

TI_GERICHTE 36.2002.70 vom 12. Juni 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-06-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.70

FR: TI_GERICHTE 36.2002.70 du 12 juin 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.70 del 12 giugno 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 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 Leistunge zugute, wenn er gezwungenermassen in einer teuren Klinik hospitalisiert 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. In concreto dagli atti risulta che l'assicurata è affetta, dal 1974, da una schizofrenia d'innesto in oligofrenia di grado medio (doc. _). A causa delle esacerbazioni delle sue crisi psicotiche la paziente ha ottenuto un grado d'incapacità lavorativa del 100%. Essa è stata ricoverata dal 27 gennaio 1999 presso la Clinica psichiatrica _____ (doc. _), per poi essere trasferita al _____ in data 21 dicembre 2000. La Cassa rifiuta il pagamento dei costi della degenza presso la Clinica psichiatrica dal 16 settembre 2000, ritenendo che l'insorgente poteva essere trasferita presso il _____ già a partire da quella data, trattandosi di un caso cronico. A proposito del ricovero presso la Clinica di _____, il 5 luglio 2001 il Medico capo del Servizio della Clinica psichiatrica _____, Dr. med. FMH _____ e la Dr.ssa _____ con lettera al tutore dell'assicurata hanno affermato che: " Lei ci informa che la Cassa Malati di _____ non ritiene caso acuto la degenza al 16.09 al 20.12.2000. Durante tale periodo la paziente ha presentato una riacutizzazione della malattia e ciò non le ha permesso di rispettare le regole del reparto e del piano terapeutico. Bisognava regolarmente stimolarla nelle semplici attività, dimostrava uno stato depressivo ed il suo desiderio era di trascorrere le giornate a letto. Non mostrava nessuna critica rispetto alla propria malattia. Era aggressiva ed impulsiva nei confronti degli operatori e di altri utenti. Più volte ha dimostrato atteggiamenti disinibiti, per cui in tale

periodo, come in quello precedente, la p.te ha avuto una riacutizzazione psicotica che non ha permesso la dimissione. Vedendo che nel periodo citato la p.te ha presentato disturbi a livello fisico, presentando importanti metrorragie con anemizzazione ed in seguito stanchezza aumentata, per cui la p.te ha dovuto eseguire visite ginecologiche ed è stata introdotta una terapia a base di ferro. Vedendo la situazione complessa dal punto di vista fisico e psichico, riteniamo che nel periodo da voi indicato la p.te è da considerare come caso acuto." (cfr. doc. _) Da parte sua il medico di fiducia della Cassa ha osservato: " Frau _____ leidet an einer Schizophrenie und musste seit 1996 während längerer Zeit mehrmals hospitalisiert werden. Die gegenwärtige Spitalbehandlung begann am 27. Jan. 1999 und wurde als Hospitalisation auf der Akutabteilung bis 30. Juni 2000 garantiert. 1 Woche vor Ablauf wurde uns mitgeteilt, dass eine Entlassung nicht möglich sei. Wir haben daraufhin der Klinik mitgeteilt, dass wir, falls die Patientin weiterhin spitalbedürftig bleibe nur noch gemäss Tarif für chronisch Kranke bezahlt würde. Am 11. August 2000 erhielten wir Bescheid, dass die Patientin immer noch hospitalisiert sei. Eine persönliche telefonische Erkundigung ergab, dass die Patientin auf dem Weg der Besserung sei und mit einer Entlassung in kurzer Zeit zu rechnen sei. In Würdigung dieser Umstände haben wir die Akuthospitalisation bis 15. September 2000 verlängert, immer in der Annahme, dass die Entlassung unmittelbar bevorstehen würde. Ohne uns zu informieren und ohne eine weitere Kostengutsprache einzuholen, wurde die Patientin erst am 20. Dezember entlassen. Wir bestreiten nicht, dass eine Behandlung unter Spitalbedingungen indiziert war, wir sind aber überzeugt, dass nach 597 Tagen Behandlung (27. Jan 1999 bis 15. Sept. 2000) auf der Akutabteilung der Zeitpunkt einer Verlegung auf die Chronikerabteilung mehr als gerechtfertigt war. Die Behandlung von Frau _____ bestand gemäss Mitteilung vom 5. Juli 2001 in Massnahmen, die alle ebenfalls auf einer Chronischkranken Station durchführbar sind. Aggressivität und Impulsivität erfordern eine ärztliche Ueberwachung und Behandlung, die jederzeit auch auf einer Abteilung für Chronisch kranke Patienten