Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea 1998). L'adeguatezza di una prestazione si valuta secondo criteri medici (Eugster, op. cit., p. 185).

2.5. Secondo l'art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. 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 e 2 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.

2.6. Per l'art. 56 cpv. 1 LAMal inoltre il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto l'esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Secondo la giurisprudenza, come recentemente evocato nella sentenza TCA _____ del 1 ottobre 2001 in re _____ c./ _____, un soggiorno ospedaliero non implica di per sé l'obbligo prestativo delle Casse: condizione indispensabile del diritto a prestazioni per cure ospedaliere è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 126 V 326 consid. 2b; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b; 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; Eugster, Krankenversicherung, p. 70). La necessità dell'applicazione di un determinato provvedimento va stabilita in base a criteri oggettivi (Eugster, op. cit. p. 52). In concreto 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. _____). Il presupposto della necessità è pure dato se la possibilità di sottoporre l'interessato a trattamenti ambulatoriali si è esaurita, in quanto i provvedimenti si sono rivelati privi di successo dopo essere stati applicati per lungo tempo (DTF 120 V 206 consid. 6) e solo tramite una degenza ospedaliera si prospetta un successo (DTF 126 V 326 consid. 2b; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b ; cfr. Eugster p. 70; DTF 120 V 206 consid. 6a e giurisprudenza citata). Determinante per stabilire la necessità è lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'entrata all'ospedale (RAMI 1994 K 939).

2.7. Va inoltre ancora rilevato che l'esecuzione di una terapia intensiva secondo un programma medico definito non modifica la natura della cura: il TFA ha infatti già negato la necessità di cura ospedaliera per caso acuto in casi in cui era prescritta un'intensa fisioterapia poiché, secondo la Corte federale, la ginnastica medica e la ginnastica in acqua svolte allo scopo di rafforzare e stabilizzare la schiena e per migliorarne le funzioni possono, di regola, essere effettuate ambulatoriamente. Il TFA ha aggiunto che "non rappresenta un motivo oggettivo e sufficiente a fondare la necessità di cura ospedaliera (n.d.r: cioè di cura come caso acuto) il fatto che, in una clinica reumatologica, le terapie fisiche vengono suddivise durante tutta la giornata con pause di recupero e di riposo" (STFA 8 ottobre 1992 in re C. non pubbl.). Secondo il TFA, una cura balneologica 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).

2.8. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa nella LAMal (SVR 1999 KV 6 p. 12; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; cfr. RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b) sono considerate ineconomiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo

concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287; Eugster: p. 53 N 215). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b; STFA non pubbl. del 21 marzo 2001 in re V). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). In tale ambito la LAMal attribuisce un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI - che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, op. cit. p. 32-34). Il suo ruolo persegue lo scopo di evitare agli assicuratori la presa a carico di misure inutili. Egli può inoltre offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (STFA del 21 marzo 2001 in re V K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata). 2.9. In casu dagli atti emerge che _____ è affetto da una sindrome cervicospondilogenica cronica con esacerbazioni in presenza di osteocondrosi C5/6, in minor misura C6/7 con lieve spondilosi anteriore ed uncartrosi, sindrome lombovertebrale cronica con esacerbazioni e presenza di iniziali alterazioni degenerative in L3/4 ed in particolare L5/S1 con spondilartrosi L4/S1 bilaterale. Per questi motivi egli si è sottoposto, su prescrizione del medico curante, a numerosi cicli di fisioterapia a partire già dal 1995, e meglio - a partire dal 1998 (gennaio) sino all'epoca successiva alla cura stazionaria in discussione, _____ si è sottoposto a 54 sedute di fisioterapia, di cui 36 precedenti il ricovero (escluse le cure del 1995). Questi cicli di fisioterapia non hanno prodotto i risultati sperati come puntualmente ha attestato il dott. _____ negli scritti indirizzati alla Cassa. In particolare il dott. _____ ha evidenziato di conoscere il paziente dal 1992, ha ribadito nella sostanza la diagnosi evidenziando inoltre una ipomobilità segmentale C1/C2, una sindrome del fascettario e rilevando come la situazione del paziente sia rimasta invariata. Il dott. _____ ha quindi prescritto al paziente, vista l'inutilità delle cure fisioterapiche, un ricovero presso la Clinica di riabilitazione di _____ nei termini descritti nelle considerazioni di fatto. Il ricovero del paziente è stato contestato, senza indicazione di motivazione medica, dal medico fiduciario della Cassa che non ha operato visita alcuna. Questo Tribunale, constata che il medico confederato si è espresso nei termini succinti ripresi nelle considerazioni precedenti, senza approfondimento e senza motivare da un profilo medico la sua presa di posizione, limitandosi al contrario a far capo a giurisprudenza federale, operando in maniera acritica e facendo astrazione dalla concretezza del caso ma basandosi su circostanze generali, in maniera preconcepita siccome non fondata su informazioni concrete e specifiche. Il dottor _____, specialista in medicina interna e reumatologia è stato, dal canto suo, incaricato di erigere una perizia avente lo scopo di chiarire se, al momento in cui il ricovero è avvenuto, era data l'esigenza di una cura stazionaria. Il professionista, reumatologo medico aggiunto all'_____, si è espresso nei seguenti termini: "(...) Anamnesi attuale Il paziente lamenta dei dolori situati a livello della colonna cervicale già da numerosi anni, iniziati attorno al 1986 con una recrudescenza a partire dal 1993, con talvolta irradiazioni di dolori fino alle spalle, meno frequentemente fino ai polsi, senza tuttavia mai fenomeni neurologici chiari. Si sottoponeva già per questo, a delle sedute di chiropratica in giovane età. Da anni beneficia di sedute di fisioterapia a _____ presso lo studio fisioterapico _____ con benefici temporanei. In giovane età talvolta sofferenza di dolori in sede più bassa alla colonna lombosacrale sempre

