

## **TI\_GERICHTE 36.2001.5 vom 27. Dezember 2000**

TI Tribunale d'appello, 2000-12-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2001.5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.5)

FR: TI\_GERICHTE 36.2001.5 du 27 décembre 2000

IT: TI\_GERICHTE 36.2001.5 del 27 dicembre 2000

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

LAMal - applicabile alla fattispecie in forza dell'art. 102 cpv. 1 e 103 cpv. 1 a contrario - l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie nei seguenti casi: a) se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio b) se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi c) se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi. L'assicurazione obbligatoria assume, inoltre, in forza dell'art 31 cpv. 2 LAMal, i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio. Giusta l'art 33 cpv. 2 LAMal tocca al Consiglio federale designare in dettaglio le prestazioni previste dall'art 31 cpv. 1 LAMal e l'esecutivo federale ha, con l'adozione dell'art 33 lett. d OAMal, delegato a sua volta questa competenza al Dipartimento federale dell'interno che ne ha fatto uso agli art 17 - 19a OPre. 2.3. Come unanimamente ammesso con il nuovo ordinamento il legislatore non ha modificato il principio secondo cui, di regola, i trattamenti dentari non sono coperti dall'assicurazione contro le malattie. L'elenco allestito nell'ordinanza è allora esaustivo (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 51; Messaggio 6.11.1991 del Consiglio federale alle Camere pag. 67). Al proposito, il TFA, nella sentenza pubblicata in RAMI 5/1998 pag. 379 e seg. (dove ha negato l'obbligo contributivo di un assicuratore malattia per una cura dentaria in caso di ernia iatale da riflusso), ha osservato quanto segue: " ... 4.- Die Liste der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in der Art. 17-19 KLV ist im Lichte der formell gesetzlichen Ausgangslage als abschliessend zu verstehen. Dies ergibt sich schon aus dem Wortlaut von Art. 33 Abs., 2 KVG, wonach der Bundesrat die Leistungen oder Behandlungen durch Zahnärzte näher zu bezeichnen hat. Für eine nur beispielhafte Aufzählung finden sich keine Anhaltspunkte weder in den Texten der Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 2 KVG, Art. 33 lit. d KVV) noch in den Art. 17-19 KLV selber. Auch die Materialien sprechen für eine abschliessende Nennung der Krankheiten, welche von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmende zahnärztliche Leistungen oder Behandlungen auslösen können. In Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990 ebenso wie in der bundesrätlichen Botschaft vom 6. November 1991 wurde, wie dargelegt (Erw. 3d/aa, bb), jeweils ausdrücklich die abschliessende Aufzählung durch den Verordnungsgeber betont. In der Detailberatung der Vorlage durch die nationalrätliche Kommission sprach Nationalrat Jöri davon, der Bundesrat habe auf Verordnungsstufe die «Krankheiten» abschliessend aufzuzählen, bei denen die zahnärztlichen Leistungen durch die Krankenversicherung gedeckt seien (Protokoll der nationalrätlichen Kommission für

Soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK] vom 1. April 1993, S. 34). An der gleichen Sitzung erklärte Bundesrätin Dreifuss, die Gerichte könnten sich bei ihrer Rechtsprechung auf eine « liste positive des maladies donnant lieu à des prestations présentées dans l'ordonnance » stützen (Protokoll a.a.O., S. 35). Auch Seiler wies darauf hin, dass die Verwaltung die schweren Krankheiten zu definieren habe (Protokoll a.a.O., S. 36). In der Beratung im Plenum wiederholte Jöri, der Bundesrat könne in den Vollzugsbestimmungen abschliessend festlegen, für welchen schweren Erkrankungen die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen von der Krankenversicherung übernommen werden müssten (Amtl. Bull. 1993 N 1843). Ist demnach die Aufzählung der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in Art. 18 KLV als abschliessend zu betrachten, so ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten durch die obligatorische Krankenversicherung nicht ausgewiesen, weil die Krankheit darin nicht aufgeführt ist... " (RAMI 5/1998 cit. consid. 4) Il TFA ha ribadito tale opinione nella sentenza pubblicata in RAMI 6/1998 pag. 557 e seg. in cui é stato negato carattere di lacuna alla mancata menzione del diabete tra le malattie gravi che determinano necessità di cure dentarie: " ... 3.- a) La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 124 V 194 consid. 4 1 ). Cela résulte déjà de l'art. 33 al. 2 LAMal, selon lequel il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations visées par l'art. 31 al. 1 LAMal. En outre, rien dans le texte des normes de délégation susmentionnées (art. 33 al. 2 LAMal, art. 33 let. d OAMal), ni d'ailleurs dans celui des dispositions citées de l'OPas, ne permet de dire qu'il puisse s'agir d'une liste exemplative. Enfin, l'examen des travaux préparatoires révèle que le législateur a voulu que soit dressé par voie d'ordonnance un catalogue exhaustif des maladies pour lesquelles l'assurance doit prendre en charge les traitements dentaires. Tant la commission d'experts pour la révision de l'assurance-maladie (rapport du 2 novembre 1990, p. 52) que le Conseil fédéral dans son message du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 139 sv.) ont insisté sur la nécessité d'établir un tel catalogue. Par la suite, cet impératif a été constamment réaffirmé, en particulier lors des délibérations de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national (procès-verbal de la séance du 1 er avril 1993, p. 34ss), puis devant le plénum du Conseil national (BO CN 1993 p. 1843)... " (RAMI 6/1998 pag. 557 e seg. consid. 3a) Dunque, l'elenco di cui agli art 17 - 19a OPre non può essere oggetto di un'interpretazione estensiva. 2.4. Per l'art. 41 LAMal invece: "1. L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. 2. Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera." La dottrina, in particolare G. Eugster in Krankenversicherungs, in SBVR, 1998, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, Ginevra e Monaco (pag. 165 e seg.), così si è espressa in merito a questa norma, con particolare riferimento

