

## **TI\_GERICHTE 36.2002.112 vom 16. August 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-08-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.112](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.112)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.112 du 16 août 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.112 del 16 agosto 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

cpv. 1 LAMal, se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante) . Il cpv. 2 del medesimo articolo precisa ancora che gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione ( sistema del terzo pagante ). In questo caso, saranno i fornitori di prestazioni che potranno reclamare direttamente il montante dell'onorario all'assicuratore . Nel diritto privato, l'obbligazione nella sua forma più semplice consiste in un legame giuridico tra due persone in virtù del quale l'una è tenuta di eseguire una prestazione in favore dell'altra. Sono quindi necessarie almeno due persone: colei che deve la prestazione, il debitore , e quella che la può esigere, il creditore . Il debito , inteso in senso passivo, è il dovere del debitore di eseguire una prestazione nei confronti del suo creditore. Il credito , dal punto di vista attivo, consiste invece nel diritto del creditore di esigere dal debitore l'esecuzione della summenzionata prestazione. 9. Nella fattispecie, non è minimamente contestato che la \_\_\_\_\_ rivesta il ruolo di debitore del costo legato al trattamento di ergoterapia dispensato dall'ergoterapista \_\_\_\_\_, cui si è sottoposto il bambino \_\_\_\_\_ nel periodo dal 8 settembre al 3 dicembre 1999, per un montante di CHF 1'821.60. Resta da definire il creditore della somma. La Convenzione tra l'ASE e la CRS, da una parte, e il CAMS, dall'altra, regola al suo art. 1 l'indennizzo delle prestazioni di ergoterapia secondo l'art. 6 OPre effettuate dagli ergoterapisti che sono autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in quanto apportatori di prestazioni. L'art. 2 recita che la convenzione vale per tutto il territorio svizzero. L'art. 4 della convenzione citata precisa che l'indennizzo di prestazioni di ergoterapia avviene solo quando con il conferimento di un numero di codice creditore viene confermato che un ergoterapista soddisfa le condizioni legali e che ha aderito alla convenzione. L'art 7 cpv. 1, infine, specifica che debitore dell'onorario è l'assicuratore malattia competente, secondo il sistema del terzo pagante . 10. Ora, come correttamente messo in evidenza dall'originale della fattura litigiosa, l'ergoterapista \_\_\_\_\_ dispone del numero di codice creditore \_\_\_\_\_ (allegato \_\_, agli atti). Facendo ella parte della Convenzione tra l'ASE e la CRS, da una parte, e il CAMS, dall'altra, il sistema del terzo pagante previsto all'art. 7, fondato sull'art. 42 cpv. 2 LAMal, prevede che la remunerazione venga direttamente versata al fornitore di prestazioni. Pagando direttamente all'ergoterapista in data 1° marzo 2001 (allegato \_\_, agli atti), la \_\_\_\_\_ si è validamente liberata del suo debito. 11. La

controparte non poteva negare essere a conoscenza della procedura appena esposta. La ricorrente disponeva infatti della decisione 21 dicembre 2000 del Lodevole Tribunale arbitrale in materia di assicurazione contro le malattie e gli infortuni, il cui esito, definito dalla ricorrente stessa "chiarissimo", veniva integralmente riportato nella lettera 7 febbraio 2001 alla convenuta (annesso \_ all'allegato \_, agli atti). Ne deriva che la Signora \_\_\_\_\_ non è la creditrice della fattura oggetto del contendere. Essendo inoltre quest'ultima onorata 16 mesi prima dell'istanza per denegata giustizia, l'agire della ricorrente che, è bene ricordarlo, ha rimesso in moto una procedura conclusasi con la condanna della convenuta a CHF 600.-, contestata tramite la presente risposta con veemenza, si manifesta palesemente mal fondato ." (cfr. doc. \_) 1.4. Pendente causa il TCA ha proceduto ad ulteriori accertamenti di cui si dirà in seguito. in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Va innanzitutto rilevato che con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che tuttavia non è applicabile al caso di specie considerato che il giudice delle assicurazioni sociali non tien conto di modifiche legislative e di fatto verificatesi dopo il momento determinante della resa del provvedimento amministrativo (STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3, pag. 4; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 2 pag. 3 e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa P., H 345/01, consid. 2.1, pag. 3; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 121 V 366 consid. 1b). Per cui ogni riferimento alle norme applicabili in concreto va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002. Nel merito 2.2. Giusta l'art. 42 cpv. 1 LAMal se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della rinumerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante). Per il cpv. 2 , gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della rinumerazione (sistema del terzo pagante). Il cpv. 3 prevede che il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore. Il Consiglio federale disciplina i particolari. L'art. 42 cpv. 4 LAMal prevede che l'assicuratore può esigere una diagnosi precisa o raggugli supplementari di natura medica. Infine, per il cpv. 5 il fornitore di prestazioni è legittimato, se le circostanze lo esigono, oppure obbligato in ogni caso su richiesta dell'assicurato, a fornire le indicazioni di natura medica soltanto al medico di fiducia. 2.3. Nel caso di specie, come rileva la ricorrente, oggetto iniziale del contendere era una fattura dell'ammontare di fr. 1'821.60 relativa al trattamento eseguito dall'ergoterapista \_\_\_\_\_ per il periodo dal 6 settembre al 6 dicembre 1999 (recte: 8 settembre-3 dicembre, cfr. doc. \_) sul figlio \_\_\_\_\_ (doc. \_). Dagli atti emerge che questa problematica è già stata risolta tramite un accordo sottoscritto innanzi al Tribunale