considerati lievi. Da oltre 20 anni utilizza un sotto-piede di 8 mm a destra per riequilibrare il bacino. Mai dolori agli arti inferiori. Il 15.08.99 mentre il paziente fa una passeggiata nella valle di _____ presenta un primo episodio di blocco lombare acuto che l'impedisce di muoversi. Trasportato in ambulanza (attesa per svariate ore) ed assistito al Pronto Soccorso dell'Ospedale di _____ dove resta durante la giornata, gli vengono praticate delle iniezioni di antinfiammatori non steroidei e può quindi raggiungere il domicilio. Da allora, i disturbi si sono manifestati a livello lombosacrale a carattere altalenante con tendenza alla cronicità. Mai irradiazioni sciatalgiche agli arti inferiori, ma unicamente nella regione gluteale bilaterale. Anche per questo motivo il paziente effettuava delle fisioterapie di tipo ambulatoriale, con benefici molto più moderati di quelli ottenuti con la fisioterapia di tipo stazionario (effettuata a inizio 2001 a _____). Le fisioterapie effettuate durante l'arco del 1998 erano indirizzate essenzialmente alla problematica cervicale ma anche per una gonalgia sinistra ed una periartropatia scapolo-omerale sinistra. La serie di fisioterapia ambulatoriale effettuata dal 17.08 1999 erano invece indirizzate essenzialmente alla problematica lombare. Al momento della visita presso il Dr. _____ del 06.10.00 il paziente assumeva ancora Celebrex 2 al giorno con Trapidol 1 al giorno. Durante i primi mesi dell'anno 2000, il paziente risente un aumento progressivo dei dolori. Egli assume delle dosi sempre più importanti di antinfiammatori. D'accordo con il medico curante, visto lo scarso risultato ottenuto con le fisioterapie ambulatoriali da agosto a ottobre 1999 e anche per questioni di lavoro, il paziente preferisce non effettuare cure ambulatoriali. Nel mese di giugno 2000 i dolori diventano rilevanti e il medico curante decide di richiedere una terapia in ambito stazionario. Al momento del ricovero a _____ in giugno 2000, secondo il paziente e confermato dal suo medico curante dr. _____, egli presentava una sintomatologia importante, necessitando la presa di importanti dosi di antinfiammatori non steroidei (Celebrex in ragione di 2 volte al giorno). Al suo dire e secondo il medico curante, la situazione a quel momento aveva scarse possibilità di essere risolta con una fisioterapia ambulatoriale ma necessitava una presa a carico di tipo stazionario. Il paziente era stato quindi ricoverato per una settimana alla Clinica _____ per effettuare della fisioterapia intensa a ragione di 3 volte al giorno, comprendente della piscina, dei massaggi e degli allenamenti su macchine tipo Fitness. Nella lettera d'uscita della Clinica _____, si desume che il paziente aveva già conseguito un certo miglioramento sintomatico ma la degenza aveva dovuto essere interrotta dopo una settimana per il fatto che la cassa malati aveva rifiutato la presa a carico della degenza poiché non era stata effettuata precedentemente una cura di tipo ambulatoriale." (Doc. _) Con il rilievo ancora del TCA che la cura fisioterapica successiva alla dimissione dalla Clinica di _____ non ha apportato un beneficio sintomatico chiaro. Il perito ha quindi operato le seguenti osservazioni oggettive: " (...) Generale: Paziente in stato generale conservato, peso 85 kg, altezza 1.81 m. Non adenopatie particolari. Tiroide non palpata. Non dermatosi. Cute regolare. Cardio-vascolare :PA 130/80 bilateralmente. Ritmo sinusale regolare. Auscultazione cardiaca: B1/2 ben udibili senza soffi o rumori sopraggiunti. Non stasi destra o sinistra. Non stasi venosa. Polmonare : paziente eupnoico. Non segni di condensazioni, né di stasi. Ampiezza toracica 5 cm. Addome: globuloso, non epato-splenomegalia, non masse patologiche palpabili. Rumori s.p. Neurologico : nervi cranici grossolanamente in ordine. Forza, tono e sensibilità conservati e simmetrici ai 4 arti. ROT vivi e simmetrici. Marcia talloni/punte s.p. Lasègue e retro Lasègue negativi. Cutanei plantari in flessione bilateralmente. Osteo-articolare : rachide cervicale con mobilità ridotta di circa 1/4 in flessione laterale bilateralmente con dolenzia nella fase finale all'estensione e rotazione

estrema del rachide cervicale. Lieve dolenzia alla palpazione del passaggio cervico-occipitale. Buona mobilità della colonna toracale, indolore alla palpazione e percussione senza contratture muscolari chiare. Mobilità della colonna lombare ridotta di circa 1/4 in tutte le direzioni con scoliosi destro-convessa lieve. Dolore alla fase finale dei movimenti. Schober lombare 10/14 cm. Distanza dita/suolo 25 cm. Inclinazioni laterali lievemente ridotte. Articolazioni sacro-iliache ben mobili ed indolori. Articolazioni periferiche tutte ben mobili ed indolori, senza segni di versamenti o degenerativi.

