

# TI\_GERICHTE 36.2002.28 vom 5. August 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-08-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.28](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.28)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.28 du 5 août 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.28 del 5 agosto 2002

## Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

## Erwägungen

### E. 1

Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

### E. 2

\_\_\_\_\_ si è sottoposto a cicli di fisioterapia o ad altre cure precedentemente alla degenza presso il Centro di riabilitazione di \_\_\_\_\_? In caso di risposta affermativa, quando e quanti cicli gli sono stati prescritti e con quali risultati?

### E. 3

. Osservazioni." (cfr. doc. \_) Il dr. Med. \_\_\_\_\_ ha così risposto: "(...) Da allora ho seguito il paziente regolarmente per frequenti ricadute algiche, sempre curate con fisioterapia e medicinali. I disturbi hanno causato nel corso degli anni crescenti problemi sul lavoro e si è reso necessario un cambiamento d'attività. Pur lavorando sempre a tempo pieno, l'Assicurazione invalidità ha finalmente riconosciuto un rendimento ridotto e ha concesso a partire dal 1.4.1999 una rendita nella misura del 50%. La situazione clinica è peggiorata progressivamente e le ultime cure fisioterapiche ambulatoriali ordinate nel 1992 e nel 1993 non hanno praticamente dato alcun risultato, mentre le cure stazionarie ordinate nel febbraio 92 \_\_\_\_\_, nel marzo 93 (Clinica \_\_\_\_\_), nel aprile 94 (Clinica \_\_\_\_\_ i), nel dicembre 95 \_\_\_\_\_, nel marzo 98 (Clinica \_\_\_\_\_) hanno sempre portato a dei chiari miglioramenti per mesi, permettendo al paziente di continuare il suo lavoro senza interruzioni. Come si spiega il fatto che un trattamento ambulatoriale non dia nessun risultato e uno stazionario invece uno ottimo? Nel primo caso i trattamenti avvengono 2 o 3 volte la settimana. Il paziente deve lasciare il lavoro, trasferirsi in fisioterapia, per poi ritornare al suo posto di lavoro. Nel secondo caso trascorre 2 o 3 settimane senza doversi spostare, godendo di trattamenti giornalieri e di cure complementari, compreso l'effetto del periodo di riposo e rilassamento lontano dallo stress quotidiano. La diagnosi riportata nella Vostra richiesta del 27.5. testimonia di una certa gravità della situazione al momento del ricovero, giustificante un trattamento intenso non realizzabile mediante un trattamento ambulatoriale per i motivi sopra segnalati, con il preciso scopo di tentare di evitare un ulteriore intervento chirurgico, tentativo chiaramente riuscito. 2. Come già detto al punto 1. a partire dal 1989 il paziente ha seguito tutta una serie di trattamenti fisioterapici che nel corso degli anni hanno dato risultati sempre più insoddisfacenti. Quando e quanti di questi cicli sono stati prescritti lo può ricostruire la \_\_\_\_\_ che ne ha saldato le relative fatture. 3. Nella lettera della \_\_\_\_\_ del