arbitrale in materia di assicurazione contro le malattie e gli infortuni in data 21 dicembre 2000 il quale ha stabilito che " la \_\_\_\_\_ riconosce il credito vantato dalla signora \_\_\_\_\_, per l'importo di Frs. 1'821.60 (ndr: fr. 1'689.60 chiesti con il ricorso + fr. 132 già pagati, cfr. decisione formale dell'8 febbraio 2000, doc. \_) " (allegato \_ al doc. \_). Tale decisione, come emerge da uno scritto del 7 febbraio 2001 alla \_\_\_\_\_ (doc. \_), era conosciuta anche al legale della ricorrente. A seguito del citato accordo la \_\_\_\_\_ ha indirizzato uno scritto all'ergoterapeuta \_\_\_\_\_ nel quale viene indicato che la fattura di fr. 1'821.60, trattamento dall'8.9.1999-3.12.1999 (ossia al periodo e all'importo corrispondente al ricorso dell'insorgente) " è stata da noi rimborsata integralmente in data odierna. Nei prossimi giorni riceverete il nostro pagamento." (doc. \_) Tale pagamento è stato effettuato il 1° marzo 2001 (doc. \_). Ora, la stessa \_\_\_\_\_ in concreto ammette di essere debitrice della somma richiesta, tuttavia afferma che creditrice non è la ricorrente, bensì il medico curante. Come visto al consid. 2.2., di regola si applica il sistema del terzo garante, ciò implica che la fattura è pagata dall'assicurato al fornitore della prestazione e che, se i presupposti sono dati, la Cassa rimborsa all'assicurato l'importo riconosciuto. Per contro, per l'art. 42 cpv. 2 LAMal gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della rinumerazione (sistema del terzo pagante). Ciò è il caso in concreto, ove l'art. 7 cpv. 1 della Convenzione tra la ASE (Associazione svizzera degli ergoterapisti) e la CRS (Croce Rossa svizzera) da una parte e il CAMS (Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri) dall'altra indica che debitore dell'onorario è l'assicuratore malattia competente secondo il sistema del terzo pagante. Ciò implica che la remunerazione viene direttamente versata al fornitore di prestazioni (cfr. anche Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, pag. 77). Per cui rettamente la Cassa ha rimborsato quanto richiesto direttamente al fornitore di prestazioni. A questo proposito, con osservazioni del 25 ottobre 2002, il legale della ricorrente ha affermato: " (...) La signora \_\_\_\_\_ prende atto, invero non senza stupore, aver soluto la \_\_\_\_\_ la prestazione di fr. 1'821.60. All'epoca del ricorso contro la decisione, siamo nell'anno 2000, trattavasi ancora di discutere (cfr. decisione su opposizione pag. 1) del rifiuto della presa a carico da parte dell'assicurazione malattia del costo legato al trattamento di ergoterapia cui si è sottoposto il bambino \_\_\_\_\_, figlio della ricorrente, nel periodo dal 6 settembre al 6 dicembre 1999, per un montante ancora scoperto di fr. 1'689.60, così come il mancato riconoscimento di trattamenti analoghi eseguiti dopo tale periodo e per i quali la \_\_\_\_\_ non ha mai fornito la necessaria garanzia. Come mai la cifra da fr. 1'689.60 sia lievitata a fr. 1'821.60 non è dato sapere. Vero è che nel 2000 altre cure, poi terminate quell'anno, si sono succedute, sempre da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. \_). Per un qui pro quo le medesime, anche perché le somme non corrispondevano, sono state neglette, essendo tra l'altro state inviate direttamente al Tribunale arbitrale in materia di assicurazioni contro le malattie e gli infortuni. Pertanto, preso atto di quanto relazionato dalla Cassa Malati, rimangono da discutere le fatture di fr. 888.30 e fr. 1'159.20 (doc. \_). Il ricorso viene completato, di conseguenza relativamente alla problematica del fatto di sapere se i trattamenti eseguiti dopo il 6 dicembre possono venire considerati alla stregua di una malattia. Tutte le perizie, fatte eseguire dalla Cassa Malati medesima concludendo in questo senso, contrariamente a quanto pretende quest'ultima. Quanto all'atteggiamento di controparte si dirà che nella decisione su opposizione concludeva essere l'opposizione respinta e l'importo scoperto di fr. 1'689.60 non corrisposto. Bastava dire che l'importo fosse stato soluto e tutti questi disguidi non sarebbero successi." (cfr. doc. \_) Chiamata a presentare osservazioni in merito la Cassa ha affermato: " (...) Si dirà dapprima che la