Radiologia: Colonna cervicale ap+lat. del 1987 e del 23.05.00 : iniziale discopatia C5/6 e C6/7 con osteocondrosi ed uncartrosi iniziale. Bacino ap 1983 - 1987 : non alterazioni ossee o articolari particolari. Ginocchio ap ciel 23.04.90 : genua leggermente vara per il resto s.p. Colonna lombare del 1987 e del 25.09.99 : discopatia L5/S1 , spondilartrosi L4/5, L5/S1 . TAC cervicale del 13.09.00 : ernia postero-laterale parzialmente foraminale C5/6 di sinistra. Modesta deformazione del contorno anteriore del sacco durale anteriore destro al livello del segmento C3/4 dovuto ad un'artrosi del processo uncinato corrispondente. Reperti nella normalità al livello C 1/2, C2/3 e C6/7. TAC lombare 13.09.00 : protrusione focale centrale di modesta entità al livello del segmento L3/4 a destra, protrusione centro-laterale sinistra del disco L5/S1 di circa 2 mm. Radice L2 e S1 al livello foraminale simmetrico, intatto e regolare. Non segni di stenosi del canale. Colonna cervicale del 22.01.02 Dr. _____: lieve discopatie C5/6 in minor misura C6/7 . Uncartrosi lieve a questo livello. Colonna lombare del 22.01.02 Dr. _____: condrosi L3/4 . Spondilartrosi L4/S1 bilaterale. Discopatie L5/S1 . Sia il reperto al livello cervicale che lombare le immagini sono sovrapponibili a quelli delle radiografie eseguite nel 1999, mentre vi è un peggioramento rispetto al 1987 . " (Doc. _) Il dottor _____ ha così risposto ai quesiti peritali: " (...) B) Alla luce degli atti a disposizione, rispettivamente delle informazioni mediche che potrà acquisire presso il medico curante, la Clinica di riabilitazione di _____ o la _____, ritenuto in particolare come _____ sia stato sottoposto a fisioterapia il (vedi Vostra lettera) dica il perito se il ricovero stazionario presso la Clinica di riabilitazione di _____ dal 22 giugno al 30 giugno 2000 era necessario e giustificato o se ulteriori cure apparivano altrettanto efficaci ed utili (ev. quali). Una cura medica in ambito stazionario è giustificata ed utile dal punto di vista prettamente medico quando si pensa che una fisioterapia ambulatoriale, necessariamente meno intensa, non apporta il beneficio che ci si attende o che in precedenza delle cure simili non abbiano portato al beneficio atteso. Benché sia difficile emettere un giudizio a posteriori, si deduce dagli atti messi a disposizione che il paziente era stato visitato dal Dr. _____ (il suo medico curante) che giudicava queste condizioni riunite proponendo una cura in ambito stazionario. Questa cura è stata rifiutata dall'assicurazione _____ sulla base di atti ma bisogna pur considerare che il medico della _____ non ha mai visitato il paziente ed era quindi difficile farsi un'idea dello stato di salute del paziente. In effetti è riconosciuto a livello internazionale dalla letteratura reumatologica che lo stato clinico di un paziente non ha una corrispondenza diretta con le alterazioni radiologiche (che potrebbero al limite essere visionate in assenza del paziente) e che una stessa patologia può variare in maniera importante nel corso dei mesi. Non si può quindi fornire, al mio modo di vedere, una decisione corretta sullo stato di salute del paziente senza un esame clinico. In questo contesto, visti gli antecedenti del paziente, le patologie presentate, lo stato clinico citato dal Dr. _____ prima del ricovero a _____, confermato nella lettera di uscita di _____, si può ritenere che la cura in ambito stazionario era necessaria e giustificata. C) Indichi il perito se, alla luce dell'attuale stato di salute, considerate le fisioterapie e cure

