

TI_GERICHTE 36.2002.71 vom 6. Februar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-02-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.71_d20030206

FR: TI_GERICHTE 36.2002.71 du 6 février 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2002.71 del 6 febbraio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

sindrome ansioso - depressiva reattiva con insonnia

E. 2

colon irritabile

E. 3

Per le sole patologie organiche ritengo degenza appropriata di ca. una settimana." (cfr. doc. _) Il dott. _____, specialista FMH in medicina interna, ha quindi accertato – confermando sostanzialmente il preavviso del dott. _____ incaricato dall'assicuratore (v. doc. _) – che sia gli esami che le cure per le patologie organiche presentate dalla paziente potevano essere effettuati in via ambulatoriale. Il medico aggiunge che “una sintesi rapida ... con mezzi diagnostici simultanei” si imponeva senza concludere per la necessità del ricovero. 2.7. Dalla documentazione medica agli atti appare chiaramente che il motivo del ricovero fosse la sindrome ansioso depressiva sofferta dalla paziente. In effetti sia il certificato medico d'entrata che quello di dimissione come pure il rapporto del dott. _____ del 16 agosto 2000 indicano precisamente tale patologia. Il dott. _____ ha indicato come detta patologia unicamente giustificasse il ricovero ospedaliero. A questo proposito il dott. _____, che presso la Clinica si è direttamente occupato della paziente e che le ha reso 6 visite, ha confermato tale visione. Le patologie organiche nella sostanza non giustificavano la degenza, e potevano essere curate a livello ambulatoriale. Gli esami medici, che imponevano sintesi rapida e l'utilizzo di mezzi diagnostici simultanei, con eventuale supporto specialistico, non imponevano – come ha specificato lo stesso dott. _____ – un ricovero potendo essere eseguiti in via ambulatoriale. Il dott. _____ precisa inoltre che, anche ammettendo il ricovero per le patologie organiche, la durata dello stesso avrebbe dovuto essere decisamente inferiore alla effettiva durata del ricovero. Occorre dare seguito all'opinione del dott. _____ secondo cui “La cura delle patologie organiche poteva avvenire anche ambulatoriamente”, la stessa si fonda su una conoscenza approfondita della paziente, seguita durante la degenza, da parte di medico specialista FMH in medicina interna. Questa valutazione trova riscontro nella fattura allestita dall'amministrazione della Clinica. In essa si può rilevare come le cure prestate siano consistite principalmente nella somministrazione di medicinali antidepressivi ed ansiolitici (Ludiomil, Xanax, Tranxillum e Seropram). Per il resto la signora _____ è stata sottoposta ad esami, in parte svolti anche prima del ricovero il 29 luglio 2000. Il certificato medico datato 20 novembre 2000 del dott. _____ indica invece come il