differenza tra le due cifre, quella di CHF 1'689.60, erroneamente indicata nella decisione su opposizione 16 agosto 2002, e l'altra di CHF 1'821.60, come da fattura 14 dicembre 1999 dell'ergoterapista \_\_\_\_\_ (allegato \_), è dovuta ad una lettera del 3 novembre 1999 (allegato \_), già conosciuta dalla ricorrente, come da suo scritto 7 febbraio 2001 (allegato \_). Inizialmente infatti la \_\_\_\_\_ partiva dal principio che andavano al massimo rimborsati i costi di 12 sedute di ergoterapia svolte in un periodo di tre mesi a contare dalla data della prescrizione medica. Questo principio, in seguito smentito dalla procedura dinanzi al Lodevole Tribunale arbitrale in materia di assicurazioni, aveva quindi spinto la convenuta ad assumersi unicamente i costi sino e non oltre il 16 settembre 1999, accordando alla Signora \_\_\_\_\_ il pagamento della seduta dell'8 settembre 1999, pari a CHF 132.-. L'accordo poi trovato con l'intervento del Lodevole Tribunale arbitrale in materia di assicurazioni riguardava invece l'integralità della fattura 14 dicembre 1999, la quale, come ampiamente illustrato nella risposta di causa 7 ottobre 2002, è già stata totalmente liquidata. Denunciamo in seguito come l'opposizione inoltrata dalla Signora \_\_\_\_\_ il 10 marzo 2000, poi rilanciata dall'istanza per denegata giustizia del 25 giugno 2002, portasse unicamente sui costi terapeutici dei trattamenti eseguiti dal 8 settembre al 3 dicembre 1999, già assunti dalla convenuta. Prendiamo atto della volontà della ricorrente di voler ancora discutere la sorte delle fatture di CHF 1'159.20, per il trattamento dal 23 marzo al 21 giugno 2000 (allegato \_), e di CHF 888.30, per il trattamento dal 7 settembre al 30 novembre 2000 (allegato \_). A tale proposito, come da lettera 27 febbraio 2001 alla fornitrice di prestazioni (allegato \_), sottolineiamo il fatto che, da un mero punto formale, i trattamenti in questione non hanno ottenuto da parte della convenuta la necessaria garanzia per poter essere presi a suo carico, giusta l'art. 5 della Convenzione tra l'Associazione svizzera degli ergoterapisti (ASE) e la Croce rossa svizzera (CRS) da una parte, e il Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (CAMS), dall'altra, applicabile alla fattispecie. Quanto al fondo, e cioè il fatto di sapere se i trattamenti ergoterapici eseguiti dal piccolo \_\_\_\_\_ dopo il 3 dicembre 1999, ed oggetto delle due nuove fatture litigiose, lo sono stati a causa di una malattia, rinviamo il Lodevole Tribunale cantonale delle assicurazioni a quanto dalla convenuta già esposto nella sua decisione su opposizione 16 agosto 2002, al pto. 3 delle Conclusioni, e sotto i pti. 2 a 8 delle Considerazioni." (cfr. doc. \_) 2.4. Stabilito che la fattura inizialmente litigiosa è stata regolarmente soluta da parte della \_\_\_\_\_ conformemente alla decisione del Tribunale arbitrale del 21 dicembre 2000, oggetto del contendere in concreto è la questione a sapere se anche i trattamenti ergoterapici eseguiti nel 2000 sul piccolo \_\_\_\_\_ sono a carico dell'assicuratore (cfr. punto 3 del dispositivo della decisione su opposizione del 16 agosto 2002, doc. \_). Va qui rammentato che il TCA si è già chinato in due occasioni su fattispecie simili, respingendo i rispettivi ricorsi (STCA del 17 giugno 2002 nella causa \_\_ e nella causa \_\_, inc. \_\_\_\_\_ e \_), per i motivi che, del resto, la Cassa ha ampiamente descritto nella propria decisione su opposizione del 16 agosto 2002. Giusta l'art. 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 ed i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal capoverso 2 della stessa disposizione, queste prestazioni comprendono, in particolare, 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 o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico (lett. b)

nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). L'art. 33 cpv. 1 LAMal prevede che il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni. Giusta il cpv. 5 può delegare al dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3. In virtù di tale disposto il Dipartimento degli Interni ha emanato l'OPre. A norma dell'art. 6 cpv. 1 OPre, le prestazioni effettuate previa prescrizione medica dagli ergoterapisti e dalle organizzazioni di ergoterapia ai sensi degli articoli 46, 48 e 52 OAMal sono assunte purché in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica. L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di dodici sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione (cpv. 2). Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica (cpv. 3).