vorgenommen werden kann, da entsprechenden Erfahrungen mit den für die Patientin wirksamen Medikamenten vorliegen müssten. Eine weitere im Bericht erwähnte Begründung zur Hospitalisationsverlängerung: die Metrorrhagie und anaemisierende Blutungen erfordern ein gynäkologisches Konsilium und eine Behandlung mit Fe-Präparaten. Dies ist meines Erachtens kein Grund zur Fortsetzung der Akutbehandlung, da falls eine erhebliche Blutung bestanden hätte, eine Verlegung auf die gynäkologische Abteilung hätte stattfinden müssen, und dort wäre die Patientin nach wenigen Tagen entlassen worden. Ausserdem zeigt die Behandlung mit Eisenpräparaten, dass man genügend lange warten konnte bis der Blutaufbau stattgefunden hat. Hätte es sich um einen schweren Blutverlust gehandelt wären intravenös applizierte Blutkonserven zwingend notwendig gewesen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, was hier nicht notwendig war. Die Metrorrhagie ist damit keine Indikation die Patientin noch weitere 96 Tage als Akutpatientin zu betrachten. Ich empfehle der _____ die Hospitalisation auf der Akutabteilung auf die gemäss Kostengutsprache garantierte Zeit vom 27. Jan. 1999 bis zum 15. Sept. 2000 zu begrenzen. Ich bedaure auch, dass trotz klaren Vorgaben im KVG sich gewisse Kliniken erst hinterher um die verlangten Kostengutsprachen bemühen." (cfr. doc. _) Dalle considerazioni del medico fiduciario sembrerebbe che lo stato dell'assicurata già dal 16 settembre 2000 poteva consentire un suo trasferimento presso il _____. Tuttavia, rispondendo alle domande postegli dal TCA, il Dr. med. _____ e la Dott.ssa _____ hanno disegnato un quadro diverso sostituendo l'apparente stato di stabilità dell'assicurata con uno stato che rimaneva ancora sostanzialmente labile e soggetto a crisi

ripetute. In particolare il TCA ha chiesto quanto segue: " 1. Descriva, in modo dettagliato, lo stato di _____ nel periodo dal 16 settembre 2000 al 20 dicembre 2000. Descriva in particolare le diverse manifestazioni cliniche della malattia, in particolare circa la riacutizzazione della malattia che non avrebbe permesso alla paziente di rispettare le regole del reparto e del piano terapeutico, e di cui Lei parla nella lettera del 5 luglio 2001 al tutore, sig. _____ (doc. _ qui allegato). 2. Quali cure sono state offerte alla paziente in quel periodo? Le elenchi in modo dettagliato. 3. Per quale motivo la riacutizzazione psicotica della malattia non ha permesso un trasferimento della paziente dal 16 settembre 2000 al _____? Queste manifestazioni, e le metrorragie con anemizzazione che ha presentato in quel periodo, non potevano essere curate nell'ambito del trattamento offerto agli ospiti del _____? Motivi dettagliatamente la sua risposta. 4. Lo stato della paziente era, dopo il 16 settembre 2000, suscettibile di miglioramento? Se sì, in che cosa consisteva tale speranza di miglioramento? 5. Osservazioni." (cfr. doc. _) I professionisti hanno così risposto: " (...) 1. Lo stato di _____ nel periodo dal 16 settembre 2000 al 20 dicembre 2000 era senz'altro fortemente disturbato dal punto di vista psichico, con dei momenti di instabilità importante, del tipo stati depressivi, e dei momenti di agitazione e di aggressività. Questa instabilità e interpretatività, nota con momenti di rabbia e aggressività, era il momento di riacutizzazione della malattia, cioè momento in cui la paziente diventava poco collaborante e non riusciva a rispettare le regole del reparto. La paziente inoltre passava periodi in cui stava a letto delle giornate, per poi avere dei periodi in cui, dormendo poco, non riusciva a riprendere l'attività lavorativa (piano terapeutico). 2. Cure effettuate in quel periodo: - colloqui di sostegno - psicoterapia - psicofarmacoterapia - lavoro protetto, con l'intenzione di stimolarla a mantenere i ritmi durante la giornata 3. Dal reparto acuto al _____, il paziente viene sempre trasferito piuttosto nella fase subacuta o cronica della malattia, visto che nella struttura non c'è presenza medica continua. Chiaro che il problema ginecologico - metrorragie con anemizzazione - che la paziente ha presentato nello stesso periodo, potevano essere curate nell'ambito del trattamento offerto agli ospiti del _____. 