

## **TI\_GERICHTE 36.2002.67 vom 21. Mai 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-05-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.67)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.67 du 21 mai 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.67 del 21 maggio 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 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. 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 e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare: - per la lett. a: gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica; - per la lett. b: le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico; - per la lett. e: la degenza nel reparto comune di un ospedale. 2.2. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25ss sono specificati all'art. 32 LAMal. Questo disposto precisa che le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. 2.3. Giusta l'art. 49 cpv. 3 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dell'art. 49 cpv. 1, 2 e 3 finchè il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art. 50. Secondo questo disposto, in assenza di una convenzione prevedente remunerazioni forfettarie, l'assicuratore assume, per le degenze in caso di cura, le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (SVR 2000 KV 40 c. 2, pag. 124; SVR 3/2001 KV 15 pag. 39; 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. K.) Nella sentenza SVR 2000 citata il TFA rammenta come: " 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 maladif 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, si l'assuré n'est pas malade au sens de la loi sur l'assurance-maladie ou si l'ensemble du traitement médical et des autres soins nécessités par sa maladie ne justifie pas un séjour à l'hôpital (ATF 115 V 48 consid. 3b/aa; RAMA 1991 no K 863 p. 78 consid. 2a et la jurisprudence citée). Il est admis que cette jurisprudence conserve toute sa valeur sous le régime de la LAMal en ce qui concerne les établissements et leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal (ATF 125 V 179 consid. 1 b; RAMA 1998 no KV 34p. 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). Cette jurisprudence, en effet, constituait du temps de la LAMA un cas d'application des principes de l'économie et du caractère approprié du traitement (art. 23 LAMA; art. 21 al. 1 Ord. III; cf. ATF 125 V 98 consid. 2), qui trouvent désormais leur expression à l'art. 32 al. 1 LAMal, relatif aux conditions générales de la prise en charge des frais de soins (voir aussi l'art. 49 al. 3 LAMal)." 2.4. Va ancora rilevato che l'art. 41 cpv. 1 LAMal, che garantisce all'assicurato la libertà di scelta tra gli stabilimenti ospedalieri svizzeri, non gli permette di entrare o di rimanere, in caso di cura ospedaliera, in uno stabilimento concepito per trattare dei malati necessitanti di cure intense quando potrebbe essere curato convenientemente in uno stabilimento attrezzato più semplicemente e più economicamente. L'assicurato può scegliere il luogo della cura ospedaliera, beneficiando così delle prestazioni corrispondenti, solo fra gli stabilimenti ospedalieri e fra i servizi degli stabilimenti, destinati alle categorie di malati, di cui fa parte dal punto di vista medico (art. 56 LAMal; cfr. art. 23 LAMI). Data la necessità di una cura stazionaria, va, dunque, ancora operata una differenziazione fra i diversi istituti di cura: gli assicuratori assumeranno soltanto le spese relative al genere di istituto o reparto ospedaliero adeguato alla cura della malattia di cui l'assicurato soffre (DTF 101 V 72ss; RDAT 1988 N. 82 p. 248ss). In particolare, il TFA ha avuto modo di precisare che la mancanza di letti in un istituto di cura adatto non può essere ritenuta per la determinazione dell'obbligo contributivo di una cassa: " Ebenso hat der spitalbedürftige Versicherte nicht mehr als die gesetzlichen bzw. statutarischen Leistung zugute, wenn er gezwungenermassen in einer teuren Klinik

hospitalizzati werden muss, weil in der Heilanstalt oder in der Spitalabteilung, die vom medizinischen Standpunkt aus genügen würde und billiger wäre, kein Bett frei ist. Ferner hat die Kasse nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil z.B. kein Platz in einem geeigneten und für den Versicherten genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (BGE 115 V 48 f. Erw. 3b/aa; vgl auch BGE 120 V 206 Erw. 6a). ...” (STFA 26.11.1998 in re E.F e H.F. c. Konkordia pubbl. in DTF 124 V pag. 362 e seg. e RAMI 1/1999 pag. 31 e seg.)

2.5. Gli art. 35 - 40 LAMal indicano i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria. Per quanto riguarda le cure stazionarie, l'art. 39 precisa che gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se: a) garantiscono una sufficiente assistenza medica; b) dispongono del necessario personale specializzato; c) dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali; d) corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati; e) figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.

2.6. Giusta l'art. 2 cpv. 2 dell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della LAMal, i Cantoni dovevano approntare la pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero nonché gli elenchi giusta l'art. 39 LAMal entro il 1. gennaio 1998. A norma dell'art. 101 cpv. 2 prima parte LAMal, fintanto che non è compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'art 39 cpv. 1 lett. e, gli stabilimenti di cura o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto. Su questo punto si veda la decisione incidentale del Dipartimento federale di giustizia e polizia del 3.4.1998 sul ricorso promosso dalla FTAM contro il decreto esecutivo n° 104 del 17.12.1997 del Consiglio di Stato inerente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria in cui si legge, al punto 4, in particolare che: " ... l'art 101 cpv. 2 resta applicabile anche oltre il 1° gennaio 1998 nella misura in cui entro tale data la lista ospedaliera non sia ancora stata pubblicata o, come nella fattispecie, non sia ancora cresciuta in giudicato. Il termine previsto dall'art 2 cpv. 2 dell'Ordinanza è quindi da considerare come un termine d'ordine e non perentorio ...”