2.5. \_\_\_\_\_ soffre di un'iperattività motoria (ipercinesisi), disturbi della coordinazione e della motricità fine di media entità e una difficoltà di concentrazione per quanto riguarda le attività scolastiche (doc. \_). L'assicurato è stato sottoposto a due perizie. Dalla prima, allestita il 13 giugno 2000 dal Dr. med. \_\_\_\_\_, emerge che il bambino: "è affetto da un disturbo poco specificato che, nel capitolo diagnostico psichiatrico, fa parte di ciò che è definita la disarmonia evolutiva. La letteratura anglofona e germanofona parla di minimal brain dysfunction, un'affezione che generalmente necessita d'interventi multidisciplinari di tipo ergoterapeutico, psicomotorio ed eventualmente psicoterapico. Fondamentalmente si tratta di bambini che mostrano segni di disagio in più componenti psichiche o psicomotorie. L'incapacità di questi bambini di assolvere troppi compiti e confrontarsi con i loro pari in modo equivalente, procura frequenti disturbi di socializzazione. La fragilità psichica predeterminata dal disturbo, può aggravare sia la socializzazione sia lo sviluppo individuale. \_\_\_\_\_, nel suo istoriato clinico, è stato esaminato dal pediatra \_\_\_\_\_ e dai Servizi Scolastici competenti che hanno ritenuto indicata una presa a carico di tipo psicomotorio da parte della signora \_\_\_\_\_. Quanto compiuto a livello terapeutico è stato sicuramente di beneficio per questo bambino. Ora, si tratta di stabilire se queste misure psicomotorie siano ancora indicate in avvenire. Personalmente, ritengo che sarà ben difficile fare accettare a \_\_\_\_\_ un cambiamento di terapeuta ed, inoltre, l'intervento psicomotorio non s'indirizza unicamente sull'aspetto funzionale ma anche su quello relazionale. Sul piano prettamente psichiatrico l'intervento psicomotorio in senso stretto non è più indicato in senso lato, ossia con una presa a carico anche "psicoterapeutica" tramite colloqui con il bambino e la madre, potrebbe essere proseguito. L'indicazione psicomotoria vera e propria, a mio avviso, è determinata da un secondo parere neurologico, per esempio da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, Primario di pediatria - spec. in Neuropediatria - dell'Ospedale \_\_\_\_\_. Propongo quindi che il Dr. med. \_\_\_\_\_ possa esaminare la situazione di \_\_\_\_\_ per eventualmente indicare o controindicare la prosecuzione delle misure psicomotorie attualmente in atto.

5. RISPOSTA AI QUESITI

5.1. Wie lautet die Diagnose? Disarmonia evolutiva

5.2. Welches Therapieziel ist primär zu verfolgen? Ci si attende un miglioramento degli aspetti psicomotori, delle competenze relazionali e della concentrazione del bambino.

5.3. Ist Ergotherapie im Zusammenhang mit der gestellten Diagnose die richtige Behandlungsmethode? Oder glauben Sie, dass weitherin die hohe Zahl an Ergotherapiesitzungen mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren ist? Si è optato per l'intervento ergoterapeutico psicomotorio tramite la signora \_\_\_\_\_ in quanto è certamente una persona eclettica nella presa a carico terapeutica

dei bambini. L'interruzione della terapia attuale in modo brusco potrebbe portare questo bambino ad una recrudescenza sintomatica con conseguente effetto negativo sulla scolarizzazione, sulle potenzialità relazionali e sul sentimento d'appoggio. A mio avviso, il trattamento va proseguito e, una diminuzione della frequenza, è indicata gradualmente.

5.4 Gibt es alternative medizinische oder therapeutische Massnahmen, die das angestrebte Therapieziel effizienter erreichen? Dabei sind die objektiven Interessen des Patienten und nicht die persönlichen Voraussetzungen massgebend. A mio avviso andrebbero prese in considerazione le proposte effettuate da un neurologo. A questo proposito propongo un esame specialistico da parte del neuropediatra Dr. med. \_\_\_\_\_, Primario di Pediatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (doc. \_) Il 4 settembre 2000 il Primario dell'Ospedale \_\_\_\_\_, Dr. med. \_\_\_\_\_, ha allestito una perizia dalla quale emerge quanto segue: " (...) \_\_\_\_\_ è un ragazzo di 11 anni e 3/12 che ha presentato all'asilo e durante la scolarizzazione problemi di apprendimento e di comportamento legati ad un'iperattività, disturbi di concentrazione e tempo ridotto di attenzione. A questo quadro si aggiunge un esame neurologico con disturbi della motricità fine e della motricità generale. Da parte mia questo quadro clinico corrisponde ad una sindrome di ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) oppure, secondo la vecchia nomenclatura, minimal brain disfunction. Proposte terapeutiche In questa situazione trovo importante che sia ancora fatta la psicomotricità, soprattutto visto che attualmente c'è il passaggio dalla scuola elementare alla scuola media. Trovo inoltre che la psicomotricità, per questo genere di problematica e vista l'età del paziente, è la terapia più indicata. Alle vostre domande posso rispondere quanto segue: 1. Attualmente trovo che in questo caso specifico l'aiuto della psicomotricista è sufficiente. 2. attualmente, soprattutto in questa fase delicata di passaggio dalla scuola elementare alla scuola media, trovo che una persona come la Sig.ra \_\_\_\_\_ che conosce bene \_\_\_\_\_, è la terapia più efficace. 3. Sindrome di attention deficit hyperactivity disorder (secondo vecchia nomenclatura minimal brain disfunction). 4. la prognosi in generale è buona se si riesce a gestire il ragazzo all'interno della struttura scolastica. 5. all'età di 11 anni questa problematica non viene più riconosciuta dall'AI."

