

TI_GERICHTE 36.2007.112 vom 16. Juni 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-06-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.112

FR: TI_GERICHTE 36.2007.112 du 16 juin 2008

IT: TI_GERICHTE 36.2007.112 del 16 giugno 2008

Regeste

Cura stazionaria in clinica fuori Cantone. Il ricovero deve essere necessario, ossia esserci un motivo medico. Qui: non c'è, perché le cure ricevute potevano essere prestate anche in Ticino. L'applicazione meno costosa va rimborsata da LAMal. Ricovero in ospedale TI per qualche giorno per motivi medici

Erwägungen

E. 11

al 28 ottobre 2006 (doc. 5: Fr. 10 ' 152.- per la sola LAMal) presso la Clinica _____ di _____ debbano essere assunti dalla Cassa malati CO 1. 2.2. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. 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 capoverso 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, 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 (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e) nonché la degenza in un istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere (lett. f). Inoltre, in forza dell'art. 25 cpv. 2 lett. d LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti da un medico. A proposito di queste prestazioni, nel suo Messaggio alle Camere del 6 novembre 1991, pag. 60, concernente la revisione dell'assicurazione malattia, il Consiglio federale ha precisato: "(...) se la prevenzione precede la cura di una malattia, la riabilitazione medica, nonostante sia sovente considerata ancora facente parte della cura, interviene dopo quest'ultima. Nell'ottica di un novero più completo ed esauriente, si giustifica la copertura di provvedimenti di riabilitazione medica. Il Consiglio federale li definirà mediante ordinanza seguendo la procedura stabilita dalla legge. Questi provvedimenti di riabilitazione medica mirano a migliorare la capacità fisica e/o mentale se questa è stata menomata da una malattia o dalla cura di quest'ultima (ad esempio, dopo un'operazione). Due esempi di provvedimenti: la ginnastica prescritta dopo un'affezione cardiaca o in caso di paralisi. Attualmente, taluni provvedimenti sono già presi a carico in virtù di un'interpretazione estensiva del concetto di cura. Si tratterà, in effetti, di misure di portata più estesa rispetto ai provvedimenti sanitari dell'AI (art. 12 LAI, RS 831.20) i quali servono all'integrazione professionale e non a quella funzionale o sociale. (...)" 2.3. Per l'art. 41 LAMal, " 1.

L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. 2. Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera. 3. Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal suo cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. In questo caso, il diritto di regresso giusta l'articolo 72 LPGA si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari." Questa norma garantisce all'assicurato la libertà di scelta tra gli stabilimenti ospedalieri svizzeri, ma 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. La dottrina, in particolare Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2a ed., Helbing & Lichtenhahn, 2007, così si è espressa in merito a questa norma (N. 942 segg., pag. 717 segg.): " X. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme 1. Allgemeine Grundsätze Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen (Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG). Die Beschränkung der freien Wahl auf geeignete Leistungserbringer ist Ausfluss des Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebots (Art. 32 Abs. 1 KVG). Sie ist verhältnismässig. Nicht jede Wahl hat jedoch eine volle Kostendeckung zur Folge, wie hiernach darzustellen sein wird. Stehen verschiedene zugelassene Leistungserbringer in den örtlichen Grenzen vom Art. 41 Abs. 1 KVG im Wahlrecht der versicherten Person, so hat diese nicht unter dem Titel der Schadenminderungspflicht denjenigen mit den für den Krankenversicherer günstigsten Tarifen zu wählen. Die Freiheit der Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern erstreckt sich territorial sowohl für den ambulanten als auch den stationären oder teilstationären Bereich auf das gesamte Gebiet der Schweiz, soweit nicht Einschränkungen aus Massnahmen zur Qualitätssicherung (Art. 58 Abs. 3 lit. b KVG; Rz. 334 ff.) resultieren oder Ausweitungen aufgrund von Art. 34 Abs. 2 KVG oder staatsvertraglicher Ordnung möglich sind. Die Wahl des Leistungserbringers beschränkt sich nicht auf solche, die mit den Krankenversicherern einen Tarifvertrag eingegangen sind oder sich einem solchen angeschlossen haben (Rz. 708 und 848). Auf den zugelassenen Leistungserbringer ohne Vertrag gelangen die Regeln über den vertragslosen Zustand zur Anwendung (siehe Rz. 871 und 1210). 2. Ambulante Behandlung in der Wohnort- oder Arbeitsortsregion Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt (art. 41 Abs. 1 Satz 2 KVG). Das Gesetz beschränkt die Umgebung des

Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person nicht auf das jeweilige Kantonsgebiet; diese kann mehr als ein kantonales Territorium umfassen. Die Grund- und Behandlungspflege, die eine in einem Pflegeheim wohnhafte Person erhält, ist als ambulante Behandlung im Sinne von Art. 41 Abs. 1 Satz 2 KVG zu qualifizieren, weshalb die Leistungen nach dem am Pflegeheimort massgebenden Tarif zu bemessen sind. (...) 4. Stationäre und teilstationäre Behandlung Die Begriffe "stationäre oder teilstationäre Behandlung" im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG sind dem Spital zugeordnet. Für die Art und den Umfang der Kostenerstattung ist grundlegend zu unterscheiden zwischen der Inanspruchnahme von innerkantonalen und derjenigen von ausserkantonalen Spitälern. Ausserkantonale wiederum ist die grundlegende Unterscheidung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung aus persönlichen (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KUVG) und medizinischen Gründen (Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG) zu treffen. Im Wahlrecht der Versicherten sind nur Spitälern auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten oder derjenigen des Standortkantons des Spitals (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Die Wahlfreiheit nach Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG erstreckt sich nicht auch auf das medizinische Personal eines Spitals; das Recht auf die freie Wahl des Arztes oder sonstiger Therapeuten fällt dahin, wenn der Eintritt der erkrankten Person die Behandlung durch deren Personal bedingt (so schon Art. 17 Abs. 1 KUVG). Bei Belegarztspitälern ist die freie Arztwahl auch im Spitalfall möglich. Zum Einfluss der Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. c KVG auf den Leistungsanspruch der Versicherten siehe Rz. 772 f. a) Innerkantonale stationäre und teilstationäre Behandlung Bei innerkantonal stationärer und teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG; Wohnkantonstarif). Gemeint sind im stationären Bereich die Pauschaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG, welche den Versicherten (von der gesetzlichen Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG abgesehen) volle Kostendeckung garantieren (Art. 49 Abs. 4 KVG; Art. 44 Abs. 1 KVG; Rz. 854). Befindet sich das Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, sondern auf derjenigen eines anderen Kantons, so ist eine aus persönlichen Gründen erfolgte Hospitalisation kostenrechtlich wie eine ausserkantonale zu behandeln. Keine ausdrückliche Lösung bietet das KVG für den Fall, dass der Versicherte ein solches Spital in einem Notfall beanspruchen muss. (...) b) Ausserkantonale stationäre und teilstationäre Behandlung Auswärtige Behandlung aus persönlichen Gründen : Lässt sich eine versicherte Person aus persönlicher Konvenienz ausserkantonale hospitalisieren, kann sie nur Vergütungen in der Höhe des massgebenden Wohnkantontarifs beanspruchen (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG). Für den massgebenden Referenztarif ist auf den Kassentarif eines medizinisch zuständigen Spitals des Wohnkantons abzustellen, bei mehreren geeigneten ist ein wohnortsnahes zu wählen. Die versicherte Person hat die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten selber zu tragen. Das ausserkantonale Spital ist weder an die Tarifart nach Art. 49 Abs. 1 KVG noch an weitere besondere kv-rechtliche Tarifregeln gebunden (ausführlich dazu Rz. 874). Auswärtige Behandlung aus medizinischen Gründen: Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen (Art. 41 Abs. 2 KVG) die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen, zugelassenen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Versicherer die Kosten nach dem für diesen Leistungserbringer massgebenden Tarif (Art. 41 Abs. 2 Satz 1 KVG). Der Wohnkanton der versicherten Person übernimmt die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten (Art. 41 Abs. 3 KVG). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten (Art. 41 Abs. 3 Satz 3 KVG) und ist dabei auch zum Erlass von Verfahrensbestimmungen befugt. Hinsichtlich der Verfahrensordnung auf

