

TI_GERICHTE 36.2001.45 vom 8. Mai 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-05-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.45

FR: TI_GERICHTE 36.2001.45 du 8 mai 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.45 del 8 maggio 2001

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 25 e seg. 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. 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. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg.; 1977 pag. 167 e seg.; 1989 pag. 154 e seg.). Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere presuppone, in forza dell'art. 56 LAMal, che la degenza ospedaliera sia richiesta dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo del trattamento. Non deve, cioè, essere possibile fare a meno dell'ospedalizzazione senza compromettere il buon esito del trattamento, ledendo, così, il diritto dell'assicurato ad essere curato in modo adeguato. Il TFA si è, al proposito, così espresso: " Aus Art. 56 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 3 KVG folgt u.a., dass ein Aufenthalt im Akutspital zum Spitaltarif nach Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG nur so lange durchgeführt werden darf, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl., Bern 1997, S. 165 N. 28). ..." (STFA 26.11.1998 in re E.F. e H.F. c. Konkordia) Più

specificatamente in una sentenza del 18 febbraio 2000 (in re X c./_____ in SVR Rechtsprechung 2000 KV pag. 123e segg), l'Alta Corte federale ha precisato come (considerando 2): " 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 un 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 mesures 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, Kranken- versicherung, 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. 1b, 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)." 2.5. 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.) Va ancora evidenziato come il TFA nella sentenza 125 V pag. 177 (181) ritenga che il testo dell'art. 49 cpv. 5 LAMal sia chiaro e che non ci si possa scostare dallo stesso. L'Alta Corte ha rilevato come: " En particulier, le fait que le projet du conseil fédéral - qui reposait sur un régime de planification hospitalière développée - a été considérablement modifié par le législateur ne constitue pas un motif de s'écarter d'un texte clair, adopté par celui-ci. Par ailleurs, le recourant soutient que les prestations pour séjour en établissement médico-social doivent s'ajouter aux prestations en cas d'hospitalisation et non les remplacer, faute de quoi l'une des améliorations essentielles voulues par le législateur serait supprimée. Ce point de vue est mal fondé. En effet, la LAMal ne fixe pas de terme à partir duquel un patient atteint d'une affection chronique ne nécessite plus des soins réservés à des maladies aiguës. Tant que l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé, un tel patient peut donc prétendre des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier (cf. gebhard eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139). Au demeurant, la jurisprudence mentionnée au consid. 1b considère que les critères de distinction entre le séjour en milieu hospitalier et le séjour en établissement médico-social sont en principe les mêmes que sous l'ancien droit." 2.6. Da evidenziare ancora come, in virtù di consolidata giurisprudenza, nei casi in cui la continuazione della degenza in un ospedale per malattie acute di una persona anziana non si rivela più necessaria dal profilo medico mentre indicata appare la prosecuzione delle cure in una casa di cura, l'assicuratore deve concedere all'assicurato un breve periodo di adattamento in vista del trasferimento nell'istituto o nel reparto meglio adeguato alle sue necessità. " ...Insbesondere wenn es - wie hier - darum geht, die Akutspitalbedürftigkeit von einer anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit abzugrenzen, ist dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen. Entgegen Maurer (a.a.O. S. 39) rechtfertigt es sich, an der bisherigen Praxis (BGE 115 V 52 Erw. 3d; RKUV 1991 Nr. 853 S. 4f. Erw. I/2) festzuhalten, wonach für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ist. ..." (DTF 124 V pag. 362 e seg consid. 2c) " ...Daraus wäre konsequenterweise an sich der Schluss zu ziehen, dass der Leistungsanspruch mit sofortiger Wirkung und ohne Uebergangsfrist erlischt. Kies liefe jedoch dem berechtigten Interesse von Versicherten zuwider, die nicht mehr der bisherigen Spitalbehandlung bedürfen, aber anderweitig stationär untergebracht werden müssen und für die im Hinblick auf die Umplazierung erst noch entsprechende Dispositionen getroffen werden müssen. Darum drängt sich in solchen Fällen die Einräumung einer kurzen Anpassungszeit auf, welche einerseits dem erwähnten Interesse der Versicherten Rechnung trägt und andererseits den Umstand berücksichtigt, dass die Kassen für ein nicht (mehr) versichertes Risiko nicht aufkommen müssen und insbesondere nicht dafür einzustehen haben, wenn einer Umplazierung mangels adäquater Unterbringungsmöglichkeiten scheitert oder sich hinauszögert. ..." (RAMI 1989 pag. 267 e seg consid. 3d) Di regola, la giurisprudenza ha ritenuto, in questi casi, adeguato un periodo di un mese (cfr. RAMI 1989 N. K 814 pag. 267 e seg.; RAMI 1986 N. K675 pag. 205 e