Pendente causa il TCA ha interpellato il medico curante del bambino chiedendogli quanto segue: " (...) 1. I disturbi di cui soffre \_\_\_\_\_, oltre all'ergoterapia, hanno richiesto un esame o una cura medica, in particolare tra il 23 marzo e il 21 giugno 2000 e tra il 7 settembre e il 30 novembre 2000? Se sì, che esame, rispettivamente cura medica, è stata effettuata? Il bambino, nel periodo sopra citato, è stato sottoposto anche ad altri trattamenti oltre all'ergoterapia? Se sì, quali? 2. Qual è lo scopo, nel caso concreto, dell'ergoterapia? 3. a) L'ergoterapia prescritta è stata effettuata per curare affezioni somatiche (quali)? Se sì, ha procurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita (mangiare, vestirsi, pulirsi, sdraiarsi, rialzarsi, spostarsi, ecc. )? Oppure, b) L'ergoterapia è stata prescritta nell'ambito di una cura psichiatrica? 4. Osservazioni." (Doc. \_) Con risposta del 16 aprile 2003 il medico ha affermato: " (...) Domanda n°1: nei periodi indicati (23.3-21.6.00 e 7.9-30.11.00) ho avuto l'occasione una sola volta, il 18.10.00, di vedere \_\_\_\_\_ per una ferita lacero-contusa all'indice sinistro. Per quanto a mia conoscenza in quel periodo è stata continuata l'ergoterapia e non sono stati effettuati altri trattamenti. Domanda n°2: lo scopo dell'ergoterapia è quella di diminuire le tensioni interne, di permettere al paziente di dominare meglio le sue pulsioni e di aiutarlo a superare i disturbi della motricità fine. Domanda n°3: i disturbi di \_\_\_\_\_ non sono da considerare unicamente un'affezione somatica, per cui l'ergoterapia prescritta non ha come scopo di curare un'affezione somatica. L'autonomia nel compimento degli atti ordinari della

vita (mangiare, vestirsi, ecc.) non erano comunque compromessi, per cui l'ergoterapia non era intesa al loro miglioramento. Poiché i disturbi di \_\_\_\_\_ possono avere una componente somatica con ripercussioni importanti a livello psichico e comportamentale, si può affermare che l'ergoterapia è intesa a trattare soprattutto questi ultimi." (cfr. doc. \_)

Chiamato a prendere posizione in merito e a precisare se nel periodo litigioso (da marzo 2000 a novembre 2000) a \_\_\_\_\_ è stata prescritta una cura psichiatrica e, in caso di risposta affermativa, presso quale medico è stato in cura, il legale dell'insorgente ha affermato che " per quanto attiene se è stata prescritta una cura psichiatrica nel periodo litigioso le rispondo per la negativa. " (doc. \_) Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito la Cassa ha affermato: " (...) Dallo scritto 16 aprile del Dr. med. \_\_\_\_\_ sembrerebbe risultare che nel periodo relativo i due trattamenti litigiosi lo specialista avrebbe visto una sola volta il bambino per una ferita lacero-contusa all'indice sinistro. A sua conoscenza, non sono stati effettuati altri trattamenti . La convenuta si permette a questo punto ricordare che l'ergoterapia, così come intesa dall'art. 6 cpv. 1 litt. a OPre, interviene come supporto all'interno di un trattamento globale che si prefigge lo scopo di curare un' affezione somatica di base. Ciò non ci sembra il caso nella fattispecie. Nel medesimo scritto, lo specialista afferma inoltre che l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita (altra condizione posta dall'art. 6 cpv. 1 litt. a OPre) non era comunque compromessa . L'ergoterapia può tuttavia essere intesa ancora come componente fondamentale all'interno di un trattamento psichiatrico di base (art. 6 cpv. 1 litt. b OPre). Qualora il piccolo \_\_\_\_\_ avesse seguito, tra il 23 marzo ed il 21 giugno, così come dal 7 settembre al 30 novembre 2000, una cura psichiatrica, ecco che l'ergoterapia prescritta avrebbe trovato la sua posizione all'interno di un quadro terapeutico inteso a trattare un disturbo a livello psichico e comportamentale. Ora, dalla lettera 5 maggio 2003 dell'Avv. \_\_\_\_\_ risulta chiaramente che nei periodi litigiosi nessuna cura psichiatrica era stata prescritta al bambino. Richiamando l'intero incarto, ed in particolare la decisione su opposizione 16 agosto 2002, emerge che il piccolo \_\_\_\_\_ soffriva di iperattività motoria (iperattività), di disturbi di media entità sulla coordinazione e la motricità fine, con conseguenti difficoltà di concentrazione durante l'attività scolastica. In concreto, si ricorderà tuttavia che le difficoltà di apprendimento scolastico non rientrano nel concetto di malattia, così come inteso dalla LAMaI, poiché tali difficoltà non sono assimilate a problemi legati alla salute. Per quanto attiene invece il resto, come emerge chiaramente dalle risposte del medico curante e dall'avvocato della madre del bambino, non sono stati effettuati esami medici, né sono state previste altre cure di carattere medico o psichiatrico. A mente della \_\_\_\_\_, i presupposti dell'art. 6 OPre non sono, nella fattispecie, adempiuti." (cfr. doc. \_) 2.6. Per l'art. 2 cpv. 1 LAMaI è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità di lavoro. Se un danno alla salute fisica o psichica non richiede né un esame né una cura medica e nemmeno provoca un'incapacità di lavoro, non c'è malattia ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 LAMaI (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, pag. 39 n. 75). La nozione giuridica della malattia non si confonde necessariamente con la nozione di malattia descritta dalla scienza medica (cfr. Eugster, op. cit., n. 72). Va poi rammentato che la circostanza che un medico prescrive le sedute di ergoterapia, non significa ancora che ci sia una malattia ai sensi del citato art. 2 cpv. 1 LAMaI. Infatti l'ergoterapia può essere prescritta anche per curare disturbi di sviluppo o di ridotta intelligenza, senza che ciò rientri nel campo di applicazione dell'art. 2 cpv. 1 LAMaI. Ai fini della presa a carico della cura da