4. Vista la grande instabilità in una paziente fortemente disturbata, abbiamo senz'altro sperato che con le cure nel reparto acuto di psichiatria la paziente potesse raggiungere una certa stabilità e migliorare il suo rapporto con gli altri utenti, come pure il suo comportamento nel reparto. 5. In conclusione, visto lo stato di instabilità maggiore nella paziente, abbiamo ritenuto necessario di continuare la cura in un reparto di psichiatria acuta dal 16 settembre 2000 al 20 dicembre 2000, vista la continua presenza medica e infermieristica. Appena lo stato psichico della paziente ci ha permesso un trasferimento presso le strutture del _____, abbiamo proceduto allo stesso." (cfr. doc. __, sottolineature del redattore) Il TCA ha offerto alle parti la possibilità di presentare osservazioni scritte in merito (doc. _). Mentre l'insorgente ha indicato di non avere ulteriori osservazioni, la Cassa ha indicato: " (...) Non ritorneremo con la presente sul quadro giuridico che regge la fattispecie, quadro già ampiamente presentato con la decisione su opposizione 12 giugno e la risposta di causa 13 agosto 2002, largamente ispirate alla DTF 127 V 43. Ci permettiamo pertanto sollevare le presenti osservazioni scritte, che poggiano sulle riflessioni del medico di fiducia della cassa (annesso), alle risposte fornite dalla Dott.ssa _____. Dalla risposta alla prima domanda si apprende che durante il periodo litigioso lo stato generale dell'assicurata appariva ancora fortemente disturbato. Questa instabilità avrebbe fornito all'_____ il motivo per prolungare l'ospedalizzazione acuta. Il Dr. med. _____ osserva che la garanzia dei costi rilasciata dalla convenuta, e che copre un periodo totale di 597 giorni di ospedalizzazione acuta, appare eccezionale.

Nella prassi normale, infatti, dopo i primi tre mesi di ospedalizzazione si richiedono dei controlli e dei certificati medici intermediari che permettono di valutare la continuazione delle cure in un reparto riservato a dei malati acuti. Il medico osserva che nella fattispecie dei prolungamenti sono stati accordati a più riprese. A scadenze regolari vi erano dei contatti scritti e telefonici tra l'istituto curante e l'assicuratore, i quali davano la Signora _____ sulla via di un miglioramento, lasciando sperare in una prossima dimissione per integrare il _____. La _____ si è sempre mostrata sensibile alla problematica dell'assicurata. Potendo contare su regolari contatti, la convenuta aveva concesso una garanzia per i costi legati all'ospedalizzazione acuta fino al 15 settembre 2000. Forza è constatare, purtroppo, che la grande pazienza dimostrata dall'assicuratore è stata calpestata dalla totale mancanza di informazione che, per ben 96 giorni, ha lasciato credere alla convenuta nell'avvenuto trasferimento della ricorrente presso una struttura per malati cronici, come più volte assicurato dall'_____. In realtà, senza avvisare tempestivamente che il trasferimento non poteva aver luogo, l'ospedalizzazione come caso acuto della Signora _____ è continuata indisturbata sino quasi a Natale, e questo malgrado una timida reazione della Sezione __, _____, che attirava l'attenzione dell'istituto sulla mancanza di garanzia (allegato __, agli atti). Ricordiamo a tale proposito che l'art. 8 cpv. 2 della convenzione che lega l'_____ agli assicuratori malattia prevede che "le fatture devono essere redatte conformemente alle garanzie prestate dall'assicuratore". A distanza di due anni, risulta chiaramente impossibile verificare quanto affermato dalla Dott.ssa _____ nella seconda parte della prima risposta, così come le cure che, stando alla seconda domanda, sarebbero state effettuate nel periodo litigioso. Il medico di fiducia della cassa non nasconde una certa perplessità. Messo di fronte al fatto compiuto, egli si trova infatti con le mani legate, non potendo definire oltre la portata ed il peso di quanto sostenuto oggi dall'_____. Questo sentimento di dubbio, unito al modo di agire dell'istituto chiaramente contrario a quanto avrebbe imposto la buona fede, è ancora rinforzato dal contenuto della seconda parte della terza risposta. Risulta infatti in una lettera del 5 luglio 2001 (allegato __, agli atti), che nel periodo contestato la Signora _____ presentava dei disturbi a livello fisico che avrebbero spinto l'_____ a continuare a considerare