alle cure ambulatoriali come è in discussione nel caso concreto: " Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt (Art. 41 Abs. 1 Satz 2 KVG). Muss sich eine versicherte Person aus medizinischen Gründen i.S.v. Art. 41 Abs. 2 KVG ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes ambulant behandeln lassen, hat der Versicherer die Kosten nach dem Tarif zu entschädigen, der am Ort des Leistungserbringers massgebend ist. In andern Fällen hat der Versicherer die Kosten höchstens nach dem am Wohn- oder Arbeitsort massgebenden Tarif zu entschädigen. Der Versicherte hat eine allfällige Preisdifferenz selber zu tragen." In una recente sentenza del 10 febbraio 2000 nella causa X., K167/97, il TFA ha precisato che: " Es Besteht kein Grund, die Rechtsprechung zum Begriff des Aufenthaltsortes oder dessen Umgebung im sinne von Art. 15 Abs. 1 KUVG und Art. 20 Abs. 1 Vo III nicht auch unter dem neuen Krankenversicherungsrecht als nunmehr gleichsam räumliches Kriterium zur Bemessung der Kostenübernahmepflicht bei ambulanter Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 41 Abs. 1 KVG heranzuziehen (vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 166 Fn 742)." In buona sostanza, dunque, in caso di cure ambulatoriali, l'assicuratore deve fornire le sue prestazioni secondo la tariffa del cantone di domicilio o del suo luogo di lavoro oppure nei relativi dintorni. Se le cure mediche ambulatorie non possono essere prestate nel luogo di domicilio, di lavoro o nei relativi dintorni allora le cure vengono pagate secondo la tariffa del fornitore. Rammenta comunque Eugster, op. cit., che l'assicurato non deve conseguire un guadagno, più dettagliatamente l'autore così si esprime alla nota 745 pag. 166: " Ist der Tarif am Wohn- oder Arbeitsort höher als am Behandlungsort, kann der Versicherte wegen des Überentschädigungsverbots (Art. 122 Abs. 1 KVV) nur Vergütungen nach dem auswärtigen Tarif beanspruchen. Der Auswärtige Leistungserbringer kann in diesem Fall nicht den am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten gültigen Tarif in Rechnung stellen. Ist der Tarif am Behandlungsort höher als im Wohn- oder Arbeitsortskanton, so ist für den massgebenden Referenztarif dem Wohnortstarif als einer primären Bezugsgrösse der Vorzug zu geben. Das rechtfertigt sich namentlich dadurch, dass für die Festsetzung regional abgestufter Prämien (Art. 61 Abs. 2 KVG) ebenfalls der Wohnort massgebend ist. Der Wohnortstarif ist in diesen Fällen der prämiengerechte Leistungstarif." 2.5. In concreto si ha un trattamento dentario che, inizialmente, doveva essere eseguito in ambito di trattamento stazionario. \_\_\_\_\_ è invece stato operato in sede ambulatoriale. Eugster così definisce i trattamenti ambulatoriali distinguendoli da quelli stazionari: " Ambulante Behandlung i.S.v. Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG liegt vor, wenn sich der Patient von seinem wohn- oder Aufenthaltsort zur Behandlung in die Praxisräume des Leistungserbringers begibt und gleichentags an seinen Wohn- oder Aufenthaltsort zurückkehrt. Sie kann auch in einem Spital oder einer teilstationären Einrichtung durch dort angestellte Ärzte oder durch Belegärzte stattfinden. Sie erfolgt in diesem Falle aber i.d.R. ohne Gewährung von Unterkunft oder Verpflegung. Das KVG erwähnt neben der ambulanten Behandlung die Hausbesuche (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Die Unterscheidung dürfte nicht von grosser praktischer Bedeutung sein. Die Behandlung eines stationären Patienten im Spital durch den Belegarzt ist nicht ambulante Behandlung." (Eugster, op. cit. pag. 67/68) Così invece si è espressa la giurisprudenza: " Traitement ambulatoire, c'est-à-dire les mesures diagnostiques ou thérapeutiques effectuées au domicile du patient, dans le cabinet du médecin ou dans un établissement hospitalier, à condition que le patient retourne le même jour chez lui (sur la notion de soins ambulatoires: mauerer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II, p. 319 s.; ATF 103 V 76 consid.

1)." mentre le cure stazionarie vengono così definite: " Stationäre Behandlung ist gegeben, wenn sich der Patient mehr als 24 Stunden ununterbrochen in einem Spital unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes aufgehalten hat. Stationäre Behandlung liegt ferner vor, wenn der Eintritt oder die Einweisung ins Spital in der Absicht eines Aufenthalts von mehr als 24 Stunden erfolgte, die Hospitalisierung aber weniger als 24 Stunden dauerte, weil die eingewiesene Person vorher gestorben ist oder in ein anderes Spital verlegt werden musste (s.a. Rz. 152). Wenn sich die versicherte Person im Spital ambulant oder teilstationär behandeln lassen wollte, unvorhergesehene Umstände aber einen Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden erfordern, ist ein stationärer Aufenthalt gegeben."(Eugster, op. cit. loc. cit.)