kantonaler Ebene ist das kantonale Recht massgebend. Art. 41 Abs. 3 KVG regelt die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons abschliessend. Die Kantone sind in den Grenzen des Gesetzes, wonach insbesondere die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu beachten sind, bei der Tariffestsetzung grundsätzlich frei (Rz. 902). Diese hat sich in einem vernünftigen Rahmen zu bewegen. Die Kantone können jedoch durch interkantonale Vereinbarungen andere Abrechnungsmodi als den in Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehenen einzelfallweisen Tarifausgleich des Wohnkantons der versicherten Person festlegen." (...) 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 riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art. 50. Per 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. 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 72; RDAT 1988 N. 82 pag. 248 segg). 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 (dal 1° gennaio 2007: Tribunale Federale) si è al proposito così espresso (STFA del 26 novembre 1998 in re E.F. e H.F.): " 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)" È 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 (RAMI 1989 pag. 154). Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per una cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; SVR 2001 KV 15 pag. 39, SVR 2000 KV 40; RAMI 1969 pag. 32 e seg.; 1977 pag. 167 e seg.; 1989 pag. 154 e seg.). In particolare, il TFA (DTF 124 V pag. 362) 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. 2.4. Conformemente all'art. 24

LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite dagli artt. 25-31, giusta le condizioni di cui agli artt. 32-34. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli artt. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli artt. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere provata secondo metodi scientifici. Inoltre, per l'assicurazione obbligatoria, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli artt. 25-33 (art. 34 cpv. 1 LAMal). L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità di prestazioni eseguite da medici svizzeri sono presunte (art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 KV 132 pag. 283 seg. consid. 3; STFA del 14 ottobre 2002, K 39/01, consid. 1.3). In presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia (in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal [Eugster, Krankenversicherung in SBVR, N. 291, pag. 494]), acquista importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni (Eugster, op. cit., NN. 293-296, pagg. 494-495). Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). L'autorità dovrà limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert", cfr. STFA del 17 gennaio 2005, K 141/03). Ciò presuppone la prova che nel Cantone non esista nessuna possibilità di cura oppure che un provvedimento diagnostico o terapeutico ivi praticato, se confrontato con l'alternativa proposta altrove, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile nel Cantone di domicilio e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (cfr. anche sentenza del

E. 14

ottobre 2002, K 39/01, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Eugster, op. cit., N. 966, pag. 725), così come neppure il fatto che una clinica specializzata abbia maggior esperienza nel settore specifico (sentenza citata del 14 ottobre 2002, consid. 1.3). 2.5. Le terapie destinate a trattare i postumi di malattie possono avere luogo in ambiente ospedaliero. La riabilitazione ha per scopo di ripristinare, con l'ausilio di mezzi di ordine

