

TI_GERICHTE 36.2004.105 vom 21. Juli 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-07-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.105

FR: TI_GERICHTE 36.2004.105 du 21 juillet 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.105 del 21 luglio 2004

Regeste

condanna di una Cassa malati al pagamento delle spese di degenza di un'assicurata, quale caso acuto, presso una clinica di riabilitazione, vista l'impossibilità, nella fattispecie concreta, per la stessa di eseguire le cure di cui necessitava in via ambulatoriale. Diritto alle ripetibili

Erwägungen

E. 1

LAMal, relatif aux conditions générales de la prise en charge des frais de soins (voir aussi l'art. 49 al. 3 LAMal)." 5. 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.) 6. In concreto la vertenza ha per oggetto il pagamento delle spese cagionate dal ricovero dell'assicurata presso la Clinica _____ di _____. Nel caso di specie, emerge che l'assicurata è stata ricoverata presso la Clinica _____ di _____ dal 1° febbraio 2004 al 9 febbraio 2004, dove ha subito un intervento di artrodesi TMT 1, artroliasi MTP 1 e osteotomia MT 2 e 3 al piede sinistro (cfr. doc. 3). L'assicuratore, per questa degenza, ha

regolarmente versato le prestazioni previste dalla legge. Successivamente, l'assicurata è stata trasferita alla Clinica _____ di _____, dove è stata degente dal 9 febbraio 2004 al 17 febbraio 2004. La Cassa malati tramite uno scritto del 6 febbraio 2004 ha informato l'assicurata di potere accordare un prolungamento di degenza rientrando nel concetto "acuto" fino al 10 febbraio 2004 (cfr. doc. A8), mentre a partire dall'11 febbraio 2004 si è rifiutata di rimborsare le spese del ricovero, non ritenendolo necessario e ha deciso di onorare la fattura come se si trattasse di una cura ambulatoriale (cfr. doc. 4). Il prolungamento di degenza non è stato successivamente più accordato, come emerge dalla decisione dell'11 giugno 2004 e dalla decisione su opposizione del 21 luglio 2004 (cfr. doc. A13 e doc. A15). L'assicuratore nel contestare la tesi dell'insorgente si rifà in particolare al rapporto del proprio medico fiduciario, Dr. med. _____, che in data 2 giugno 2004 si è così espresso: "(...) In base al certificato 18 gennaio 2004 del Dr. _____ la paziente ha una diagnosi di: "Metatarsalgia al piede sinistro su esiti dopo diversi interventi all'avampiede e lussazione completa articolazione MTF II". Sicché un intervento d'artrodesi MT1, artrodesi MTF1, osteotomia MT2 e 3. Girdlestone-Taylor con ablazione materiale d'osteosintesi in situ si è rivelato necessario. In data 22 gennaio 2004 ho proceduto ad effettuare una valutazione degli atti a disposizione ed in base ai quali l'assicuratore malattia ha accordato 2 settimane di convalescenza poiché secondo il contenuto del certificato prodotto non vi era nessuna necessità di procedere ad una riabilitazione di tipo "intensivo". In seguito, ho ricevuto il rapporto d'uscita provvisorio 9 febbraio 2004 della Clinica _____ dal quale si evince come in quella sede l'assicurata ha beneficiato di sedute individuali di fisioterapia, d'ergoterapia (terapia occupazionale) e training delle attività individuali. (...) In base ai certificati sopra-elencati si tratta di un'operazione effettuata all'avampiede dove, in seguito all'operazione, uno scarico completo era necessario. Quest'intervento però non presuppone una riabilitazione intensa ma necessita - soprattutto - di uno scarico per permettere la riconsolidazione delle ossa (eventualmente, una riabilitazione intensa sarebbe stata auspicabile se più arti fossero stati coinvolti; oppure, se fosse stato impossibile effettuare una terapia ambulatoriale od anche se dei disturbi della coordinazione fossero stati presenti). In pratica, in riferimento alla documentazione messa a disposizione dalla cassa scaturisce con evidenza che un periodo di convalescenza era assolutamente attagliato alla situazione della signora RI 1. In questo senso, ritengo che per lo scarico, per una certa coordinazione e rinforzo della muscolatura una cura di convalescenza era sufficiente poiché in tale contesto per raggiungere lo scopo una seduta al giorno di fisioterapia e la presenza di personale qualificato disponibili ad aiutare il paziente ad alzarsi e vestirsi sono garanzie di successo. In riferimento alla presente fattispecie e richiamato l'art. 32 LAMal ne discende che una cura in ambito convalescenza è sicuramente efficace, economicamente giustificata e scientificamente riconosciuta. Di riflesso non sussistono le premesse per accedere ad una cura tipo riabilitazione presso la clinica _____ con 3-5 sedute al giorno. Questa sarebbe una cura costosa, economicamente improponibile viste le effettive necessità dell'assicurata, in sintesi contraria al tenore dell'art. 32 LAMal." (Doc. 10) Il _____ Dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia presso la Clinica _____, sede _____, nello scritto 18 gennaio 2004 indirizzato alla Cassa malati si era così espresso: "(...) Diagnosi: Metatarsalgie al piede sinistro su esiti dopo diversi interventi all'avampiede e lussazione completa metatarso-falangea II. Intervento: Artrodesi TMT1, artrodesi MTP1, osteotomia MT 2 e 3, Girdlestone-Taylor con ablazione materiale osteosintesi in situ. Ospedalizzazione presso la Clinica _____ prevista fino a 7 giorni post-operatori. In seguito chiediamo il