2.7. Nel caso di specie la Cassa malati, per giustificare la non assunzione dei costi della degenza della ricorrente, si prevale anche di una sentenza del Consiglio federale (CF) del 3 maggio 2000. Il Consiglio federale in tale data ha deciso sul ricorso presentato dalla FTAM contro il citato decreto esecutivo del 17 dicembre 1997 del Consiglio di Stato del Canton Ticino (DE). L'Esecutivo federale si è così espresso (sottolineature del redattore): " (...) 5. Oggetto del litigio della presente procedura è unicamente la parte della lista concernente gli ospedali situati in Ticino. In effetti, già nello scritto ricorsuale la FTAM aveva fatto riferimento esclusivamente alle strutture ospedaliere cantonali e anche nel seguito della procedura non vi sono stati riferimenti particolari per quanto attiene le strutture fuori Cantone. La presente decisione si limiterà quindi ad analizzare la pianificazione e la lista concernenti gli ospedali ticinesi. Ciò significa che nulla osta all'entrata in vigore, con la presente decisione, della lista degli ospedali extra-cantionali (contestata da due cliniche situate fuori Cantone), indipendentemente dall'esito della presente procedura. (...) 17. Non è intenzione del Consiglio federale giustificare le lacune della pianificazione semplicemente sulla base di

determinate particolarità della situazione ticinese. Sarebbe però al contempo sbagliato ignorare simili aspetti ed annullare il primo punto della situazione effettuato dal CdS con la pianificazione ospedaliera, visti anche gli sforzi intrapresi parallelamente ad esempio per quanto riguarda la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (v. Messaggio n. 4920 del 15.9.1999 del Dipartimento delle opere sociali). Benché insufficiente, la pianificazione ospedaliera rappresenta una valida base di discussione per i vari partner della sanità ed un annullamento tout court della lista rischierebbe di disperdere un patrimonio di informazioni comunque utile, ritardando quindi il lavoro per apportare i necessari correttivi. Il Consiglio federale ritiene pertanto opportuno confermare la lista ospedaliera impugnata, prevedendo però al contempo istruzioni vincolanti per l'autorità cantonale, in modo che, entro una determinata data, possa essere realizzata una pianificazione senza le lacune citate ai considerandi precedenti ed elaborata con il contributo di tutte le parti in causa (assicuratori, fornitori di prestazioni, autorità cantonale). In particolare, l'autorità cantonale, oltre a stabilire con precisione il fabbisogno di cure ospedaliere e ad attribuire i relativi mandati di prestazioni, dovrà operare in modo tale da ridurre la disponibilità di Letti, tenendo conto anche della dimensione minima degli istituti chiamati a coprire il fabbisogno. E' evidente che, sulla base di questi elementi e nell'ottica di una riduzione del tasso d'ospedalizzazione e del conseguente contenimento dei costi, occorrerà valutare se non risulti più efficace l'esclusione dalla lista ospedaliera di taluni istituti piuttosto che il taglio lineare di posti Letto. Questa decisione del Consiglio federale non pregiudica evidentemente nulla per quanto riguarda tagli futuri di istituti e Letti, poiché non crea alcun diritto acquisito. Inoltre, essa non modifica sostanzialmente la situazione attuale, poiché praticamente tutti gli stabilimenti figuranti sulla lista hanno potuto usufruire del riconoscimento sulla base dell'articolo 101 capoverso 2 LAMaI, ivi comprese le cliniche \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in seguito a due decisioni incidentali del DFGP. Nel corso della presente procedura è del resto anche stato trovato un accordo con la FTAM per l'attribuzione di 50 posti Letto alla Clinica \_\_\_\_\_ destinati ad accogliere unicamente una casistica psichiatrica, eliminando al contempo definitivamente l'ospedalizzazione della casistica di media-lunga degenza ed ottenendo una riduzione netta della capacità totale di letti (da 87 a 50, v. lettera del 23 febbraio 1999 e decisione del 26 aprile 1999 del CdS). (...) 19. Visto quanto precede, il ricorso della FTAM del 29 gennaio 1998 può essere accolto solo parzialmente, visto che viene respinta la conclusione volta ad annullare la lista ospedaliera impugnata, ma che, sulla base degli argomenti fatti valere dall'insorgente stessa, viene accolta la richiesta di rinviare la causa al CdS con istruzioni vincolanti. Il decreto esecutivo del 17 dicembre 1997 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMaI viene quindi confermato ed entra in vigore con la presente decisione. L'incarto torna tuttavia al CdS affinché la pianificazione e la relativa lista ospedaliera vengano corrette e completate, entro il 30 giugno 2001, ai sensi dei considerandi della presente decisione e delle osservazioni formulate dall'UFAS durante la relativa procedura. (...)

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