

TI_GERICHTE 36.2002.30 vom 12. Februar 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.30

FR: TI_GERICHTE 36.2002.30 du 12 février 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.30 del 12 febbraio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 32

LAMal. Nel caso concreto, l'operazione cui si è sottoposto il Signor _____ non risulta per niente economica, gravata com'è da maggiori tariffe applicate dai medici e dovute ai trattamenti stazionari in divisione semiprivata. (...) Nella sua lettera 10 maggio 2002, il Signor _____, contrariamente a quanto sostenuto dal medico Ad. 3., afferma per la prima volta che in quel periodo le sue condizioni di salute suscitavano preoccupazioni. A suo dire, sembrerebbe che immediatamente dopo l'operazione alla cataratta, i medici hanno riscontrato la presenza di un aneurisma, e cioè una dilatazione anomala, congenita o patologica, di un'arteria. Ora, cronologicamente l'aneurisma a cui accenna l'assicurato è stato diagnosticato quattro mesi dopo l'operazione alla cataratta. La relazione tra quest'ultima e la dilatazione dell'arteria non è minimamente probabile, sicché questo argomento non può essere ritenuto per giustificare la degenza avvenuta immediatamente dopo l'operazione all'occhio. (...) Le argomentazioni inerenti i forfait per l'operazione alla cataratta sono ininfluenti per il caso specifico. Il medico denuncia il fatto che la convenuta non abbia accettato il forfait generale che si aggira sui CHF 3'500.-. Ora, questo stesso forfait era già stato rifiutato il 4 ottobre 2000 dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino. Esso, ritenendolo troppo oneroso, ha preferito non includerlo nell'Accordo tariffale tra la Clinica _____ e la FTAM. Si veda a questo proposito la Circolare 45/2000 emanata dalla FTAM (allegato). Come pure non ha alcuna rilevanza, per il caso del Signor _____, il fatto che la _____ non aveva assolutamente dato nessuna indicazione contraria alla procedura della clinica che consiste nella prassi di ricoverare per una notte tutti i pazienti indistintamente. La convenuta infatti ha preferito non accordare questa degenza a priori, valutando invece di volta in volta la reale indicazione medica atta a giustificare un ricovero post-operatorio. Si ricorda ancora che i montanti forniti dal Dr. med. _____ non corrispondono alla reale situazione. Egli si indigna affermando che onorare CHF 1'000.- una cataratta equivale poco più a compensare il costo della lente e del semplice materiale. La convenuta segnala che per l'operazione ambulatoriale del Signor _____, essa ha rimborsato CHF 2'453.30 (CHF 1'172.90 per l'operazione ambulatoriale in clinica + CHF 1'111.20 per l'onorario ambulatoriale del medico ed il consulto pre-operatorio + CHF 169.20 per le prestazioni dell'anestesista). La differenza tra il montante ambulatoriale (CHF 2'453.30) ed il montante che la clinica ha fatturato (CHF 6'137.90) è semplicemente dovuto alle due diarie in camera semiprivata, alle quali si sommano le maggiorazioni tariffarie che i medici possono fatturare poiché hanno operato un paziente stazionario in divisione semiprivata." (cfr. doc. _) Da parte sua l'insorgente ha

rilevato: " (...) Dalle dichiarazioni rilasciate dal dott. _____ si evince a non averne dubbio che sono stato indotto da considerazioni di ordine mediche ad eseguire l'intervento operatorio per la cataratta in degenza ospedaliera . Così stando le cose non vedo come debba sopportare io, dal profilo economico, il fatto di essermi attenuto strettamente alle indicazioni dell'operatore. Come si può rimproverare ad una persona di oltre settant'anni di non essersi opposto alla modalità d'intervento chirurgico consigliata - per rinnovata ammissione - dal professionista? La mia impressione è che la lite verta non sul mio caso concreto ma piuttosto sui criteri che devono essere adottati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie per giudicare se un intervento debba o possa essere eseguito nel regime ambulatorio anziché in degenza ospedaliera. A questo riguardo vorrei ricordare che la prassi vigente nel periodo in cui è avvenuto l'intervento, oggi oggetto di contestazione per quanto attiene alla sua remunerazione, era quella di applicare per l'operazione della cataratta in camera comune un forfait di fr. 3'600.