Come indicato nella fattispecie l'intervento in favore del ricorrente è avvenuto in via ambulatoriale, la circostanza è confermata dal medico che ha eseguito l'intervento (doc. \_), dall'assenza di ospedalizzazione per un periodo superiore alle 24 ore e dalla nota d'onorario doc. \_ 2.6. L'intervento in discussione, come rammenta il dott. \_\_\_\_\_ che ha eseguito l'intervento, ha posto rimedio a " Eine extreme Atrophie des Oberkiefers vor, welche zum Teil bis auf die Basis reicht, womit (wie ich gesagt habe) eine Cawood VI-Klasse vorliegt." e quindi ad una "estrema atrofia dell'osso mascellare (Cawood classe 6)". Secondo il medico curante, come rilevabile dalle lettere doc. \_, detta atrofia è contemplata dall'art. 17 c Opre circostanza questa che la Cassa Malattia non pone in discussione e non contesta. Infatti \_\_\_\_\_ ha fornito la sua garanzia per le spese connesse al ricovero ospedaliero dell'assicurato in Clinica per la soluzione del problema medico a lei noto (in questo senso le lettere doc. \_ e \_). Indiscutibilmente quindi la patologia di cui soffriva il ricorrente, ossia l'atrofia (e quindi un'osteopatia) ai mascellari, deve essere presa a carico dall'assicuratore malattia nell'ambito delle cure medico sanitarie obbligatorie in virtù della LAMal. 2.7. Come indicato in precedenza all'assicurato è data facoltà di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni. Il rimborso delle spese avverrà comunque in maniera differenziata a dipendenza che l'assicurato possa ottenere le medesime cure al luogo del suo domicilio, quello di lavoro rispettivamente nei relativi dintorni o meno. In Ticino, secondo l'assicuratore, due medici dentisti specialisti in chirurgia maxillo-facciale, il dott. \_\_\_\_\_ ed il dott. \_\_\_\_\_ avrebbero potuto eseguire un intervento chirurgico come quello subito dal ricorrente, per la Cassa comunque il rimborso delle spese sopportate dall'assicurato sarebbe da riconoscere limitatamente all'iniziale richiesta di garanzia che prevedeva l'ospedalizzazione. Per \_\_\_\_\_ quindi unicamente l'importo di CHF 346.- al giorno sarebbe da versare e ciò per il periodo della durata della prevista ospedalizzazione. A sostegno della sua tesi l'assicuratore invoca l'art. 32 LAMal ossia l'economicità delle cure, in altri termini le cure sarebbero state meno costose per l'assicuratore se fossero avvenute in ambito stazionario. 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 U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998). Se una prestazione è appropriata si valuta secondo criteri medici (Eugster, op. cit., p. 185). La giurisprudenza federale ha in particolare precisato, a proposito dell'art. 32 LAMal, il problema relativo alla comparazione di prestazioni mediche diverse per una cura nei seguenti termini: " Gibt es verschiedene Methoden oder Operationstechniken, welche objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lassen, mit anderen