il caso come acuto. Oggi si riconosce invece che questo problema dovuto a delle metrorragie con anemizzazione poteva essere curato nell'ambito del trattamento offerto agli ospiti del _____. Quid? Nell'annesso, il Dr. med. _____ conclude al non rispetto da parte dell'istituto alle assicurazioni date circa un rapido trasferimento della ricorrente in una struttura per malati cronici. Questo sarebbe contrario alla buona fede e rappresenterebbe una violazione degli obblighi imposti dalla LAMal e dalla convenzione poc'anzi citata, le quali sanciscono l'importanza della garanzia a copertura dei costi dell'ospedalizzazione. E' innegabile che l'_____ fosse a conoscenza di questa pratica. Il suo comportamento adottato prima del 16 settembre 2000 lo dimostra chiaramente. Purtroppo, nel periodo dal 16 settembre al 20 dicembre 2000 nessuna richiesta nel senso di un prolungamento della degenza come caso acuto, né alcun rapporto attestante lo stato della paziente, così come oggi lo si descrive nelle risposte 4 e 5, è stato inoltrato alla _____, privando la convenuta, confrontata ad un'ospedalizzazione acuta estremamente lunga, della possibilità di procedere ad un qualsiasi controllo, così come di chiedere ad un esperto neutro un secondo parere. La mancanza assoluta di trasparenza dimostrata dall'_____ getta parecchie ombre sul contenuto e sulla veridicità di quanto affermato nel documento 14 ottobre 2002, così come sulla sua forza probatoria." (cfr. doc. __) Nell'allegato scritto del medico di fiducia della Cassa emerge quanto segue: " Mit

großem Erstaunen nehmen wir zur Kenntnis, dass jetzt eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes Grund der Verlängerung der Hospitalisation war. Die von uns erteilte Kostengutsprache von insgesamt 597 Tage Akuthospitalisation ist außergewöhnlich. In der Regel wird nach 3 Monaten eine Ueberprüfung vorgenommen, ob eine Akuthospitalisation noch gerechtfertigt ist. Im vorliegenden Fall wurde eine Verlängerung mehrmals gestattet. Dies geschah aber nur auf Grund von schriftlichen und telefonischen Zusagen; dass der Zustand von Frau _____ eine baldige Entlassung rechtfertige. Wir zeigten uns besonders entgegenkommend und gestatteten eine Kostenübernahme bis 16.9.2000 als Akuthospitalisation. Leider wurde unsere fast endlose Geduld missbraucht und ohne uns zu informieren, dass eine Entlassung nicht stattfinden konnte und ohne eine Verschlimmerung uns bekannt zugeben blieb die Patientin weiterhin hospitalisiert bis kurz vor Weihnachten. Jetzt 2 Jahre später wird uns berichtet, der Zustand hätte sich nicht verbessert, weshalb eine Verlängerung der Hospitalisation unumgänglich gewesen sei. Dieses Verhalten können wir nicht nachvollziehen und müssen Zweifel an der Darstellung hegen. Es widerspricht Treu und Glaube, wenn eine Abmachung nicht eingehalten wird und man sich über Vorschriften, die der Gesetzgeber verlangt hat hinwegsetzt. Jede Hospitalisation verlangt eine vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt. Diese Praxis war der Klinik hinreichend bekannt und wurde immer wieder praktiziert. Weshalb aber in der Zeit vom 16.9. bis 20. Dez. 2000 weder ein Gesuch um Fortsetzung der Hospitalisation noch ein Zustandsrapport bei uns eingetroffen ist, betrachte ich als grobe Pflichtverletzung. Damit wir uns auch eine Prüfung der Spitalbedürftigkeit im Sinne einer "second opinion", wie ich sie in diesem Fall nach extrem langer Akuthospitalisation hätte durchführen lassen, wurde leider verunmöglicht, da wir ja nicht wussten, dass die Patientin noch im Spital war." (cfr. doc. _)

Va innanzitutto rilevato che effettivamente il periodo di ospedalizzazione presso la _____ è stato particolarmente lungo. Tuttavia, da una parte, va rammentato che lo stesso assicuratore è stato concorde nel considerare necessario il ricovero acuto presso la _____ dal 27 gennaio 1999 al 15 settembre 2000 e, d'altra parte, che la situazione dell'insorgente è eccezionale, considerato che l'assicurata soffre di una schizofrenia in oligofrenia di grado medio da tantissimi anni (dagli anni '70). Inoltre, se i medici curanti hanno descritto lo stato di salute dell'assicurata "solo" due anni dopo la fine del ricovero, ciò non è motivo per mettere in dubbio le loro affermazioni. Del resto, se i professionisti