

TI_GERICHTE 36.2004.35 vom 25. Februar 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-02-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.35

FR: TI_GERICHTE 36.2004.35 du 25 février 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.35 del 25 febbraio 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 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 LAMal 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 ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria 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. 2.4. 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 e 2 finché 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 2001 KV 15 pag. 39; SVR 2000 KV 40 c. 2, pag. 124; DTF 126 V 326 consid. 2b, DTF 120 V 206 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. Nella sentenza SVR 2000 KV 40, 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 le droit aux prestations. Les caisses répondent toutefois de toute hospitalisation rendue indispensable par l'état malade 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, c'est-à-dire 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 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. 1b; RAMA 1998 no. KV 34 p. 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). (...) " 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 é, 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 alleinige Tatsache, dass sich ein Versicherter in einer Heilanstalt aufhält, genügt nicht, um den Anspruch auf Leistungen gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG zu bejahen. 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)." (RAMI 1989 pag. 156, cit consid 1; cfr. anche RAMI 1991, p. 73ss) 2.5. 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). 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 Leistungen 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 -) 2.6. Nel caso concreto l'insorgente, sulla base dei certificati medici del dott. med. _____, chiede che la Cassa assuma i costi della degenza presso la Clinica _____ e della colonoscopia eseguita in ambito stazionario. La cassa, contestando la necessità di una cura stazionaria, ha deciso di assumersi unicamente i costi derivanti da un intervento ambulatoriale. Va innanzitutto rilevato, come sottolinea la Cassa in sede di risposta, che la degenza presso la clinica è avvenuto il giorno precedente l'intervento di colonoscopia. Non si tratta pertanto di una degenza dovuta ad eventuali complicazioni o alla scoperta di patologie non conosciute e che necessitavano un prolungamento necessario della degenza presso l'ospedale. Al fine di chiarire la fattispecie, il TCA ha interpellato il dott. med. _____, chiedendo quanto segue: " 1. Per quale motivo, nel caso concreto, l'intervento è stato eseguito in ambito stazionario anziché in ambito ambulatoriale? 2. Per quale motivo, nel caso concreto, l'ospedalizzazione era necessaria? In particolare il trattamento poteva essere effettuato ambulatoriamente? In caso di risposta negativa, perché non era possibile? 3. Per quale motivo è stato necessario far passare al paziente la notte precedente l'intervento in Clinica? 4. Eventuali osservazioni." (Doc. VI) Lo specialista in medicina interna e gastroenterologia ha affermato: " Come già detto trattasi sostanzialmente di un paziente che nel corso del 2001 è stato da me sottoposto ad intervento di polipectomia endoscopica di un polipo

atipico con infiltrazione della sub-mucosa e quindi con rischio di perforazione. Nonostante ciò l'intervento è stato comunque eseguito in ambito ambulatoriale nel mio studio medico. In seguito a ciò il paziente ha lamentato ripetutamente dei dolori addominali con conseguente importante stress psico-fisico. Per questo motivo, quando il paziente si è ripresentato 1 anno fa per una verifica endoscopica di controllo, visti gli antecedenti e visto che aveva mal sopportato la preparazione mediante purganti al proprio domicilio si è deciso di procedere ad una colonoscopia durante una breve ospedalizzazione. Questa dal profilo tecnico non era necessaria e poteva anche essere eseguita ambulatorialmente. Ho dovuto però prendere comunque in considerazione un notevole stress psico-fisico presentato dal paziente ed anche per questo motivo lo stesso si è recato in clinica la notte precedente l'esame per assumere del purgante. Concludendo, tenendo in considerazione lo stato psico-fisico del paziente in questo caso una breve degenza si rendeva necessaria. Se non prendiamo in considerazione tutto ciò ma unicamente i parametri medico-tecnici, concordo che l'ospedalizzazione prima della colonoscopia non era medicalmente indicata." (Doc. VIII) Il 26 luglio 2004 il medico fiduciario della Cassa ha preso posizione in merito alle risposte del curante, rilevando in particolare che: "Nel caso concreto l'esame in questione, assunto dalla cassa, domandava una preparazione, da eseguirsi prima dello svolgimento dell'esame. 1. Questa preparazione consiste nell'assunzione da parte del paziente di una purga il giorno antecedente l'esame. Trattasi di un medicamento accompagnato dall'assunzione di due litri di liquido. Questo medicamento non comporta interazioni e/o complicazioni. Si tratta di un preparato che deve essere preso dal paziente e che sviluppa i suoi effetti su un periodo di 3-4 ore dopo la sua ingestione. E' doveroso segnalare che se questo trattamento pre-esame è cominciato nel pomeriggio che precede l'esame, esso è terminato per la sera stessa. In rari casi si assiste a pazienti costretti ad andare al gabinetto notte tempo. L'accettazione di questo metodo è molto buona e generalmente riconosciuta. 2. La valutazione di un'ospedalizzazione dopo l'esame della colonoscopia dipende dalle complicazioni insorte durante l'esame stesso, dalle patologie concomitanti o da altri medicinali impiegati (tranquillizzanti). D'abitudine, salvo complicazioni, il paziente rientra al proprio domicilio nelle 2-3 ore che hanno seguito l'esame, se necessario accompagnato da un conoscente. 3. Nel caso concreto, osservo che il Signor RI1 ha eseguito una polipectomia nel 2001. Questo non permette tuttavia, malgrado le ripetute scariche diarroiche, di credere, ancor prima dello svolgimento dell'esame del 22.07.2003, di essere nuovamente confrontati alla medesima complicazione. Lo stress psico-fisico, di cui riporta il Dr. med. _____, prima e durante l'esame deve essere qualificato di minimo, fatta eccezione dei pazienti affetti da malattie psichiche. Ora, ciò non sembra essere il caso del paziente in oggetto, poiché non si è a conoscenza di una qualsiasi diagnosi psichiatrica. Inoltre, durante la preparazione dell'esame, come da punto 1., l'Associazione dei Gastroenterologi non prescrive l'assunzione di sedativi per trascorrere la notte antecedente l'esame. Per contro, l'assunzione dello stesso è possibile immediatamente prima e/o durante l'esame, nel caso lo strumento non possa progredire come previsto lungo il colon. Va tuttavia sottolineato che, per una colonoscopia semplice, l'applicazione di sedativi è piuttosto rara. Un'ospedalizzazione prima dell'esame è assolutamente unica e ad ogni modo non compatibile con lo spirito della LAMal, visto che il rispetto del principio dell'economia del trattamento non è adempiuto. Inoltre, l'aspetto psico-fisico invocato dal mio collega a giustificazione dell'ospedalizzazione litigiosa, non rappresenta valore di malattia nel presente caso. 4. Per contro, in caso di complicazione dopo l'esame, cosa non verificatasi nella situazione in analisi, le casse assumono la permanenza in regime ospedaliero, anche