Worten als wirksam im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG gelten (EUGSTER, a.a.O., Rz 185), ist für die Reihenfolge der Wahl unter dem Gesichtspunkt des Umfangs der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Frage der Zweckmässigkeit der Massnahme von vorrangiger Bedeutung. Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken. Nach der Verwaltungspraxis erfolgt die Beurteilung der Zweckmässigkeit auf Grund des Verhältnisses von Erfolg und Misserfolg (Fehlschlägen) einer Anwendung sowie der Häufigkeit von Komplikationen (EUGSTER, a.a.O., Rz 189, insbesondere Fn 398). Bestehen zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden vom medizinischen Standpunkt aus keine ins Gewicht fallenden Unterschiede in dem Sinne, dass sie unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit mit Bezug auf den angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (vgl. BGE 109 V 43 Erw. 2b) als gleichwertig zu bezeichnen sind, ist grundsätzlich die kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung zu wählen (RKUV 1998 Nr. K 988 S. 1). Weist andererseits eine bestimmte Behandlungsmethode gegenüber andern Anwendungen Vorteile in diagnostischer und/oder therapeutischer Hinsicht auf, u.a. geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend allfälliger Nebenwirkungen und Spätfolgen, kann dies die Übernahme der Kosten dieser teureren Applikation rechtfertigen (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 52).” (TFA 127 V 146/147 consid. 5). Si tratta quindi di verificare le possibili alternative di cura, soppesarne la valenza terapeutica nel concreto caso avuto riguardo ai rischi ad essa connessi. Tra due possibili cure sostanzialmente di uguale valenza e con analoga possibilità di successo e quindi di eguale efficacia occorrerà optare per la cura meno onerosa finanziariamente. Al contrario a fronte di una minore presenza di rischi, o complicazioni possibili, di una migliore prognosi relativa a possibili conseguenze appare giustificata la presa a carico di una cura più onerosa a carico dell’assicurazione delle cure medico sanitarie obbligatoria. Nell’ambito della sentenza citata, riferita a cure fuori cantone, l’alta Corte Federale così si è espressa: " Nach EUGSTER (a.a.O., Fn 761) muss die auswärtige Behandlung gegenüber innerkantonalen Alternativen einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert aufweisen. Bloss minimale, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile der auswärts praktizierten Anwendungen vermögen keinen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG abzugeben. Kommen mehrere auswärtige Behandlungsorte in Betracht, besteht nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungen ( Art. 32 Abs. 1 KVG ) grundsätzlich nur mit Bezug auf das kostengünstigste Angebot volle Deckung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ...” Il presupposto dell'economicità della prestazione risulta pure dall'art. 56 LAMal, secondo cui il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto l'esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa dalla LAMal (DTF 127 V 47 consid. 2b; 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 127 V 47; 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). Nel concreto caso non si può certo ritenere che l'intervento non sia stato praticato nell'interesse del paziente, o che siano stati eseguiti trattamenti che vanno al di là di quanto richiesto dallo scopo concreto del trattamento (con le dovute riserve per la ricostruzione plastica della base del naso per la quale l'assicurato ha formulato richiesta di rimborso di CHF 6'000.-, cfr. consid. 2.9). La Cassa ritiene di essere in diritto di versare unicamente l'importo previsto per il trattamento eseguito come se lo stesso fosse avvenuto in maniera stazionaria. Infatti va osservato come l'intervento eseguito dal dott. \_\_\_\_\_ ambulatoriamente altro non è che lo stesso intervento che il medesimo professionista inizialmente aveva ritenuto di dovere svolgere con un ricovero stazionario. Non vi è quindi differenza se non nell'aver evitato un ricovero stazionario. Ora il ricovero stazionario è obbligatoriamente rimborsato quando, e solo quando, ne siano date le premesse mediche. Rammenta infatti la giurisprudenza che 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 2000 KV N° 40 pag. 123 e 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 (hôpital) 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). (sottolineatura del redattore) Soltanto a fronte di un ricovero ospedaliero necessario (alle condizioni indicate dalla giurisprudenza citata) si impone all'assicuratore malattia una presa a carico delle spese in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. A contrario dunque se una cura può avvenire ambulatoriamente non è possibile alla Cassa pretendere che la stessa avvenga in maniera stazionaria o rimborsare le spese come se la stessa sia avvenuta in conseguenza ad un ricovero. La tesi della \_\_\_\_\_ non può essere seguita da questo TCA. In effetti la Cassa non avrebbe potuto limitarsi a versare l'importo della tariffa ospedaliera cantonale ticinese per il ricovero ospedaliero anche se l'intervento fosse avvenuto in conseguenza ad un ricovero stazionario. L'amministrazione non ha neppure sostenuto che, in Ticino (Cantone di domicilio di \_\_\_\_\_), un intervento come quello sopportato dal ricorrente – e non semplicemente invece un ricovero ospedaliero in quanto tale - sarebbe stato possibile in una clinica od ospedale mediante versamento forfetario dell'importo di CHF 346.- in questione. Appare semplicistico l'atteggiamento della Cassa che prende quale base di valutazione dei possibili costi stazionari dell'intervento in discussione il tariffario di base riferito al Cantone di domicilio senza neppure domandarsi se l'intervento venga eseguito in Ticino, in cliniche od ospedali. Non si può poi ritenere che l'intervento svolto in forma ambulatoriale sia più o meno economico rispetto a quello conseguente ad un ricovero stazionario, non si deve infatti partire dalla valutazione astratta del tariffario che l'assicuratore ritiene applicabile per tale valutazione e quindi dal costo che l'assicurazione ritiene di dovere versare per l'operazione. In altri termini l'economicità dell'intervento si deve valutare a dipendenza del risultato per la salute del paziente a fronte dell'intervento necessario. Nel caso concreto \_\_\_\_\_ non sostiene che l'intervento potesse essere sostituito da altro intervento meno oneroso finanziariamente ma egualmente efficace, essa fa una valutazione dell'economicità unicamente a fronte del tariffario che ritiene di dovere applicare e la differenza è valutata sulla scorta di quanto essa deve riconoscere al professionista intervenuto a dipendenza della forma in cui l'operazione è avvenuta. In altri termini, che l'intervento fosse eseguito in forma ambulatoriale – come avvenuto – od a seguito di ricovero stazionario, come avrebbe voluto la Cassa, l'intervento sarebbe stato del tutto identico. La differenza di costo (secondo la versione della Cassa non necessariamente da condividere) dipendendo unicamente da un tariffario e non dal tipo di misura terapeutica. Palesemente, nel concreto caso, le misure terapeutiche eseguite in favore dell'assicurato sono state svolte nell'interesse del paziente e non andavano oltre ciò che lo scopo della cura ha richiesto (sull'«aesthetischer Anteil» di cui alla fattura dell'operatore sarà discorso separato). 2.8. La fattura della Clinica \_\_\_\_\_ comporta un importo di CHF 1'188.- per spese di anestesia, la cifra di CHF 12'508,55 per l'intervento vero e proprio ed una fattura semplicemente recante, quale indicazione dei trattamenti subiti, l'indicazione «aesthetischer Anteil» con l'esposizione di 8500 punti ed un importo complessivo di CHF 6'000.-. Va quindi ribadito come l'intervento, necessario, vada posto a carico dell'assicurazione per le cure medico sanitarie obbligatoria. Il dott. \_\_\_\_\_ ha eseguito un intervento che la Cassa non ha sostenuto essere evitabile con altre misure terapeutiche altrettanto efficaci per il paziente. La cura è avvenuta in via ambulatoriale. La