seg.; DTF 101 V pag. 7 consid. 5 in fine e 6). 2.7. Nel caso concreto il litigio concerne le prestazioni per l'assicurazione di base dovute da _____ all'assicurata per la degenza presso l'Ospedale _____ dal 2 settembre all'11 ottobre 2000. Il ricovero ospedaliero della signora _____ era stato ordinato a seguito di un grave episodio di ictus cerebri di origine ischemica. Per tale episodio la Cassa ha ritenuto giustificato un ricovero (dapprima sulla scorta dell'avviso del dott. _____ e quindi del dott. _____) sino e compreso il 1 settembre 2000. Per il periodo successivo e sino all'effettiva dimissione per l'accoglienza in casa per anziani l'assicurata è stata degente presso l'Ospedale di _____ per il suo status generale ed anche per un improvviso aggravamento della situazione medica che ha fatto oggetto di approfondimento istruttorio. I medici che si sono alternati nella cura della paziente hanno tutti certificato la gravità della sua salute (dott. _____, dott. _____ e dott. _____, cfr.doc. _). In particolare la dott. _____ ha certificato, il 29 settembre 2000 come: " Si certifica che la suddetta pz. è ricoverata presso il ns. reparto dal 14.07.00. E' stata portata d'urgenza tramite Croce Verde, per un improvviso malessere con caduta presso il domicilio. Al momento del ricovero si evidenziava un importante stato ipertensivo con lo sviluppo di una emiparesi sx. Al controllo tomografico veniva confermata la diagnosi di ictus cerebri su base ischemica, con una recente lesione ischemica su decorso del tratto cortico■spinale dx a livello retrolenticolare e corona raggiata. Le condizioni sono rimaste pressochè invariate, senza nessuna regressione del deficit sensitivo motori riportati. E' stato inoltre evidenziata la comparsa di uno stato depressivo probabilmente reattivo, che limita la collaborazione della pz, nell'esecuzione di una fisioterapia neuroriabilitativa che comunque viene eseguita giornalmente. Le condizioni attuali non permettono comunque alla pz un rientro al domicilio dove vive sola ed andrà presa in considerazione, come già riferito ai parenti prossimi, l'ipotesi di una collocazione presso una casa per anziani, anche in relazione ad una scarsa compliance terapeutica della stessa che presumibilmente è da collegare all'episodio ischemico acuto (la pz aveva infatti già in precedenza la prescrizione di derivati nitrici transcutanei, ma anamnesticamente è stato rilevato che non venivano regolarmente applicati)." (doc. _) Dal canto suo la dott. _____ ha accertato come: " Si certifica che la paziente citato a margine è stata ricoverata presso il nostro Ospedale dal 14■7■00 all'11■10■00 in seguito ad una lesione ischemica sul decorso del tratto corticospinale dx a livello retrolenticolare. L'intensa terapia riabilitativa cui la paziente è stata sottoposta ha portato ad un lento, ma progressivo miglioramento dello stato emiplegico, esito dell'ictus ischemico." (doc. _) Il dott. _____, che ha avuto in cura la paziente durante la sua degenza, ha preso posizione su domande del TCA, sull'aggravamento delle condizioni di salute della signora _____ nel corso della degenza (come alla pertinente segnalazione del rappresentante dei ricorrenti) esprimendosi nei seguenti termini: " La signora _____ durante la notte dal 23.8.00 al 24.8.00 ha presentato in maniera repentina un'insufficienza cardiaca congestizia (edema polmonare acuto) sulla nota cardiopatia ipertensiva che aveva pure condotto all'evento apoplettico che ne ha determinato il ricovero prolungato. La situazione clinicamente riacutizzatasi di cui sopra è perfettamente documentata dalle scritture rilevabili nella cartella clinico ■ infermieristica. La situazione cardiocircolatoria caratterizzata da un'insufficienza cardiaca instabile e dal degrado marcato dello stato generale e della collaborazione della paziente ha inevitabilmente ritardato il processo riabilitativo precedentemente già arrivato a buon punto. Ciò ha determinato e giustificato appieno il prolungamento della degenza oltre i termini inizialmente previsti e arbitrariamente limitati dall'assicuratore malattia." (XVIII) In merito la Cassa Malati

_____ è stata invitata a prendere posizione limitandosi al rinvio alle proprie tesi. Da parte della Cassa è stato consegnato agli atti unicamente il certificato medico del dott. _____ del 17 agosto 2000.