sino a una notte, al fine di sorvegliare il paziente. Concludo sottolineando come la colonoscopia costituisca un esame semplice, con una preparazione pre-esame comunemente ben accettata dall'insieme dei pazienti, e che non richiede necessariamente un sedativo né prima né durante l'intervento, come ancor meno una sorveglianza particolare che solamente un'infrastruttura ospedaliera potrebbe garantire. In assenza di complicazioni, il paziente lascia il gabinetto medico dopo 1-3 ore dall'esame." (doc. X Bis) L'assicurato non ha presentato osservazioni. 2.7. Come risulta chiaramente dalle affermazioni del medico che ha eseguito la colonoscopia, la degenza presso l'ospedale " dal profilo tecnico non era necessaria e poteva essere eseguita ambulatorialmente. " Egli afferma inoltre che " se non prendiamo in considerazione tutto ciò (nдр: stress psico-fisico) ma unicamente i parametri medico-tecnici, concordo che l'ospedalizzazione prima della colonoscopia non era medicalmente indicata. " (doc. III/1, sottolineature del redattore) In concreto non c'era pertanto alcuna necessità di procedere con un trattamento stazionario. Ciò viene pure evidenziato dalla circostanza che non vi sono 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. Necessaria nel caso di specie era unicamente la colonoscopia che lo stesso medico afferma che si poteva eseguire ambulatorialmente. 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 il paziente presentasse uno stress psico-fisico non può essere di aiuto all'insorgente. Infatti, come emerge dal certificato medico del 25 luglio 2003 (doc. 3) dello stesso specialista, la degenza è avvenuta su richiesta dell'assicurato (" Su richiesta dello stesso la colonoscopia veniva effettuata presso la Clinica _____ di _____ durante una breve degenza. L'esame non mostrava alcuna patologia lungo il colon ed anche i prelievi bioptici risultavano nell'ambito della norma. "). Per cui non vi era una necessità medica (in particolare delle patologie concomitanti) di effettuare l'intervento in maniera stazionaria e nemmeno di una degenza precedente l'intervento. Ciò del resto è pure stato confermato dal medico fiduciario della Cassa Dr. med. _____ (doc. 5). A questo proposito va rilevato come nelle osservazioni del 26 luglio 2004 il medico fiduciario della Cassa, Dr. med. _____, ha spiegato dettagliatamente che non vi sono, di regola, difficoltà nell'eseguire interventi del tipo di quelli subiti dall'insorgente. Egli è poi giunto alla convincente conclusione che nel caso concreto non vi erano gli estremi per una degenza stazionaria il giorno precedente la colonoscopia in mancanza di patologie concomitanti. In particolare nel caso di specie, malgrado l'asserita presenza di uno stress psico-fisico, non vi sono indicazioni di malattie psichiche o di altre patologie che avrebbero potuto giustificare la necessità di un ricovero ospedaliero. Per quanto concerne le affermazioni del medico fiduciario della Cassa, va rammentato che la LAMal all'art. 57, prevede che: " 4 Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni". La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI - che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, in SBVR, Helbing

& Lichtenhahn, Basilea, 1998 p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 nella causa V., K87/00, p. 4 consid. 2d e dottrina citata). Nel caso di specie le valutazioni del medico fiduciario sono chiare, complete ed approfondite e non vengono contestate dal ricorrente. Questo Tribunale non ha pertanto alcun motivo per scostarsi dalle convincenti conclusioni cui è giunto il Dr. _____, del resto confermate dagli atti dell'incarto. 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, e che la degenza ospedaliera non era necessaria, contrariamente a quanto richiede l'art. 56 LAMal (cfr. consid. 2.4) la decisione della Cassa di rimborsare l'intervento secondo l'onorario che sarebbe stato pagato in caso di trattamento ambulatoriale è corretta.

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