parte della Cassa occorre dunque esaminare se nel caso concreto è effettuato, contestualmente all'ergoterapia, un trattamento o un esame medico del disturbo di base o se ciò è perlomeno indicato (cfr. anche Eugster, op cit., nota 176). Va infine rilevato che recentemente il Tribunale delle assicurazioni del Canton Berna si è chinato sulla problematica dell'assunzione da parte della Cassa di cure ergoterapiche. La sentenza del 3 settembre 2001, pubblicata in SVR 2002, KV nr. 21, pag. 79, è nel frattempo cresciuta in giudicato. Il Tribunale cantonale ha in particolare rilevato: " (...) 5. a) Aufgrund der Akten bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass bei X zur Zeit eine medizinische Behandlung der zu Ergotherapie führenden Wahrnehmungsstörungen durchgeführt würde. Solches wird auch von Dr. A nicht geltend gemacht. Es kann offen bleiben, ob bei X zu einem früheren Zeitpunkt auf Anordnung eines Arztes diagnostische Massnahmen zur Abklärung der Störungen durchgeführt wurden, welche auch dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass das Leiden keinen Krankheitswert im Sinne des KVG aufweist (unveröffentlicher Entscheid des Verwaltungsgerichts vom 20. Dezember 1999 i. S. F.; KV 54 469). Entscheidend ist, dass solche Untersuchungsmassnahmen - wenn überhaupt durchgeführt - im Zeitpunkt der von Dr. A am 29. August 2000 angeordneten ergotherapeutischen Massnahmen längstens abgeschlossen waren, weshalb keine Krankheit im Rechtssinne - mehr - vorliegt. In seiner Stellungnahme vom 12. März 2001 hält der Vertrauensarzt der Krankenversicherung dafür, mit den von Dr. A beschriebenen Wahrnehmungsstörungen werde keine eigentliche Krankheit bezeichnet. Vielmehr handle es sich um Fähigkeiten, welche nicht voll ausgebildet seien. Dieser Mangel könne durch verschiedene Förderungsmassnahmen verbessert werden. Im Vordergrund würden dabei pädagogische Massnahmen wie Bewegungstraining, Schreibtraining, Konzentrationsübungen, Spielübungen und Bewegungsübungen stehen. Eine medizinische Behandlung trage dagegen nichts zur Verbesserung bei. Der Beschwerdeführer hat diesen schlüssigen Ausführungen des Vertrauensarztes nicht widersprochen. Es besteht kein Anlass, darauf nicht abzustellen. Unter diesen Umständen gelangt das angerufene Gericht zum Schluss, dass bei X im massgebenden Zeitpunkt des Gesuchs vom 29. August 2000 um ambulante Ergotherapie in erster Linie Entwicklungstörungen vorgelegen haben, welche nicht als Krankheit im Rechtssinne gelten können, da sie keine medizinische Behandlung erforderlich machten. Es kann deshalb der Auffassung der Krankenversicherung beigegeben werden, wonach sie wegen Fehlens einer Krankheit im Sinne des KVG für die von Dr. A verordnete Ergotherapie nicht aufzukommen hat. 6. Der Versicherte vermag nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, dass die \_\_\_\_\_ Versicherung im Frühjahr 2000 Kostengutsprache für einen ersten Behandlungszyklus mit Ergotherapie geleistet hat. Denn das erneute Gesuch um Kostengutsprache im Herbst 2000 war unabhängig von einer früher allenfalls bereits erteilten Bewilligung zu prüfen. Anders wäre nur, wenn die Voraussetzungen für eine vom Gesetz abweichende Behandlung des Versicherten aufgrund des verfassungsmässig gewährleisteten Vertrauensschutzes im Sinne von Art. 9 BV gegeben wären (BGE 124 V 220 E. 2b/aa). Es ist indessen nicht ersichtlich, inwiefern der Versicherte aufgrund der im Frühjahr 2000 erteilten Kostengutsprache für 12 ergotherapeutische Behandlungen Dispositionen getroffen hätte, welche nicht ohne Nachteil wieder rückgängig gemacht werden konnten. 7. Bei diesem Ausgang muss nicht entschieden werden, ob die Leistungspflicht der Krankenversicherung für eine im Zusammenhang mit Teilleistungsstörungen angeordnete Ergotherapie einzig unter dem Gesichtspunkt einer somatischen Erkrankung gemäss Art. 6 Abs. 1 Lit. a KLV zu prüfen ist, wie dies die