-- lente compresa, indipendentemente dal fatto che vi era stata o meno degenza nell'istituto sanitario. Rimando a questo riguarda all'allegato 2 dell'11 febbraio 2000, alla convenzione 24 novembre 1998 tra il gruppo _____ e la Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia. È interessante ricordare a questo riguardo che anche la _____ aveva sottoscritto senza alcuna riserva il predetto accordo. Per concludere ribadisco integralmente la mia richiesta della copertura integrale dei costi fatturati dalla Clinica _____ e dal medico per l'intervento sulla cataratta eseguito l'11 dicembre 2000." (cfr. doc. _) Come risulta chiaramente dalle affermazioni del medico che ha eseguito l'operazione alla cataratta, il trattamento poteva essere eseguito ambulatoriamente. Anche in una sentenza recente (K103/00 del 3 gennaio 2001 in re H.) relativa al Canton Ginevra il TFA era chiamato a decidere in merito ad un intervento di cataratta avvenuto ambulatoriamente. Non c'era in concreto alcuna necessità di procedere con un trattamento stazionario. Ciò viene pure evidenziato dalla circostanza che non vi erano state complicazioni operatorie o postoperatorie né patologie generali particolari. La necessità della degenza e dell'ospedalizzazione presso la Clinica _____, condizione essenziale posta dalla giurisprudenza affinché venga riconosciuta la prestazione da parte dell'assicuratore malattia, in concreto fa difetto. Necessario nel caso di specie era unicamente l'intervento alla cataratta che lo stesso medico afferma che si poteva eseguire ambulatoriamente. Anche Nessuna patologia concomitante era stata riscontrata al momento dell'intervento dal medico che ha effettuato l'intervento, né vi sono state complicazioni operatorie o postoperatorie. La circostanza che secondo la prassi della Clinica per gli interventi di cataratta i pazienti vengono tenuti precauzionalmente per una notte in cura stazionaria non può essere di aiuto all'insorgente. Determinante è infatti stabilire se nel singolo caso concreto il ricovero stazionario era necessario. Dalle risposte del medico che ha effettuato l'operazione, ciò non era il caso. Poiché il trattamento in cura stazionaria, a fronte della possibilità di eseguire l'intervento ambulatoriamente, viola il principio dell'economicità, previsto dall'art. 32 LAMal (cfr. consid. 2.3), e che la degenza ospedaliera non era necessaria, contrariamente a quanto richiede l'art. 56 LAMal (cfr. consid. 2.4) la decisione della Cassa che rimborsa l'intervento secondo l'onorario che sarebbe stato pagato in caso di trattamento ambulatoriale, appare corretto. 2.7. Va ora esaminato l'ammontare del rimborso riconosciuto dalla Cassa. L'insorgente fa riferimento alla Convenzione del 24 novembre 1998 tra la Clinica _____ e la Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia (FTAM), che sarebbe stato sottoscritto anche dalla _____ e che prevede un importo forfetario di fr. 3'600 per gli interventi alla cataratta. Va innanzitutto rilevato che con