sono stati interpellati due anni dopo il ricovero, ciò è pure da ricondurre all'assenza di qualsiasi intervento da parte della _____ che poteva chiedere ai medici, perlomeno prima dell'emanazione della decisione formale del settembre 2001, il motivo della continuazione della degenza presso la _____. Tanto più che da una lettera del 16 novembre 2000 all'_____ emerge che la _____ era al corrente che l'assicurata era stata degente presso la _____ anche dopo il 15 settembre 2000 (doc. _). Infatti, l'assicuratore ha scritto all'_____ e, riferendosi ad una fattura per il periodo 1.9.2000 - 31.10.2000, ha affermato che " Con nostra lettera del 18.07.00 vi avevamo comunicato che a partire dal 25 luglio 2000 il caso _____ sarebbe stato trattato come cronico. A seguito di questo, vi è stato un vostro intervento con una lettera alla nostra Direzione a _____ all'intenzione del medico di fiducia. Lo stesso medico di fiducia ci comunica che vi è stato un accordo tra la nostra Direzione e l'_____ (una certa signora _____?) con il quale davamo garanzia di pagamento quale caso acuto fino al 15.09.00. Con la presente ci vediamo costretti a rifiutare il pagamento dell'allegato conteggio, invitandovi a fatturarci solo fino al 15.09.00. Dopo tale data il caso è considerato cronico ." Ancora in data 11 gennaio 2001 la _____ ha ritornato all'_____ una

fattura per la degenza 1.11.2000- 21.12.2000 (doc. _), indicando " in ritorno la fattura di 9000.- fr. per degenza dal 1.11.2000 al 21.12.2000 senza ulteriori commenti, rammentandovi soltanto la mia lettera del 16.11.00 ."a dimostrazione che la _____ non era all'oscuro della circostanza che la paziente è rimasta fino in dicembre presso la _____. La Cassa, per motivare il suo rifiuto di assunzione dei costi, cita in diverse occasioni la DTF 127 V 43, facendo intendere che da questa sentenza del TFA emergerebbero elementi a favore della sua tesi. A torto. L'Alta Corte, nella citata causa, che tuttavia opponeva un assicuratore ad un ospedale, ha stabilito che, sempreché l'assicuratore rispetti certi principi, una limitazione della durata della garanzia di pagamento (in concreto 30 giorni), che può in seguito essere prolungata sulla base delle indicazioni date dal medico curante, costituisce un mezzo adeguato per verificare la giustificazione medica di una degenza ospedaliera relativamente lunga. In concreto si trattava di tre pazienti per le quali l'assicuratore aveva rilasciato una garanzia per una degenza di 30 giorni, nella quale veniva indicato che " Si la durée de l'hospitalisation dépasse la limite indiquée ci-dessus (30 jours), le service médical concerné voudra bien adresser à l'attention de notre médecin-conseil un rapport circonstancié en vue de justifier la prolongation du séjour. A défaut, la facture sera retournée pour correction ." In tutti e tre i casi l'ospedalizzazione ha oltrepassato i 30 giorni, ma l'" hôpital a toutefois refusé de fournir à l'intention du médecin-conseil de la caisse un rapport destiné à justifier la prolongation du séjour ." (sottolineature del redattore). L'ospedale si rifiutava sistematicamente di fornire un referto agli assicuratori poiché riteneva che, limitando sistematicamente la durata del trattamento, sin dall'ammissione del paziente in ospedale, la cassa metteva in dubbio, in maniera inammissibile, l'applicazione, da parte del fornitore di prestazioni, del carattere economico delle prestazioni. Poiché la Cassa malati ha pagato unicamente i primi 30 giorni di ricovero, l'ospedale è insorto al Tribunale arbitrale, e si è visto rimborsare le fatture emesse. I primi giudici hanno in particolare rilevato che " dans le cas particulier, la pratique de la caisse ne repose sur aucune base légale, de sorte que son refus de verser des prestations pour une hospitalisation qui dépasse trente jours, en l'absence d'un rapport du médecin traitant, n'est pas conforme à la loi ." (sottolineature del redattore) I giudici cantonali hanno condannato l'assicuratore a versare le spese del ricovero ma non hanno esaminato se "une prolongation de ces séjours était ou non justifiée d'un point de vue médical ." Il TFA ha accolto il gravame della Cassa, poiché l'Ospedale si rifiutava di fornire un rapporto circa il ricovero delle pazienti, e non perché la Cassa poteva limitare la garanzia a 30 giorni. Il TFA ha in particolare affermato: " C'est dire que le procédé de la recourante s'inscrit dans le cadre du système légal, en particulier du principe de l'économie du traitement et des tâches qui sont assignées aux médecins-conseils des assureurs. La garantie de paiement donnée par l'assureur à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse vis-à-vis de cet établissement (ATF 112 V 194 consid. 