\_\_\_\_\_ Versicherung anzunehmen scheint, oder ob eine Leistungspflicht nicht auch unter dem Gesichtspunkt einer psychiatrischen Behandlung gemäss Art. 6 Abs. 1 Lit. b KLV in Betracht fallen könnte. Weiter braucht auch nicht abgeklärt zu werden, ob die für die Übernahme der Kosten einer ambulanten Ergotherapie bei Vorliegen einer Krankheit im Rechtssinne zusätzlich aufgestellten Voraussetzungen gemäss Art. 6 KLV rechtmässig sind." 2.7. Dai referti medici sopra riportati per esteso emerge che il bambino soffre di una sindrome di attention deficit hyperactivity disorder (secondo vecchia nomenclatura minimal brain disfunction). In concreto, si è inoltre in presenza di difficoltà di apprendimento scolastico che tuttavia non rientrano nel concetto di malattia poiché tali difficoltà non sono assimilate a problemi legati alla salute (cfr. Eugster, op cit., n. 84). Per la cassa i disturbi di cui soffre il bambino non possono essere assimilati ad una malattia, non essendo adempiuti i presupposti del citato art. 2 LAMal giusta il quale è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità di lavoro. La questione tuttavia non merita ulteriore approfondimento, ritenuto come in ogni caso non sono adempiuti i presupposti dell'art. 6 OPre (cfr. STCA del 17 giugno 2002 nella causa \_\_, inc.

\_\_\_\_\_). Infatti, come visto in precedenza, per l'art. 6 cpv. 1 OPre, le prestazioni effettuate previa prescrizione medica dagli ergoterapisti e dalle organizzazioni di ergoterapia ai sensi degli articoli 46, 48 e 52 OAMal sono assunte purché in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica. Inoltre le direttive relative alla Convenzione tra la ASE (Associazione svizzera degli ergoterapisti) e la CRS (Croce Rossa Svizzera) da una parte e il CAMS (Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri) dall'altra al punto 2.1 prevedono che: "(...) 2.1 Prestazioni obbligatorie Secondo l'OPre art. 6, le misure di ergoterapia effettuate dagli ergoterapisti e dalle organizzazioni di ergoterapia sono suddivise nel modo seguente: - Prestazioni in caso di disturbi somatici secondo l'OPre art. 6 cpv. 1 lett. a Gli assicuratori devono assumere a proprio carico le spese di trattamento di ergoterapia in caso di disturbi somatici, se il trattamento ha lo scopo di migliorare le funzioni corporali (motrici, sensoriali o cognitive), se così facendo la malattia o le sue conseguenze dirette (per esempio dolori, stati di ansia, apatia, restrizione dei movimenti, difficoltà di concentrazione e disturbi della memoria) possono essere attenuati e l'autonomia nel compimento degli atti usuali della vita è migliorata o preservata. - Prestazioni in caso di disturbi psichici secondo l'OPre art. 6 cpv. 1 lett. b L'ergoterapia obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia è concentrata sulla guarigione o attenuazione dei disturbi psichici. - Ergoterapia con altri scopi L'ergoterapia praticata senza prescrizione medica e con scopi diversi dal trattamento di una malattia non costituisce una prestazione obbligatoria degli assicuratori malattia (misure di riadattamento professionale dell'AI, assistenza agli anziani), non di più delle misure mediche dell'AI e dei , trattamenti di invalidità propri dell'AI." Ora, dalle risposte del medico curante e del legale della ricorrente emerge innanzitutto che le prestazioni ergoterapiche non sono state effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica (doc. \_\_ e \_\_). Inoltre, risulta che l'ergoterapia prescritta non ha come scopo di procurare all'assicurato l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita, bensì di diminuire le tensioni interne, di permettere al paziente di dominare meglio le sue pulsioni e di aiutarlo a superare i disturbi della motricità fine (doc. \_\_). Per cui, a prescindere dalla circostanza che in concreto si sia o meno in presenza di una malattia, le sedute di ergoterapia non rientrano nell'elenco delle prestazioni a carico della LAMal, non soddisfacendo i requisiti dell'art. 6