vostro benessere per continuare la cura post-operatoria presso la Clinica _____ di _____, per ulteriori 7 giorni, in quanto la paziente necessita dell'aiuto di terzi fino all'ablazione del gesso. In seguito la paziente potrà mobilizzarsi senza l'aiuto di terzi, tramite l'uso di

E. 2

stampelle, e potrà rientrare al proprio domicilio. La Signora RI 1 è assicurata presso di voi in camera comune." (Doc. A3) I medici della Clinica _____, in particolare il Dr. med. _____, Capo Servizio medicina interna e il Dr. med. _____, medico assistente, nel loro rapporto 1° marzo 2004 indirizzato al Dr. _____, hanno scritto quanto segue: " La paziente a margine è stata degente nel nostro Centro di riabilitazione dal 09.02.2004 al 17.02.2004. (...) la paziente è costretta in carrozzella, avendo come direttiva dall'operatore uno scarico completo all'arto inferiore sx. (...)." (Doc. A16) Con scritto del 3 novembre 2004 il Dr. Med. _____, specialista FMH in neurologia e primario della della Clinica _____ ha comunicato al TCA la lista delle prestazioni eseguite in favore della signora RI 1, segnalando in particolare: " (...) - Visite mediche previste per i pazienti degenti in camera comune: lunedì 09.02.04 visita medico assistente con capo servizio martedì 10.02.04 visita medico assistente con capo servizio mercoledì 11.02.04 visita kardex giovedì 12.02.04 visita kardex venerdì 13.02.04 visita medico assistente lunedì 16.02.04 visita medico assistente con capo servizio martedì 17.02.04 visita medico assistente - Terapie: vedi allegato. - Altre prestazioni infermieristiche e alberghiere compresa nell'importo forfetario giornaliero." (Doc. VII) L'assicuratore malattia ha rilevato che quanto indicato dalla Clinica _____ dimostra che non sono state erogate all'assicurata cure specialistiche particolari, motivo per il quale a giusta ragione il medico fiduciario della Cassa malati ha indicato che nel caso di specie era assolutamente appropriato un periodo di convalescenza, mentre invece non sono date le premesse per accedere ad una cura di tipo riabilitativo (cfr. doc. IX). 7. Le argomentazioni della cassa convenuta non possono essere condivise. Sostenere che non esiste uno stato morboso in una persona che, pochi giorni dopo un intervento chirurgico presso la clinica _____ di "artrodesi TMT 1, artroliasi MTP 1, osteotomia MT 2 e 3, Girdlestone-Taylor con ablazione materiale di osteosintesi in situ" considerata la diagnosi di "metatarsalgie al piede sinistro su esiti dopo diversi interventi all'avampiede e lussazione completa metatarso-falangea II" (cfr. doc. A3), porta un gambaletto di gesso all'arto inferiore sinistro, è costretta su una sedia a rotelle vista la direttiva dei curanti - non adeguatamente contestata dall'assicuratore mediante valutazione specialistica - al fine di ottenere uno scarico completo della gamba sinistra e che necessita dell'aiuto di terzi fino all'ablazione del gesso (cfr. doc. 9a), è certamente errato. Altrettanto errato e riduttivo - poiché non tiene conto dello stato della paziente - è sostenere, come indicato dal medico fiduciario dell'assicuratore malattia, che le terapie di cui lei necessitava potevano essere effettuate a livello ambulatoriale. E' certamente vero che, di principio, una fisioterapia improntata al rinforzo muscolare globale isometrico (così come indicato alla voce "decorso riabilitativo" dai medici della clinica _____, cfr. doc. A16), può essere eseguita a livello ambulatoriale. Va, tuttavia, considerato che lo stato della signora RI 1, pochi giorni dopo l'intervento chirurgico, non era certamente analogo a quello di una persona in buona salute. In particolare, il suo importante stato di dipendenza - poiché impossibilitata ad eseguire in maniera autonoma movimenti quotidiani, dovendo spostarsi unicamente tramite l'ausilio di una sedia a rotelle, vista la necessità di non caricare il peso sulla gamba sinistra - rendeva praticamente impossibile il rientro al domicilio. Durante la degenza, l'assicurata è stata sottoposta a sedute di fisioterapia e a visite mediche ed altre