\_\_\_\_\_ dovrà quindi farsi carico delle spese di cura e, conformemente a quanto evidenziato nelle considerazioni che precedono, essa dovrà operare una verifica della fattibilità dell'intervento in Ticino, luogo di domicilio e di lavoro dell'assicurato, con esame comparato dei tariffari applicabili per interventi come quello in discussione. La Cassa dovrà quindi accertare se, conformemente alla giurisprudenza pubblicata in DTF 127 V 138 e segg., vi erano, nel caso concreto, motivi d'ordine medico, escluso il caso d'urgenza, per l'assunzione dei costi della cura ambulatoriale avvenuta fuori cantone, costi da porre a carico dell'assicurazione obbligatoria. \_\_\_\_\_ dovrà emanare quindi una nuova decisione in merito, essendo la pronuncia del 27 dicembre 2000 da annullare. Gli atti vanno allora rinviati alla Cassa affinché operi le verifiche appena descritte che il caso impone, assumendo i costi dell'intervento. 2.9. Del pari la Cassa dovrà verificare la fattura per l'aspetto estetico dell'intervento per il quale il dott. \_\_\_\_\_ non ha fornito elementi di valutazione con la nota d'onorario mentre ha dato delle specifiche alle richieste del rappresentante del ricorrente (doc. \_). Su tale punto la Cassa dovrà valutare il suo obbligo di rimborso della fattura con particolare riferimento al genere di ricostruzione ed allo scopo dello stesso, ciò avuto riguardo alla giurisprudenza federale in materia (cfr. in particolare TFA 124 V 196 e segg. in particolare pag. 199 e 200, cons. 2 in fine). Se la Cassa ammetterà il suo obbligo di rimborso dovrà esaminare i tariffari in maniera comparata come indicato nelle considerazioni che precedono. Visto l'esito del gravame si giustifica l'attribuzione all'assicurato, rappresentato dal \_\_\_\_\_, di ripetibili cifrate in CHF 1'500.- a carico della Cassa Malati \_\_\_\_\_.

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