3 et les références). Une limitation de la durée de cette garantie, qui peut ensuite être prolongée sur la base des renseignements fournis par le médecin traitant, est un moyen adéquat de vérifier la justification médicale d'un séjour hospitalier relativement long. Il va cependant de soi, comme le fait observer avec raison l'OFAS dans son préavis, que ce contrôle de la justification médicale d'une hospitalisation de ce type ne saurait être utilisé par les caisses pour faire échec, de manière détournée, à l'une des innovations majeurs du nouveau droit de l'assurance-maladie, à savoir la suppression de la limite temporelle prévue dans l'ancien droit en matière d'hospitalisation (art. 12 al. 4 LAMA; voir message précité, p. 133). Par ailleurs, ce contrôle doit s'exercer dans le respect de l'intérêt légitime de l'assuré, ce qui ressort d'ailleurs de l'art. 56 al. 1

LAMal, intérêt qui doit tempérer les rigueurs d'une interprétation par trop limitative de la notion de caractère économique du traitement (cf. DESCHENAUX, loc. cit., p. 536 sv). Le contrôle doit également respecter les droits de la personnalité du patient, en ce sens que les médecins-conseils ne doivent transmettre aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou motiver une décision (art. 57 al. 7 LAMal; cf. EUGSTER, op. cit., ch. 64 sv.). Enfin, le contrôle doit s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité (cf. art. 5 al. 2 CST.), qui s'applique aussi à l'activité des assureurs qui gèrent l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 LAMal), en leur qualité de détenteurs de la puissance publique (voir les art. 80 et 85 LAMal; cf aussi, par exemple, ATF 116 V 236 consid. 3b). Ainsi, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies. 4. En l'espèce, la façon de procéder de la recourante n'excede pas ces limites et le refus de l'intimée de justifier la prolongation de l'hospitalisation pour une durée supérieure à trente jours était infondé. La recourante était donc en droit de refuser de verser à l'hôpital ses prestations pour la durée des séjours en cause qui dépassaient cette limite temporelle. Le recours de droit administratif est ainsi bien fondé." (sottolineature del redattore) In concreto la situazione è diversa, nella misura in cui, interpellata dal TCA, la _____ ha fornito le spiegazioni circa il prolungamento del ricovero fino al 20 dicembre 2000. Del resto l'assicuratore, dopo aver visionato le risposte dei medici curanti dell'insorgente si è per lo più limitato a domandarsi per quale motivo solo dopo così tanto tempo sono state fornite le spiegazioni circa il prolungamento del ricovero. Ora, come già visto in precedenza, la Cassa avrebbe potuto e dovuto interpellare in precedenza i medici curanti per stabilire se nel caso concreto andavano coperti i costi della degenza. Va poi sottolineato come lo stesso assicuratore nella decisione su opposizione (doc. __, Pag. 7) afferma che " dal punto di vista medico, quanto appena sostenuto al punto 8 verrebbe a cadere se dovesse essere dimostrato che la continuazione del soggiorno in ambito ospedaliero come caso acuto era ancora necessario (DTF 117 V 49) ". Ora, a mente del TCA, dalle risposte dei medici curanti, emerge come il ricovero era necessario anche dopo il 15 settembre 2000. Dalla descrizione della degenza della paziente nel periodo contestato, risulta infatti che lo stato di salute generale di _____ era tale da necessitare, anche dopo il 15 settembre 2000 , un'assistenza medica e infermieristica che il _____ non poteva offrirle. Tale situazione è perdurata - come descritto dai curanti - fino al 20 dicembre 2000. Pensare che la cura di una patologia quale quella presentata dall'assicurata potesse essere effettuata in un _____ significa misconoscere la natura intrinseca di tale struttura pensata e organizzata non