decreto esecutivo 4 ottobre 2000 pubblicato nel FU del _____ il Consiglio di Stato ha decretato quanto segue: "Art. 1 E' approvata la modifica dell'accordo tariffale tra la Clinica _____ e la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (FTAM) Bellinzona, ad eccezione degli importi previsti per cataratta e glaucoma. Art. 2 Nei confronti degli assicuratori malattie che non hanno sottoscritto la modifica dell'accordo tariffale di cui ai considerandi, la Clinica _____, è autorizzata a praticare tariffe maggiorate del 5% rispetto a quelle qui approvate. Art. 3 Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino. Esso entra immediatamente in vigore, con effetto retroattivo al 15 febbraio 2000." Con scritto 30 luglio 2002 (doc. _) alla FTAM il TCA ha chiesto: "(...) 1. La Cassa malati _____ ha sottoscritto la modifica dell'accordo tariffale? In caso di risposta affermativa, quando? 2. Nel frattempo, è stata presa una decisione in merito agli interventi per la cataratta e il glaucoma? (In caso di risposta positiva vi chiediamo di trasmetterci copia delle eventuali nuove circolari e del DE del Consiglio di Stato). In particolare, per gli interventi effettuati nel 2000, l'esclusione dall'accordo degli importi previsti per cataratta e glaucoma è tuttora valida?" (cfr. doc. _) In risposta il segretario di _____, _____ ha osservato: "(...) Con la presente rispondiamo alla vostra prima domanda con la seguente cronistoria: 15.02.2000 la FTAM invia a tutti gli Assicuratori Malattia una lettera che dà spiegazioni sull'intervenuta modifica del tariffario e invita le casse a dare la loro eventuale adesione all'accordo (cfr. doc. _ lettera e doc. _ elenco dei destinatari); 22.05.2000 Circolare 27/2000 della FTAM agli Assicuratori Malattia in cui si annuncia che 24 Assicuratori Malattia hanno dato la loro adesione agli accordi e che i documenti sono stati trasmessi all'Istituto delle Assicurazioni Sociali per la ratifica prevista dall'art. 46 cpv. 4 LAMal (cfr. doc. _); 04.10.2000 decreti esecutivi del Consiglio di Stato che approvano le tariffe LAMal applicabili per l'anno 2000 rispettivamente alla Clinica _____ e all'_____, ad eccezione degli importi previsti per cataratta e glaucoma, art. 1 (cfr. doc. _); 23.10.2000 Circolare _____ della FTAM che richiama agli Assicuratori Malattia l'intervenuta ratifica da parte del Consiglio di Stato degli accordi di cui trattasi, ad eccezione degli importi previsti per cataratta e glaucoma (cfr. doc. _); 09.11.2000 la _____ cassa malati ritorna alla FTAM la dichiarazione di adesione alla modifica delle tariffe con le cliniche summenzionate e (aggiungiamo noi) senza alcuna riserva (cfr. doc. _); Per quanto attiene alla domanda N° 2 vi possiamo confermare che né il Consiglio di Stato né le due parti contraenti (FTAM e le due cliniche) hanno adottato nuove disposizioni per gli interventi di cataratta e di glaucoma. Dal profilo formale ne consegue che, a nostro avviso, l'esclusione dall'accordo degli importi previsti per gli interventi di cataratta e di glaucoma effettuati nel 2000 è tuttora valida. Dal profilo sostanziale rileviamo che, di fronte al vuoto normativo, gli Assicuratori Malattia hanno onorato - a quanto ci consta - per l'anno 2000 gli interventi eseguiti per le due affezioni sopraindicate secondo gli importi a suo tempo negoziati e consegnati nell'accordo, probabilmente in relazione ad accordi aggiuntivi stipulati con i due istituti sanitari nel campo della LCA per le degenze in camera semiprivata e privata. Per una più completa vostra informazione aggiungiamo che il 23 luglio 2002 il Consiglio di Stato (doc. _), constatato che le parti non erano giunte in via diretta ad un accordo volto a stabilire tariffe definitive a decorrere dall'anno 2002, ha decretato che: "a partire dal 1° aprile 2001 è applicabile in via provvisoria il regime tariffale sottoscritto dalle parti in data 11 febbraio 2000 e approvato dal Consiglio di Stato con DE 4 ottobre 2000." (cfr. doc. _) Alla luce di tutto quanto sopra emerge che la Convenzione non è entrata in vigore, perlomeno nel periodo qui determinante, per quello che concerne gli interventi di glaucoma e cataratta. Per