cpv. 1 lett. a o b Opre (STCA del 17 giugno 2002 nelle cause \_\_ e \_\_, inc. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_). Non incide peraltro sull'esito della presente vertenza la circostanza che in passato la Cassa ha assunto i costi della sedute di ergoterapia. Decisivo è il fatto che nel caso concreto non sono dati i presupposti per il rimborso del ciclo prescritto dal medico curante (cfr. STCA del 27 settembre 2001 nella causa \_\_, inc. \_\_\_\_\_, pag. 13). Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il ricorso va respinto. 2.8. Nella sua risposta di causa del 7 ottobre 2002, la \_\_\_\_\_ chiede che il ricorso sia giudicato temerario, poiché teso a condannare l'assicuratore al rimborso di una fattura già liquidata 16 mesi prima. La Cassa chiede pertanto l'assegnazione di ripetibili e insta per l'annullamento della sentenza del TCA del 10 settembre 2002 (intimata il 13 settembre 2002) che ha condannato la \_\_\_\_\_ al pagamento di ripetibili dell'ordine di fr. 600 per denegata giustizia. Va innanzitutto rilevato che il ricorso non può essere considerato temerario già solo per il fatto che lo stesso assicuratore, perlomeno inizialmente, riteneva non ancora conclusa la vertenza relativa all'assunzione dei costi delle cure ergoterapiche cui è stato sottoposto \_\_\_\_\_ nell'autunno del 1999. Tant'è che ha emanato la relativa decisione su opposizione. Del resto, il punto 3 del dispositivo della decisione su opposizione recita che " parimenti, non si riconoscono trattamenti analoghi eseguiti dal piccolo \_\_\_\_\_ dopo tale periodo (nдр: 6 settembre - 6 dicembre 1999) e per i quali la \_\_\_\_\_ non ha mai fornito la necessaria garanzia. " (doc. \_). Ora, in corso di causa, è risultato che altre prestazioni eseguite nel 2000, e relative alla medesima problematica, non erano ancora state volute. Per cui l'insorgente poteva legittimamente contestare, come ha fatto, il rifiuto della Cassa di rimborsare le relative fatture. In secondo luogo, circa l'annullamento della sentenza del 10 settembre 2002, va rilevato che la Cassa, se non fosse stata d'accordo con l'esito, avrebbe potuto impugnare la decisione al TFA. Tale procedura doveva essere conosciuta alla \_\_\_\_\_, versata nelle assicurazioni sociali. 2.9. Va abbondanzialmente rilevato che la richiesta andrebbe dichiarata irricevibile anche se la si volesse trattare quale domanda di revisione. Giusta l'art. 87 lett. i LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002, deve essere garantita la revisione delle sentenze se sono scoperti fatti o mezzi di prova nuovi, oppure se un crimine o un delitto hanno influito sulla sentenza. L'art. 14 LPTCA del canto suo prevede analogamente che contro le decisioni del Tribunale cantonale delle assicurazioni é ammessa la revisione a) se sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova; b) se un crimine o un delitto ha influito sulla decisione. A norma dell'art. 15 cpv. 1 LPTCA, poi, la domanda di revisione deve essere presentata, con l'indicazione dei motivi e dei mezzi di prova, entro 90 giorni dalla data in cui sono state conosciute le circostanze nuove previste alle lett. a) e b) dell'art. 14. Perché il TCA possa rivedere una sua decisione cresciuta in giudicato, é innanzitutto necessario che siano scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova. Per costante giurisprudenza, un fatto è da considerarsi nuovo se esisteva già al momento in cui il giudizio è stato emanato, ma non è stato portato a conoscenza del Tribunale, poiché non era noto al ricorrente malgrado la sua diligenza. Ne discende che non è data alcuna revisione laddove l'istante, se avesse usato l'attenzione che da lui si poteva esigere, avrebbe potuto addurre il fatto ora invocato già nell'ambito della precedente procedura. Inoltre un simile fatto deve essere rilevante, vale a dire suscettibile di modificare la fattispecie posta a fondamento della decisione dedotta in revisione e condurre ad un giudizio diverso sulla base di un apprezzamento giuridico corretto (DTF 121 IV 317 consid. 2, 118 II 199 consid. 5, 110 V 138 consid. 2 e rinvii; cfr. anche STF del 22 agosto 2000, non pubblicata, 2A.531/1999). Per quanto riguarda i nuovi mezzi di prova, essi devono servire a dimostrare nuovi fatti rilevanti in grado di giustificare la revisione oppure fatti che già erano conosciuti

in precedenza, ma che però non avevano potuto essere stabiliti con certezza. Anche in quest'ultimo caso l'istante deve dimostrare che tale circostanza non sia stata cagionata dalla sua negligenza (DTF 118 II 199 consid. 5, 110 V 138 consid. 2; cfr. anche STF del 22 agosto 2000, non pubblicata, 2A.531/1999). Costituisce, dunque, fatto nuovo o nuovo mezzo di prova soltanto il fatto o il mezzo di prova che non era già conosciuto nella precedente procedura o che non avrebbe potuto venir prodotto dall'interessato anche qualora quest'ultimo avesse dato prova della necessaria diligenza (RCC 1983, pag. 157; RCC 1970, pag. 457 consid. 3). Nel caso di specie i requisiti per poter chiedere la revisione fanno manifestamente difetto anzitutto poiché la sentenza 10 settembre 2002 di questo TCA non era al momento della presentazione della risposta di causa, cresciuta in giudicato condizione essenziale affinché possa essere chiesta la revisione di una sentenza. \_\_\_\_\_ poteva allora aggravarsi contro il provvedimento Cantonale mediante ricorso di diritto amministrativo al TFA. L'istanza è quindi irricevibile e per il resto il ricorso è respinto senza carico di tasse e spese.

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