ricovero sia stato ordinato siccome la paziente presentava "... da giorni dolori diffusi addominali, episodi di tachicardia per un sospetto di patologia tiroidea", sintomi che, d'avviso di questo TCA, potevano essere verificati ambulatoriamente. Ora, come ricordato, il dott. _____, nel suo rapporto d'uscita dalla clinica, spiega chiaramente che la "soggiacente sindrome depressiva ... a nostro avviso spiega parte dei disturbi accusati dalla paziente nelle ultime settimane". Nelle sue risposte al TCA il medico _____ ha indicato come le patologie di natura organica e psichica imponevano il ricovero (doc. __, risposte 1 e 3), precisando poi che le patologie di natura organica ad esse sole potevano essere sia valutate che curate a livello ambulatoriale (doc. __). 2.8. 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 in fine con rinvii; STFA 29.9.98 in re UAI c. F non pubbl; RAMI 2000 p. 214). 2.9. Nel caso in discussione le valutazioni del Dr. _____, anche in assenza di una visita diretta della paziente, appaiono convincenti. Il professionista è stato completo ed esaustivo nella sua indagine. Egli ha approfondito il suo esame e, come detto, ha trovato - a livello di sue conclusioni - conforto in numerose certificazioni mediche e comunicazioni agli atti, in particolare nei certificati medici di entrata e di uscita dalla Clinica _____ in cui viene indicata chiaramente la sindrome ansioso depressiva quale patologia giustificante il ricovero, nella fattura della clinica - che non dà atto di particolari cure per le patologie organiche (mentre dà atto di esami) -, nel primo rapporto (doc. __) del dott. _____ più volte citato del 16 agosto 2000 rispettivamente nelle risposte del dott. _____ alle domande dell'11 ottobre 2002 del giudice delegato. In sostanza deve essere ritenuto come, pur a fronte di collaterali patologie organiche quali l'irritazione del colon e lo struma tiroideo multinodulare con lieve ipotiroidismo, l'unica patologia che ha giustificato il ricovero stazionario in discussione è la sindrome ansioso depressiva che ha provocato i disturbi patiti dall'assicurata nelle settimane precedenti il ricovero. Le patologie organiche ad esse sole non imponevano un ricovero ospedaliero ma sarebbero state curabili in via ambulatoria. E' fuor di dubbio che, durante il ricovero durato 13 giorni, i medici hanno indagato anche le patologie di origine organica (in particolare lo struma tiroideo) curandole, ma questa circostanza da sola non giustifica l'assunzione dei costi a carico dell'assicuratore nell'ambito della copertura _____ di cui si discute. Tutti gli elementi a disposizione del giudice, e meglio la valutazione d'entrata in clinica e quella di dimissione, il rapporto d'uscita, ed il rapporto del dott. _____, come d'altra parte anche le risposte del dott. _____ al TCA indicano in maniera convergente che il ricovero ospedaliero ha avuto quale motivazione la patologia d'ordine psichiatrico oggetto della riduzione di rimborso da parte dell'assicuratore. Questo Tribunale ritiene quindi provato, con il grado della

verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211), che il ricovero della ricorrente presso la Clinica _____ dal 31 luglio al 12 agosto 2000 fosse giustificato dalla depressione di cui soffriva _____ in quel periodo. Le spese cagionate dal ricovero in reparto privato della ricorrente presso la Clinica _____ non possono quindi essere prese interamente a carico della Cassa Malati _____, in virtù della copertura complementare disciplinata dalle condizioni speciali dell'assicurazione complementare delle spese di ospedalizzazione e in particolare dall'art. 8 di tali condizioni di assicurazione. A fronte di tali patologie il rimborso della differenza tra i costi del reparto privato e quanto preso a carico dell'assicurazione obbligatoria voluta con la LAMal deve permanere a carico dell'assicurata nella misura del 50%. Non si giustifica di approfondire invece il tema relativo al paventato ritardo con cui la Cassa Malati, il 15 agosto 2000, avrebbe preso posizione sulla richiesta della clinica di garanzia per il ricovero. In effetti la garanzia che non viene prestata nei termini temporali di cui alla Convenzione che lega l'assicuratore alla Clinica comporta per l'assicuratore malattia l'obbligo di pagare la fattura "conformemente alla richiesta di garanzia" per una durata massima di 15 giorni. La ricorrente non può dedurre dalla predetta convenzione diritti in merito all'assunzione del pagamento rispettivamente all'assunzione del debito da parte dell'assicuratore malattia ed all'assenza di possibilità per lo stesso di non riconoscere, nei suoi rapporti con l'assicurato, le pretese di rimborso avanzate. In altri termini non va perso di vista che la Convenzione FTAM/Cliniche e Ospedali privati non fa che regolare i rapporti diretti tra assicuratori ed istituti di cura vincolati e non ingerisce nei rapporti tra assicurato ed assicuratore malattia in maniera diretta (in questo senso DTF 111 V 31 e 112 V 193 in fine e 194, cons. 3). La questione, come indicato, non merita ulteriore esame alla luce dell'esito dell'impugnativa. La petizione va respinta senza carico di tasse e spese alla parte attrice e senza attribuzione di ripetibili.

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