15.05.00 al sig. \_\_\_\_\_ (probabilmente agli atti, ma per sicurezza ne allego fotocopia), si legge che "Non è stata fatta alcuna radiografia e neanche una risonanza magnetica per la rivalutazione del caso". Il paziente mi aveva chiesto se non fosse il caso di procedere ad un esame Tac o RM e gli avevo spiegato che tali esami avrebbero soltanto provocato una spesa inutile, siccome non avrebbero portato elementi nuovi e non avrebbero influenzato le possibili cure. Stesso discorso per delle radiografie nuove che non avrebbero fornito delle informazioni supplementari. I danni alla cervicale e alla schiena erano documentati dalle precedenti radiografie ed erano forse peggiorati, ma certamente non migliorati, per cui ho ritenuto che per la cassa malati provocassero soltanto una spesa inutile. Ciò dimostra la mia strategia consolidata negli anni di operare nel rispetto degli interessi di tutte le parti, in particolare anche a favore del contenimento dei costi e infine convalida nel presente caso la mia decisione di ordinare la cura stazionaria in questione." (cfr. doc. \_) 2.10. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tiene 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; RAMI 2000 p. 214). 2.11. In casu secondo questa Corte dev'essere riconosciuta la necessità del trattamento stazionario ai sensi degli art. 32, 49 e 56 LAMal. Infatti dalle convincenti affermazioni del medico curante, specialista FMH in neurochirurgia, risulta come un trattamento ambulatoriale, nel caso specifico, non avrebbe dato alcun risultato, differentemente da un trattamento stazionario. Era pertanto necessario, come prescritto dallo specialista, applicare dei provvedimenti più intensi ed incisivi quali la cura stazionaria da lui prescritta. Va qui ribadito come l'assicurato, dopo essere stato sottoposto a cure fisioterapiche ambulatoriali nel 1992 e nel 1993 è stato sottoposto a cure stazionarie nel febbraio 1992 \_\_\_\_\_, nel marzo 1993 (Clinica \_\_\_\_\_), nell'aprile 1994 (Clinica \_\_\_\_\_), nel dicembre 1995 \_\_\_\_\_, nel marzo 1998 (Clinica \_\_\_\_\_) e poi nel gennaio 2000. Per cui, dal 1992 al 2000 l'insorgente è stato sottoposto o a cure ambulatoriali o a trattamenti stazionari ogni anno, con la sola eccezione del 1996 e del 1999, rilevato tuttavia come in quest'ultima circostanza nel gennaio dell'anno successivo (2000) per il ricorrente è stata prescritta una degenza in ambito stazionario. Ora, a mente di questo TCA, ritenuto come da una parte il medico curante dell'interessato, che ha seguito il ricorrente per oltre 10 anni, e dunque con una conoscenza alquanto approfondita del caso in esame, ha espressamente escluso che ulteriori trattamenti fisioterapici ambulatoriali avrebbero portato a miglioramenti nel caso concreto e che dal 1992 al 2000 pressoché ininterrottamente il ricorrente ha seguito dei trattamenti inizialmente ambulatoriali e poi stazionari, la necessità di un ulteriore trattamento stazionario nel 2000 è data. Va infatti rammentato come precedentemente alla degenza in esame l'assicurato è stato in cura stazionaria 5 volte e il dr. med. \_\_\_\_\_ ha sottolineato come si sia in presenza di una

situazione grave al momento del ricovero giustificante un trattamento intenso non realizzabile mediante un trattamento ambulatoriale (doc. \_). I precedenti e frequenti ricoveri stazionari nonchè la gravità della situazione attestata dal medico curante, sono propri a supplire alla richiesta di sedute fisioterapiche ambulatoriali precedentemente al ricovero stazionario, cure ambulatoriali che non avrebbero dato alcun risultato soddisfacente. Va poi sottolineato come \_\_\_\_\_ nel periodo da giugno 1998 a gennaio 2000 afferma di aver acquistato un apparecchio per potersi esercitare e di aver svolto la ginnastica come insegnata dal fisioterapista dal quale era stato in precedenza (doc. \_). Del resto quanto rilevato dal medico fiduciario non risulta essere stato riassunto in un rapporto medico, né le sue affermazioni, secondo cui un provvedimento ambulatoriale risulterebbe sufficiente, sono motivate. Esse vengono sconfessate dalle risposte circostanziate del medico curante. Le dichiarazioni del medico di fiducia dell'amministrazione appaiono non circostanziate e non sono quindi per nulla atte a mettere in discussione il rapporto, fedefacente, del dottor \_\_\_\_\_. Alla luce di quanto sopra esposto, data la necessità del ricovero, i costi vanno assunti dalla Cassa in base a quanto previsto dalla LAMal, rilevato tuttavia che dalla fattura del 14 aprile 2000 (doc. \_) vanno dedotti gli importi delle prestazioni quali minerale e invio fax che non rientrano nei costi assunti dalla LAMal. In quanto fondato, quindi, il ricorso va accolto. I costi per la degenza presso la clinica di \_\_\_\_\_ vanno posti a carico della \_\_\_\_\_ conformemente alla LAMal. Va abbondanzialmente rilevato che, per quanto concerne la buona fede di cui si prevale l'assicurato, dalle affermazioni di \_\_\_\_\_, funzionaria \_\_\_\_\_ che si è occupata del caso in esame, non emerge in alcun caso una dichiarazione di garanzia di assunzione dei costi da parte della Cassa prima della decisione negativa. Questo aspetto tuttavia, visto l'esito della vertenza, non merita ulteriore approfondimento. All'insorgente vincente in causa e rappresentato da un avvocato, secondo l'art. 87 lett. g LAMal vanno assegnate le ripetibili. B. Assicurazioni complementari 2.12. La LAMal si applica unicamente all'assicurazione malattia sociale definita dall'art. 1 LAMal e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono considerate come facenti parte del diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). \_\_\_\_\_ ha in particolare stipulato con la convenuta l'assicurazione per l'ospedalizzazione in reparto semi privato, per le cure dentarie classe \_ e per prestazioni complementari all'assicurazione di base grazie alla copertura denominata \_\_\_\_\_ (doc. \_). In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi per la degenza ospedaliera a \_\_\_\_\_ anche in base alle assicurazioni complementari (reparto semi privato), vanno esaminate le condizioni generali e complementari di assicurazione dell'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (reparto semiprivato in tutta la svizzera negli ospedali che hanno ottenuto un mandato di prestazioni da un Cantone, doc. \_ e \_) nella versione in vigore nel 2000 (cfr. art. E2). L'art. E4 regola le prestazioni in un ospedale per cure acute. Ai capoversi 1 e 2 viene precisato che " (...) 1 Nel caso di un trattamento stazionario attuato in un ospedale per cure acute, le prestazioni assicurate sono concesse per un periodo illimitato, purché vi sia la necessità di un'ospedalizzazione dell'assicurato e che venga curata una patologia con valore di malattia. 2 Se un assicurato si reca nel reparto dell'ospedale corrispondente alla classe di prestazioni assicurata, la \_\_\_\_\_ prende a suo carico tutte le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie giusta la LAMal e dall'assicurazione malattie facoltative per il trattamento e il soggiorno economici, adeguati ed efficaci. Sono esclusi dell'obbligo di prestazioni i punti: - Art. E1 capoverso 2; - conversazioni telefoniche; - affitto di radio, televisori e