cui al caso in esame, trattandosi di un intervento effettuato nel 2000 e che poteva essere eseguito ambulatoriamente, va applicato il prontuario delle tariffe mediche in ambito ambulatoriale (OMCT) allora vigente. Chiamata dal TCA ad esporre dettagliatamente le posizioni dell'OMCT di ogni singola prestazione riconosciuta, la _____ ha osservato: " (...) Come avrete sicuramente avuto modo di notare, la convenuta ha riconosciuto l'integralità della fattura emessa dalla Clinica _____ (allegato __, agli atti), ad eccezione della voce "TOTALE DIARIE", per complessivi CHF 1'500.-. Non ritorneremo pertanto sul contenuto di questa nota. Se, come sostenuto dalla _____, l'intervento di cataratta non richiedeva un'ospedalizzazione, gli onorari del medico e dell'anestesista dovranno essere ridimensionati e calcolati secondo le posizioni previste dal Prontuario delle tariffe mediche dell'OMCT, di cui troverete un estratto in annesso. Di conseguenza, il contenuto della nota d'onorario del Dr. med. _____ (allegato __, agli atti) e dell'anestesista (allegato __, agli atti) è ridefinito dalla convenuta come di seguito. Onorario ambulatoriale del medico e consulto preoperatorio: Il medico indica nella sua nota la posizione 19.74, Operazione alla cataratta, e la posizione 19.75, Supplemento per impianto di lentina. Secondo il Prontuario delle tariffe mediche dell'OMCT (annesso), la somma dei punti per queste due posizioni equivale a 900 punti. Con un valore del punto di CHF 1.20, si ottiene un montante di CHF 1'080.-. A questo montante va quindi aggiunto il costo del necessario consulto preoperatorio, previsto dalla posizione 0.01, Consultazione nello studio del medico, alla quale si aggiunge la posizione 0.17, Supplemento per la prima consultazione in caso di un nuovo trattamento. Secondo il Prontuario delle tariffe mediche dell'OMCT, la somma dei punti per queste due posizioni equivale a 26 punti, per un montante di CHF 31.20. La convenuta non ha ritenuto in fine la voce "ASSISTENZA OPERATORIA" in quanto non necessaria per interventi non gravi e non prevista per un'operazione eseguita ambulatoriamente. Onorario ambulatoriale per le prestazioni dell'anestesista: L'anestesista indica nella sua nota l'utilizzo della posizione 0.01, Consultazione nello studio del medico, e della posizione 0.21, Supplemento per l'indagine anamnestica di uno o più sistemi in aggiunta ai contenuti della consultazione ordinaria. Secondo il Prontuario delle tariffe mediche dell'OMCT, la somma dei punti per queste due posizioni equivale a 41 punti, per un montante di CHF 49.20. A questo montante va quindi aggiunto il costo dell'anestesia eseguita dal medico specialista FMH in anesthesiologia, prevista dalla posizione 10.08. Secondo il Prontuario delle tariffe mediche dell'OMCT, questa posizione vale 100 punti, per un montante di CHF 120.-. Per quanto concerne lo scritto 26 giugno del ricorrente occorre ricordare, come già chiaramente spiegato nella nostra lettera 20 giugno, l'esistenza della Circolare 45/2000 emanata dalla FTAM. Tale circolare, come confermatoci negli scorsi giorni dal Signor _____, è tuttora valida. E' vero quindi che la _____ ha sottoscritto l'accordo tariffale in questione, che era stato negoziato dalla FTAM e a tutt'oggi mantiene la sua validità. Questo accordo era tuttavia stato approvato ad eccezione degli importi previsti per cataratta e glaucoma. Inoltre, non corrisponde al vero affermare che il forfait stabilito, ma non approvato né dalla FTAM né dalla _____, per le operazioni della cataratta in camera comune concedeva direttamente il diritto al paziente di vedersi rimborsare la degenza. Infatti, qualora la convenuta avesse idealmente accettato il discusso montante, essa non avrebbe esitato ad analizzare sistematicamente ogni operazione alla cataratta al fine di giustificare il reale bisogno di ciascuna di essere effettuata in modo stazionario. In caso di assenza della reale necessità medica dell'ospedalizzazione, la convenuta avrebbe applicato la tariffa stabilita per l'operazione ambulatoriale." (cfr. doc. __) Da parte sua l'assicurato ha affermato: " in via