prestazioni infermieristiche, come risulta dalla lista dettagliata delle prestazioni eseguite in favore dell'assicurata fornita, su esplicita domanda del TCA (cfr. doc. V), dai medici della Clinica _____ (cfr. doc. VII). Il medico fiduciario di CO 1, che non è specialista in materia, dimentica comunque non solo la necessità per la ricorrente di far capo alla sedia a rotelle, ma anche le diagnosi secondarie che giocano un ruolo, in particolare una pregressa frattura al polso e - soprattutto - i quasi 80 anni della paziente che vive sola. E' importante sottolineare che, secondo la giurisprudenza del TFA, un'ospedalizzazione diventa necessaria quando - dato uno status patologico - essa si giustifica dal profilo soggettivo: determinante non è, infatti, soltanto, il quadro clinico ma anche la situazione personale (mancanza di cure a domicilio, particolarità sociali, ...). Quindi, per la valutazione della necessità di un'ospedalizzazione entrano in considerazione, oltre allo stato di salute, numerosi altri fattori riconducibili alla situazione personale del malato: il diritto alle prestazioni ospedaliere deve essere riconosciuto non soltanto quando la patologia dell'assicurato necessita un trattamento medico intensivo, ma anche quando tale stato rende necessario un soggiorno in ambiente ospedaliero. A questo proposito, nella sentenza pubblicata in RAMI 1989, p. 154ss, il TFA ha rilevato quanto segue: " Die Hospitalisierung muss sachlich begründet sein. Sie ist es, wenn als Grundvoraussetzung gesundheitliche Störungen vorliegen und nach den medizinischen Gegebenheiten oder nach den besonderen persönlichen bzw. Sozialen Verhältnissen ein Aufenthalt in einem Spitalmilieu notwendig ist (BGE 107 V 57 Erw. 3, 101 V 72 Erw. 21), 99 V 72 Erw. 3; RKUV 1986 Nr. K 680 S. 231; RSKV 1982 Nr. 477 S. 41 Erw. 2, 1977 Nr. 298 S. 171, 1973 Nr. 199 S. 123). Die Intensität der medizinischen Behandlung, die eine Krankheit erfordert, ist also nicht alleiniges Kriterium für die Beurteilung, ob der Zustand eines Versicherten dessen Hospitalisierung rechtfertigt. Diese kann sich auch aus persönlichen bzw. Sozialen Gründen als notwendig erweisen. Zur Spitalbedürftigkeit aus solchen Gründen hat das EVG erkannt, dass insbesondere ein betagter oder alleinstehender Versicherter dann Anspruch auf die für Spitalaufenthalte vorgesehenen Leistungen hat, wenn die im Zusammenhang mit einer Krankheitsbehandlung notwendige Pflege oder Betreuung zuhause nicht gewährleistet werden kann, sei es, weil diese zuhause nicht möglich oder den Angehörigen nicht zuzumuten ist. Solche Umstände, welche die Spitalbedürftigkeit begründen, können auch bei jungen Versicherten gegeben sein (unveröffentlichte Erw. 2 von RKUV 1987 Nr. K 739 S. 254, RKUV 1986 Nr. K 675 S. 202, 1984 Nr. 591 S. 199 Erw. 2b; RSKV 1983 Nr. 534 S. 121 Erw. 1, 1982 Nr. 477 S. 41 Erw. 2 und Nr. 486 S. 101 Erw. 4)." (cfr. anche RAMI 1991, p. 73ss) Il TFA ha avuto modo di confermare questi principi in una sentenza dell' 11 giugno 2001 nella causa B., K 158/00, pronuncia nella quale l'Alta Corte, confermando quanto stabilito dal TCA con sentenza del 7 agosto 2000, inc. 36.2000.6, ha ritenuto che la degenza presso una clinica di riabilitazione di una paziente nata nel 1923 e reduce da un intervento chirurgico a causa di una frattura sottocapitale dell'omero sinistro fosse necessaria per il trattamento della malattia e costituisse un provvedimento di riabilitazione medica da porre a carico dell'assicurazione sociale. 8. Nel caso di specie, occorre considerare che l'assicurata ha attualmente 79 anni, vive da sola in una abitazione il cui accesso è ostacolato da un innumerevole numero di scalini ed era, dopo l'intervento al piede sinistro, costretta su una sedia a rotelle fino al momento di ablazione del gambaletto di gesso. Sarebbe stato dunque assolutamente impossibile per l'assicurata, in queste condizioni, poter rientrare, dopo l'intervento, al proprio domicilio e riuscire a spostarsi e a recarsi autonomamente in ambulatorio in particolare per effettuare le sedute di fisioterapia di cui necessitava. Addirittura la signora RI 1 ben difficilmente avrebbe potuto sopperire ai