video; - acquisto e affitto di videocassette; - bibite e snacks; - giornali e riviste; - prodotti per fumatori; - cibi consumati da visitatori; - pratiche in caso di decesso; - spese amministrative. (...)" (cfr. Doc. \_\_, pag. 58) Dal tenore della disposizione risulta che i presupposti per l'assunzione dei costi per la cura stazionaria in ambiente ospedaliero da parte della convenuta in base alle assicurazioni complementari corrispondono a quelli previsti dall'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal. Dev'essere cioè data la necessità di ospedalizzazione; il trattamento e il soggiorno devono inoltre essere economici, adeguati ed efficaci (cfr. consid. 2.3-2.6). Poiché quindi in ambito LAMal questa Corte ha riconosciuto la necessità della cura stazionaria in ambiente ospedaliero, le medesime conclusioni devono essere tratte per quanto riguarda l'assicurazione complementare in esame. Oltre ad assumere i costi in ambito LAMal, la \_\_\_\_\_ dovrà quindi rimborsare quelli dovuti in base alle condizioni complementari di assicurazione \_\_\_ per la degenza ospedaliera in reparto semiprivato. La petizione dev'essere quindi accolta. Ritenuto come l'attore sia vincente anche per quanto attiene alle pretese fondate sulle assicurazioni complementari allo stesso vanno concesse ripetibili anche in questa sede. 2.13. L'assicurato ha chiesto l'allestimento di una perizia e di essere sentito (doc. \_\_). Circa la seconda richiesta ve rilevato che durante l'audizione della funzionaria della \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ha avuto la possibilità di esprimersi, come da lui richiesto. Per quanto concerne la perizia, a mente del TCA, gli atti medici a disposizione ed in particolare i referti del dr. med. \_\_\_\_\_, che attestano inequivocabilmente le patologie di cui è affetto l'insorgente, sono sufficienti per decidere in merito. Del resto, il giudice, con il verbale del 9 luglio 2002 ha comunicato che le prove da acquisire sono state assunte e che l'istruttoria era chiusa. Ora, il TFA ha recentemente ribadito che se il tribunale ha dichiarato chiusa l'istruttoria, e " se il ricorrente non si fosse opposto a tale atto formale, censurando a quel momento l'omessa assunzione dei mezzi di prova richiesti, la violazione del diritto di essere sentito sarebbe stata sanata per rinuncia dell'interessato a prevalersene già in sede cantonale " (STFA del 10 giugno 2002 nella causa R., inc. H 192/00) Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.