preliminare riconfermo la mia tesi consegnata nel ricorso del 7 marzo 2002 e che conclude per il riconoscimento della degenza ospedaliera avvenuta nei giorni 11 e 12 dicembre 2000 presso la Clinica _____ per un intervento di cataratta e di conseguenza l'obbligo per la _____ di versare tutte le prestazioni previste dalla assicurazione di base LAMal (art. 25) e quelle dovute in virtù delle assicurazioni complementari rette dalla LCA. Nella denegata ipotesi che la mia richiesta principale non fosse accolta. a) Propongo in via subordinata che la cassa mi rappresenti davanti al Tribunale arbitrale nella lite contro i fornitori di prestazioni in questione per il recupero degli importi eccedenti la tariffa rimborsatami dalla _____ e ciò conformemente a quanto previsto dall'art. 56 e dall'art. 89 cpv. 3 LAMal; b) formulo in via ancora più subordinata le seguenti osservazioni in merito alle tariffe applicabili per intervento di cataratta eseguito in ambulatorio: - medico: la _____ non considera l'onorario dovuto al medico per la cura postoperatoria che dovrebbe quindi essere ancora quantificato; - anestesista: secondo il prontuario, inviato dalla _____, l'anestesista ha diritto al 50% della Tassa operatoria, vale a dire la metà dei fr. 1'080.- riconosciuti all'operatore dalla _____; è quindi arbitrario sostenere come fa la _____ che l'importo da riconoscere sarebbe di fr. 120.-, infatti, quest'importo rappresenta la tassa minima riconosciuta per l'anestesia per piccoli interventi". (cfr. doc. _) Con scritto 20 agosto 2002 la Cassa ha rilevato: " (...) Per rispondere al punto b) della pregevole presa di posizione del Signor _____, l'onorario medico dovuto alla cura postoperatoria eseguita presso lo studio medico del Dr. med. _____ verrebbe senza problema riconosciuto dalla _____ e da lei assunto come si trattasse di una normale visita medica di controllo (a tariffa OMCT). Per quanto riguarda l'anestesista, a ragione l'assicurato nota che il prontuario prevede una remunerazione dell'anestesista pari al 50% del costo dell'operazione riconosciuto al medico. Egli dimentica tuttavia che questo montante spetta all'anestesista solamente in caso di operazione stazionaria . Avendo la convenuta contestato la reale necessità medica della degenza, essa ha applicato l'importo per gli interventi semplici eseguiti ambulatoriamente. (...) Per quanto concerne la Convenzione tra la Clinica _____, e _____, da un lato, e la FTAM, dall'altro, quanto sostenuto dal ricorrente in coda alla sua presa di posizione trova pronta smentita nella lettera di _____, del 31 luglio. Si ricorda infatti come la _____ abbia aderito alla modifica delle tariffe con le summenzionate cliniche, ben sapendo che gli importi previsti per la cataratta e il glaucoma , non avendo ricevuto l'avallo del Consiglio di Stato, erano esclusi dall'accordo . La stessa _____ conferma l'esclusione dall'accordo degli importi previsti per i menzionati interventi. Per colmare questa lacuna contrattuale, la convenuta ha applicato esclusivamente la diaria onnicomprensiva per la camera comune, nei casi medicalmente giustificati, di un montante di CHF 500.-." (cfr. doc. _) Infine l'insorgente ha ribadito: " (...) È infine manifestamente in errore la _____ quando afferma che la prestazione dell'anestesista verrebbe onorata esclusivamente "in caso di operazione stazionaria". È invece vero il contrario: l'anestesia è riconosciuta anche per interventi ambulatori, prova ne sia il fatto che la tariffa applicabile in ambiente ospedaliero è quella indicata dal prontuario delle prestazioni mediche ambulatoriali ." (cfr. doc. _) Esaminando la nota d'onorario del medico Dr. _____ (doc. _), risulta che lo specialista ha innanzitutto indicato le posizioni 19.74/75, inerenti l'operazione alla cataratta. Questo intervento viene retribuito 700 punti (posizione 19.74 OMCT) e il supplemento per impianto di lentina intracamerulare con 200 punti (posizione 19.75); considerato il valore del punto a fr. 1,20, il totale del rimborso raggiunge fr. 1'080 (900 X 1.20). Come rileva la Cassa, esclusa l'assistenza operatoria, va inoltre aggiunto il costo del consulto