successive al 30 giugno 2000, un ricovero stazionario appare ancora necessario o meno. Visto il successo ottenuto dalle cure in ambito semi-stazionario a _____ si può ritenere che in futuro, a dipendenza dello stato clinico, ulteriori cure in ambito stazionario o semi-stazionario siano giustificate." (XXV) Dal canto suo il medico fiduciario della _____ – come detto senza redigere alcun rapporto scritto dettagliato, né motivare in alcun modo la propria presa di posizione – ha ritenuto invece che sarebbe stato sufficiente un trattamento ambulatoriale. Questo TCA ritiene credibile e da seguire, senza dubbio alcuno, il rapporto peritale del dott. _____, lo stesso appare completo, dettagliato, frutto di visita approfondita ed accertamenti precisi e puntuali, le conclusioni del professionista sono d'altra parte in perfetta linea con le conclusioni dei medici che si sono occupati del ricorrente, visitandolo, e meglio il dott. _____ della Clinica di riabilitazione di _____ ed il dott. _____. Nelle proprie osservazioni alla perizia la Cassa si è limitata a presentare i principi di diritto che reggono la materia, rilevando semplicemente l'assenza dei presupposti di necessità del ricovero poiché _____ non avrebbe svolto, a partire dalla tarda primavera del 1999, alcuna cura fisioterapica. Gli atti indicano invece che il ricorrente ha svolto fisioterapia in maniera massiccia a partire dal 1998 in particolare (non senza dimenticare le cure del 1995). Le ultime cure precedenti il ricovero sono dell'ottobre 1999, e quindi di pochi mesi anteriori alla cura stazionaria, e va evidenziato come le prestazioni dal fisioterapista siano state inefficaci ed i dolori e disturbi presentati dall'assicurato siano divenuti poi più intensi nel giugno 2000.

2.10. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tien conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinate dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii; STFA 29.9.98 in re UAI c. F non pubbl; RAMI 2000 p. 214).

2.11 Nel caso in discussione, secondo questa Corte, dev'essere riconosciuta la necessità del trattamento stazionario ai sensi dell'art. 32, 49 e 56 LAMal. In effetti agli atti esistono chiare attestazioni convincenti del medico curante. Non va infatti dimenticato come il dottor _____ ha avuto in cura il ricorrente per 8 anni prima del ricovero. D'altro canto i medici responsabili della Clinica _____ hanno essi pure indicato come necessario il ricovero del paziente per un periodo di cura stazionaria. A ciò va aggiunto l'esame del perito dott. _____, specialista in materia, medico aggiunto all' _____, che ha formulato una valutazione completa e del tutto disinteressata. Si tratta di una perizia dettagliata che prende in considerazione l'anamnesi, la situazione medica completa, nel corso della quale il perito ha operato degli accertamenti puntuali (cfr. doc. _ gli esami radiologici effettuati). Le conclusioni del dott. _____ appaiono poi motivate precisamente ed osservano come non si possa fornire una valutazione dello stato medico del paziente senza un esame clinico, come effettuato in maniera superficiale dal medico

incaricato dalla Cassa. Il dott. _____ ha concluso per la necessità di un ricovero stazionario alla luce degli antecedenti del paziente, delle patologie presentate, dello stato clinico accertato dal curante antecedentemente al ricovero a _____ e confermato dai medici all'uscita dalla clinica. E' quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211), che i provvedimenti ambulatoriali applicati in maniera ripetuta (si veda l'elenco dei cicli di fisioterapia riportato nelle considerazioni di fatto) non hanno dato i risultati sperati e che quindi neppure l'applicazione ulteriore di provvedimenti dello stesso tipo rispettivamente cure semistazionarie nel giugno 2000, non avrebbero avuto esito diverso. La perizia accerta poi, in maniera chiara ed inequivocabile, come l'assenza di cure fisioterapiche recenti (ma quelle dell'ottobre 1999 debbono essere comunque ritenute recenti rispetto al ricovero del 22 giugno 2000) non possono essere ritenute fattore di impedimento a riconoscere la necessità di un ricovero riabilitativo come quello in discussione. Era pertanto necessario, come prescritto dal medico curante e riconosciuto dai medici specialisti di _____, applicare dei provvedimenti più intensi ed incisivi rispetto alle cure ambulatoriali, apparendo decisamente improponibile, per persona abitante a _____, un trattamento di tipo semi stazionario nemmeno proposto a _____. La cura stazionaria prescritta dal dottor _____, fondata su una approfondita conoscenza del caso, va quindi dichiarata necessaria, conformemente alla giurisprudenza in vigore e quindi economica. I costi del trattamento vanno pertanto posti a carico della _____, in base a quanto previsto dalla LAMal. Del resto quanto attestato dal medico fiduciario della Cassa (cfr. i doc. _) non è mai stato riassunto in un rapporto medico con una precisa diagnosi, dopo avere svolto una dettagliata anamnesi, formulando una motivata prognosi e con precise indicazioni di natura medica. Le affermazioni del medico interno alla Cassa sono apparse senza motivazioni e fondate sulla prassi giudiziaria senza un esame clinico, senza una motivazione medica approfondita. L'opinione del medico di fiducia della Cassa, secondo cui un provvedimento ambulatoriale risulterebbe necessario e sufficiente, è priva di adeguato approfondimento. La motivazione d'ordine medico da parte della _____ non è apparsa neppure dopo la perizia del dott. _____. Le indicazioni del medico di fiducia risultano quindi generiche e non possono concretamente essere ritenute, e non spiegano in alcun modo il perché 36 sedute di fisioterapia nell'arco di 22 mesi non sarebbero state sufficienti, e come ulteriori cure fisioterapiche – più prossime temporalmente al ricovero – avrebbero potuto portare migliore risultato. Il ricorso va quindi accolto e i costi per la degenza presso la clinica di _____ vanno posti a carico della _____ conformemente alla LAMal.