2.8. Va osservato come il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e 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).

2.9. Nell'evenienza concreta l'assicurata era stata ricoverata all'Ospedale _____ per un grave episodio di ictus cerebri che ha imposto le cure che la stessa resistente ha ritenuto giustificare un ricovero stazionario sino al 1 settembre 2001. Non va dimenticato come _____ fosse, al momento dei fatti, 85enne. In una paziente con questo status, la cui riabilitazione stava "arrivando a buon punto" vi è stato il grave episodio rammentato dal dott. _____. La grave crisi oggettivata dalle scritture nella cartella medico infermieristica, come rammenta il professionista _____, ha comportato – a fronte di una situazione generale già provata – la necessità di prolungamento della degenza stazionaria della paziente. Tale degenza appare giustificatamente intervenuta, d'avviso di questo TCA, sino alla dimissione dell'11 ottobre 2000. Il parere del dott. _____ d'altra parte trova conforto, se ancora ne avesse bisogno, nell'attestazione medica della dott. _____ prodotta agli atti che giustifica, essa pure, pienamente l'intero periodo della degenza come necessaria data la gravità della patologia a fronte delle necessità terapeutiche e di riabilitazione, ed in quella della dott. _____. La Cassa non ha portato alcun elemento utile di valutazione atto a contrastare l'indicazione del medico curante dott. _____ se non il dire del dott. _____ semplicemente ripreso nei suoi atti. Non è dato quindi a sapere quale esame abbia operato il medico fiduciario della Cassa per giustificare il ricovero limitatamente al 1 settembre 2001, non è dato a sapere in che misura il medico vonese abbia approfondito la vicenda valetudinaria della paziente, in che misura abbia considerato il grave episodio intervenuto la notte tra il 23 ed il 24 agosto 2000, quanto abbia analizzato la diagnosi, la prognosi e le cure prestate. Agli atti della Cassa nulla è prodotto in questo senso. Non giova alla tesi della Cassa neppure il certificato medico del dott. _____ senz'altro più completo che le semplici parole del dott. _____ riportate in un allegato. Il dott. _____ è comunque intervenuto nella sua valutazione a seguito di richiesta dell'11 agosto 2001, quindi in epoca relativamente precoce, non ha potuto valutare (nella sua esposizione del 17 agosto 2000) l'evolversi della situazione successivamente alla sua analisi, gli eventi rammentati dal dott. _____ relativi al grave episodio del 23/24 agosto 2000 e – soprattutto – riteneva che la dimissione potesse avvenire con la successiva accoglienza della paziente presso la figlia, ciò che invece non si è realizzato. Questi limiti permettono di distanziarsi dal certificato medico del dott. _____ e di ritenere le certificazioni dei

curanti come complete, serie affidabili e disinteressate. In particolare il dott. _____ ha seguito da vicino la cura della paziente certificando la necessità della cura stazionaria sino alla dimissione dell'11 ottobre 2000. 2.10. Va ancora osservato che, anche se si volesse ritenere giustificato il ricovero stazionario unicamente sino agli inizi del mese di settembre 2000 come vorrebbe la cassa, alla luce della giurisprudenza citata in precedenza (DTF 124 V 362 cpv. 2c e 3 d) l'assicuratore dovrebbe onorare le spese del ricovero stazionario sino all'11 ottobre 2000. Va infatti ritenuta la necessità per _____ di essere ricoverata in una casa di cura successivamente alla dimissione dall'Ospedale _____ (v. certificato medico _____) ed il TFA ammette, in questi casi, un periodo di adattamento per il trasferimento che fissa, di regola, in un mese (RAMI 1989 pag. 267 e 1986 pag. 205). In casu sarebbe comunque pienamente giustificato il ricovero stazionario sino all'avvenuta dimissione anche se di durata superiore al mese ammesso "di regola" dalla giurisprudenza, e ciò dato il particolare status della paziente e le conseguenze del grave episodio ischemico subito. Si ribadisce comunque che le certificazioni mediche agli atti giustificano sufficientemente, con particolare riferimento all'episodio grave del 23/24 agosto 2000 e le conseguenze dello stesso, il ricovero stazionario sino alla dimissione. 2.11. Il ricorso va di conseguenza integralmente accolto e la _____ dovrà versare agli eredi della signora _____ l'importo derivante dall'assicurazione per le cure medico sanitarie obbligatorie per tutta la durata della degenza. Visto l'esito della procedura si giustifica l'attribuzione in favore degli eredi fu _____ di ripetibili che appare equo fissare in CHF 800.-.

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