preoperatorio, ossia la consultazione nello studio medico (posizione 0.01 OMCT) e il supplemento per la prima consultazione previsto dalla posizione 0.17 OMCT, per un totale di 26 punti ed un ammontare di fr. 31.20. Per cui, rettamente la Cassa ha rimborsato complessivamente fr. 1'111.20. Va qui rammentato come, nella sentenza 3 gennaio 2001 in re H (K103/00) il TFA ha escluso il cumulo di fatturazione tra l'intervento intra-oculare semplice e quello complesso. Circa l'anestesista invece, va rilevato che lo specialista nella propria nota d'onorario (doc. _) prevede le posizioni 0.01 (consultazione nello studio del medico) e 0.21 (supplemento per l'indagine anamnestica) per un totale di 41 punti pari a fr. 49.20. Inoltre va ancora aggiunto il costo dell'anestesia eseguita dal medico specialista FMH in anesthesiologia, conformemente alla posizione 10.08. L'insorgente contesta il calcolo della Cassa, che ha preso in considerazione unicamente 100 punti, poiché l'OMCT prevede di applicare il 50% della tariffa del medico. In data 2 settembre 2002 il TCA ha chiesto a _____ quanto segue: " il nostro Tribunale è chiamato a statuire in merito ad una causa nella quale deve essere applicato il prontuario delle tariffe mediche, tariffa OMCT. Si tratta in particolare di applicare la posizione 10.08 per l'anestesia eseguita da un medico specialista FMH in anesthesiologia o in possesso di una formazione equivalente. Ai fini della vertenza vi chiediamo di voler precisare cosa significa esattamente "50% T. O. min 100 punti" e di specificare se questa indicazione (50% T. O. min 100 punti) vale pure per gli interventi eseguiti ambulatoriamente o unicamente per le operazioni stazionarie." (cfr. doc. _) In risposta _____ ha affermato: " (...) Domanda 1 La posizione del Prontuario delle tasse mediche N° 10.08 Anestesia eseguita da un medico specialista FMH in anesthesiologia o in possesso di una formazione equivalente è applicata nel seguente modo: 50% della Tassa dell'operatore, ma al minimo punti 100 Esempi: 1. pos. 13.08 Escissione nodulo al seno ■ il medico operatore ha diritto ad un onorario basato su 150 punti ■ il medico anestesista ha diritto al minimo di 100 punti (il 50% di 150 = a 75 punti < al minimo di 100 punti) 2. pos. 14.05 Stripping semplice della safena magna o parva ■ il medico operatore ha diritto ad un onorario basato su 225 punti ■ il medico anestesista ha diritto al 50% di 225 nel caso punti 112.5 Domanda 2 Il Prontuario delle tasse mediche di cui trattasi è parte integrante della convenzione stipulata il 13 marzo 1996, cfr. art. 9, tuttora in vigore. L'art. 1 cpv. 2 di detto atto dichiara che le tasse concordate sono da applicare per il trattamento di ammalati in ambulatorio o a domicilio. La convenzione per contro che gli onorari per prestazioni in istituti ospedalieri convenzionati con la FTCM sono oggetto di accordi particolari (art. 1 cpv. 3)." (cfr. doc. _) Per cui in concreto, rettamente l'assicurato chiede il pagamento del 50% dell'onorario del medico. Ora, seguendo lo schema sopra indicato, nel caso concreto, rilevato che l'intervento operatorio vale 900 punti, all'anestesista vanno riconosciuti 450 punti, ossia fr. 540 (450 x 1.2). Su questo punto pertanto la decisione va modificata nel senso che l'onorario totale per l'anestesia ammonta a fr. 589.20 (540 + 49.20). Per quanto concerne le prestazioni della Clinica _____, la Cassa ha riconosciuto l'intero importo esposto di fr. 1'172.90, applicando le tariffe ambulatoriali del Catalogo delle prestazioni ospedaliere (CPO), esclusa per contro la diaria di fr. 1'500 poiché la degenza non era necessaria (doc. _). In conclusione, l'insorgente ha diritto al rimborso complessivo di fr. 2'873.30 (1'111.20 + 589.20 + 1'172.90), a cui vanno dedotte eventuali partecipazioni ai costi. La _____ deve pertanto pagare all'assicurato l'importo non ancora versato. 2.8. Infine, l'interessato, rifacendosi all'art. 89 cpv. 3 LAMal richiede, di poter di essere rappresentato nella lite contro i fornitori di prestazioni, nella misura in cui le sue pretese non fossero accolte. Per l'art. 89 cpv. 1 LAMal le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal tribunale arbitrale. Il cpv. 2 prevede che è competente il