per la cura di affezioni psichiatriche suscettibili di miglioramento ma per la presa a carico di disturbi comportamentali derivanti da patologie psichiatriche ormai stabilizzate e cronicizzate. Ciò che è rilevante è che lo stato dell'assicurata necessitava sempre di un trattamento medico stazionario poiché ancora suscettibile di miglioramento. Le risposte fornite dai medici curanti di quesiti posti dal TCA appaiono convincenti siccome - a conoscenza dell'anamnesi della paziente e delle sue gravi precedenti sofferenze - essi hanno accertato in maniera completa, motivata e convincente, il sussistere della patologia diagnostica da tempo, il riacutizzarsi dei sintomi, la necessità e l'utilità delle cure per migliorare lo stato di salute non ancora - come detto - cronicizzato. L'attestazione (doc. __) indica quindi la necessità - per tutto il periodo in discussione - di un ricovero acuto per una patologia indubbiamente rilevante e seria ed a fronte dello stato della paziente. Ciò

nonostante la pregressa durata della degenza. Il parere del medico di fiducia della Cassa (doc. _) non apporta invece elementi di natura prettamente medico - specialistica atti a confutare la valutazione degli psichiatri curanti. D'altra parte non va dimenticato come il dott. _____ sia specialista in medicina interna mentre la tematica in discussione è di natura psichiatrica. Viste le attestazioni dei dott. _____ e _____ acquisita in corso d'istruttoria e la valutazione dei dottori _____ e _____ (doc. _) questo TCA ritiene dimostrata la necessità di ricovero acuto alla _____ della ricorrente per il periodo dal 16 settembre al 20 dicembre 2000. E' chiaro - e la cassa convenuta non lo contesta - che lo stato dell'assicurata richiedeva un trattamento di natura medica. Il trattamento offertole alla _____ ha avuto esito positivo, ritenuto che lo stato psichico ha avuto un miglioramento così che l'assicurata ha potuto essere trasferita, il 21 dicembre 2000, nel _____. Ritenuta la necessità di una cura stazionaria nell'ambito dell'_____ un caso quale quello dell'assicurata poteva essere curato soltanto dalla _____, unica struttura atta a curare manifestazioni patologiche suscettibili di miglioramento. Infine, circa le affermazioni della _____ concernenti la presunta violazione da parte dell'_____ delle convenzioni sottoscritte con la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (FTAM) e del principio della buona fede, va rammentato che 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. Nel caso di specie il TCA non è competente per esprimersi in merito alle censure della Cassa circa presunte violazioni delle norme da parte della _____. L'assicuratore, se lo riterrà opportuno, potrà adire il Tribunale arbitrale. 2.6. Nel proprio ricorso l'assicurata, e per essa il tutore, ha protestato le ripetibili (cfr. doc. _). La procedura ricorsuale è retta dal diritto cantonale. Tuttavia essa deve soddisfare determinati requisiti (cfr. art. 87 LAMal in vigore fino al 31 dicembre 2002 e art. 61 LPGa in vigore dal 1° gennaio 2003). Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (cfr. art. 22 della legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni [LPTCA]; vedasi per la regola e le eccezioni: DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122 e DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef, "Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand in Sozialversicherungsrecht", in SZS 1991 pag. 180 ss). L'Alta Corte riconosce un'indennità per ripetibili anche quando il patrocinio é assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata (cfr. STFA del 13 gennaio 2000 nella causa K., U 284/99, consid. 6; DTF 126 V 11; R DAT II-1993, N. 67; RCC 1992 pag. 433 consid. 2a; RCC 1985 pag. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso concreto, vincente in causa, _____ è patrocinata dal proprio tutore il quale va ritenuto persona qualificata per la questione giuridica considerata. L'assicurata ha dunque diritto a ripetibili. Alla luce di tutto quanto precede, la decisione impugnata è modificata nel senso che la _____ è condannata al pagamento della degenza dell'insorgente dal 16 settembre 2000 al 20 dicembre 2000, secondo la tariffa applicabile alla _____.

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