2.12. Il ricorrente chiede che la Cassa sia condannata ad eseguire le prestazioni per future riabilitazioni "se definite appropriate dai medici curanti". La richiesta dell'assicurato appare irricevibile in questa sede. In concreto è discorso di ipotesi future, di possibili, ma non accertate, necessità di ulteriori ricoveri ospedalieri per cure riabilitative. In proposito non sono state emanate decisioni da parte della Cassa la quale ha rettamente rilevato che "Eventuali ulteriori riabilitazioni stazionarie non possono venire concesse in astratto, prescindendo dalla situazione reale dello stato di salute dell'assicurato ... ma devono fare oggetto di una nuova richiesta presso l'assicuratore" (doc. _). L'assicuratore non potrebbe prendere posizione su semplici ipotesi di nuovi ricoveri in assenza di fattispecie concreta da valutare. Il TCA non può entrare nel merito della richiesta dell'assicurato. Infatti, secondo l'art. 86 cpv. 1 LAMal, l'autorità di ricorso può pronunciarsi su un determinato oggetto solo in presenza di una decisione emanata dalla Cassa. La decisione costituisce, in effetti, il

presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (in questo senso, con riferimento particolare all'applicazione della LAVS (DTF 110 V 51 consid. 3b, DTF 105 V 276 consid. 1, DTF 104 V 180, DTF 102 V 152, STFA 23 marzo 1992 in re G. C., STCA 4 maggio 1992 in re G. V.; Gygi, Bundesverwaltungrechtspflege, pag. 44 in fine). 2.13. Secondo l'art. 87 lett. g LAMal "il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle spese ripetibili nella misura stabilita da Tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie e alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso". L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato - in effetti la disposizione in questione non si esprime in termini di rimborso spese d'avvocato bensì, genericamente, di spese di rappresentanza (RCC 1983 pag. 329; RCC 1980 pag. 116; DTF 108 V 111) - ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (RCC 1992 pag. 433 consid. 2a, RCC 1985 pag. 411 consid. 4, DTF 108 V 271 = RCC 1983 pag. 329). Nell'ipotesi in cui i Cantoni autorizzano a rappresentare anche persone prive del brevetto di avvocato, devono regolamentare anche le indennità che li concernono (DTF 108 V 111). In caso il ricorrente è patrocinato da un legale che lo ha assistito già in sede di emanazione delle decisioni amministrative poi impugnate dinanzi a questo TCA. Appare quindi giustificato riconoscere al ricorrente, a carico dell'assicuratore malattia, il versamento di congrue ripetibili che questo Tribunale fissa in CHF 2'200.-.

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