tribunale arbitrale del Cantone di cui è applicabile la tariffa oppure del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente. Giusta l'art. 89 cpv. 3 LAMal il tribunale arbitrale è pure competente se l'assicurato è debitore della rinumerazione (sistema del terzo garante, art. 42 cpv. 1); in tal caso, l'assicuratore lo rappresenta a proprie spese. Ogni cantone designa un tribunale arbitrale. Il tribunale si compone di un presidente neutrale e, in numero uguale, di una rappresentanza di ciascuno degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni. I Cantoni possono affidare i compiti di tribunale arbitrale al tribunale cantonale delle assicurazioni; in tal caso, detto tribunale è completato da un rappresentante di ciascuna delle parti (cpv. 4). Il cpv. 5 prevede che il Cantone disciplina la procedura, che dev'essere semplice e spedita. Il tribunale arbitrale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per il giudizio; esso assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Infine, per il cpv. 6 le sentenze, motivate e provviste dell'indicazione del rimedio giuridico e dei nomi dei membri del tribunale, sono notificate per scritto. Nel caso di specie il TCA non è competente per esprimersi in merito alle richieste dell'insorgente circa la rappresentazione nella lite contro il fornitore di prestazioni. Su questo punto il gravame si rivela irricevibile e gli atti vanno trasmessi al Tribunale arbitrale, competente in materia, affinché statuisca sulle domande dell'assicurato (cfr. consid. 1.2 e 1.3).

B. Assicurazioni complementari 2.9. Oltre all'assicurazione di base, _____ era assicurato presso la _____ anche per talune complementari (assicurazione delle cure medico-sanitarie _____, assicurazione delle spese d'ospedalizzazione, reparto semiprivato in tutta la Svizzera negli ospedali che hanno ricevuto un mandato di prestazioni da un Cantone, assicurazione complementare d'infortunio per le cure e assicurazione complementare per le cure dentarie). In merito la Cassa osserva che, non essendo dati i requisiti posti dalla LAMal afferenti la necessità di un intervento stazionario vengono a mancare le premesse per la copertura da parte di un'assicurazione complementare. In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi per la degenza ospedaliera anche in base alle assicurazioni complementari, vanno esaminate le condizioni generali e complementari dell'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (reparto semiprivato in tutti gli ospedali in tutta la Svizzera, a condizione che figurino nell'elenco compilato dal Cantone e dispongano di un suo mandato di prestazioni) nella versione in vigore nel 2000. Per l'art. A23 lett. c CGA non vi è copertura assicurativa per i costi di un trattamento inefficace, inadeguato, o non economico. Sono considerate misure mediche non economiche quelle che non si limitano a quanto necessario nell'interesse della persona assicurata e a fini terapeutici. L'efficacia deve essere comprovata mediante metodi scientifici. 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. Poiché quindi in ambito LAMal questa Corte non ha riconosciuto la necessità della cura stazionaria, le medesime conclusioni devono essere tratte per quanto riguarda l'assicurazione complementare in esame. La petizione dev'essere quindi respinta.

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