bisogni primari ossia alimentarsi, nutrirsi, vestirsi, usufruire dei servizi igienici, circostanze queste che la Cassa non ha considerato nella sua decisione. L'assicurata, durante la degenza presso la Clinica _____, non solo ha potuto effettuare le sedute di fisioterapia, ma è anche stata costantemente sotto controllo medico: ella è stata infatti visitata quotidianamente dai medici e le sono stati fatti tutta una serie di controlli ed esami (cfr. doc. VII e doc. VII 1). Inoltre, va sottolineato il fatto che la stessa Cassa malati, in data 10 febbraio 2004, ha comunicato all'assicurata di poter accordare un prolungamento di degenza rientrando nel concetto "acuto" fino al 10 febbraio 2004 (fatto questo che successivamente CO 1 sembra aver dimenticato), riconoscendo quindi che all'uscita dalla Clinica _____ l'assicurata non poteva rientrare immediatamente al proprio domicilio (cfr. doc. A8). In buona sostanza, quindi, la signora RI 1 alla dimissione da _____ necessitava di cure intense a fronte della patologia che presentava, cure che non era nella possibilità di potere eseguire in via ambulatoriale. Alla luce delle patologie, della necessità di dovere rimanere seduta su una sedia a rotelle, dell'età, dell'intensità delle cure, delle patologie pregresse, del fatto di vivere sola in luogo di difficile accesso che non permetteva le cure ambulatoriali ma, in quelle condizioni neppure una vita autonoma, appare giustificato porre a carico di CO 1 la degenza in discussione. In queste condizioni, la decisione impugnata va annullata ed alla Cassa convenuta va fatto obbligo di assumere, nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, i costi della degenza alla Clinica _____ quale caso acuto anche per il periodo dal 9 febbraio 2004 al 17 febbraio 2004. A titolo abbondanziale, questo Tribunale osserva che ritenuta l'esistenza di coperture complementari, in virtù della LCA, eventuali diritti scaturenti dalle stesse dovranno essere fatti valere autonomamente dalla signora RI 1 nei confronti di CO 1. In caso di rifiuto da parte della Cassa malati di riconoscere tali diritti, l'assicurata potrà eventualmente ulteriormente adire questo Tribunale. 9. Infine, per quanto concerne la richiesta di ripetibili, va rammentato che di regola esse vanno attribuite unicamente nel caso in cui l'assicurato è rappresentato da persona cognita in materia. La procedura ricorsuale è retta dal diritto cantonale. Tuttavia essa deve soddisfare determinati requisiti (cfr. art. 61 LPG). 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; RDAT 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 l'attribuzione di ripetibili all'assicurata, rappresentata da RA 1, certamente persona cognita in materia, sono adempiuti.