sanitario, funzioni perdute o di migliorare funzioni ridotte. L'evenienza di un'ospedalizzazione riabilitativa si realizza a dipendenza della necessità, da valutare secondo l'intensità del trattamento richiesto, il grado di impedimento, l'entità dei dolori o di eventuali complicazioni, ecc. (STFA dell'11 giugno 2001, K 158/00 pubblicata in SVR 2000 KV 40 ; DTF 126 V 323; Eugster, op. cit., N. 405, pag. 531). Le cure di convalescenza servono, senza che esista una necessità di cure e di trattamenti particolari, al riposo e al ristabilimento dopo affezioni che hanno compromesso in modo essenziale lo stato generale (STFA dell'11 giugno 2001, K 158/00). Criterio determinante per la differenziazione tra cure di convalescenza, non a carico dell'assicurazione obbligatoria, e riabilitazione medica, è l'obiettivo della misura (DTF 126 V 327 consid. 2d; Eugster, op. cit., N. 406, pag. 531). Il diritto a prestazioni per un trattamento in ambito ospedaliero implica pertanto che quest'ultimo sia necessario e serva alla cura di malattie acute o all'attualizzazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal). Secondo la giurisprudenza resa vigente LAMI, ma che ha mantenuto la propria validità anche nell'ambito LAMal (STFA dell'11 giugno 2001, K 158/00), il solo fatto di soggiornare in uno stabilimento ospedaliero non basta a far nascere il diritto a prestazioni. Tuttavia, l'intensità del trattamento terapeutico, richiesto dalla malattia, non costituisce l'unico criterio per decidere se lo stato di salute giustifichi un'ospedalizzazione, soprattutto quando un assicurato anziano che vive solo si trova nell'impossibilità di ricevere a domicilio la sorveglianza e le cure richieste dal suo stato morboso. Come più volte ricordato dal TFA, la Cassa è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero anche se lo stato di salute dell'assicurato non lo rende indispensabile, ma il ricovero si impone per la particolare situazione personale e la cura medica non può essere realizzata al di fuori di una tale struttura (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). In DTF 126 V 323, in particolare a pag. 326 e seguenti, consid. 2c, l'Alta Corte ha affermato: " (...) c) Im Gesetz nicht näher umschrieben wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Nach Gebhard Eugster (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. Soziale Sicherheit, Rz 142 ff.) besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung der verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im Letztern Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist. d) Im Gesetz nicht erwähnt sind die Erholungskuren, an welche die Krankenversicherer, wie nach dem früheren Recht (BGE 109 V 271 Erw. 4), keine Pflichtleistungen zu erbringen haben. Dies gilt auch für Anwendungen, welche einzig die Erholung oder Genesung fördern sollen, und diagnostische Massnahmen zur Klärung des dafür notwendigen Therapiebedarfs. Von der blossen Erholung ist die Fortsetzung einer begonnenen Heilbehandlung unter Kurbedingungen zu unterscheiden. Dient die Kur der Durchführung besonderer Therapien oder Therapieprogramme bei bestimmten Erkrankungen, hat der Krankenversicherer

grundsätzlich die gleichen Leistungen zu erbringen wie bei der ambulanten Behandlung (Eugster, a.a.O., Rz 146 f.). Für die Abgrenzung zwischen Erholungskuren und der medizinischen Rehabilitation ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen. Die medizinische Rehabilitation ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dienen Versicherten ohne besondere Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten (Eugster, a.a.O. Rz 144)." (sottolineature della redattrice) Infine, occorre ancora evidenziare che la circostanza che in passato l'assicuratore si è (eventualmente) assunto i costi delle spese di degenza del ricorrente presso la medesima clinica non è rilevante. Infatti, ogni ricovero e ogni prestazione deve essere esaminata singolarmente dalla Cassa, la quale deve sempre verificare se i presupposti per un rimborso sono dati.

2.6. Nella presente fattispecie, durante la degenza iniziata l'11 settembre 2006 presso l'ospedale ticinese, il 27 settembre 2006 (doc. 1) il medico curante dr. _____ ha scritto alla Cassa malati resistente indicando le diagnosi principali, la presa a carico ed il decorso nonché i motivi del prolungamento della degenza, specificando per l'appunto che il quadro clinico era ancora instabile e che degli accertamenti erano in corso; inoltre, l'assicurato necessitava di essere sorvegliato in un ambiente stazionario. Per questi motivi, il curante ha chiesto la garanzia per prolungare la degenza di due settimane. In un secondo tempo, il 4 ottobre 2006 (doc. A7) il dr. _____ ha nuovamente scritto alla Cassa malati, rilevando che l'assicurato soffriva di debolezza, astenia con quadro infettivo non completamente risolto e deambulazione invalidante per dolori, diminuzione del tono muscolare e vertigini. Perciò, visto l'espresso desiderio dell'assicurato, il curante riteneva " indicato un periodo di continuazione delle cure ed eventuali accertamenti specialistici presso l' Ospedale _____ Clinica _____ ad _____ ", chiedendo quindi " una garanzia di copertura dei costi presso questa struttura, così come il prolungamento della garanzia di ospedalizzazione presso la nostra struttura fino al trasferimento. ". Il tempo previsto per i trattamenti in loco era di una settimana. Il dr. med. _____, FMH in medicina interna, interpellato dalla Cassa malati, il 6 ottobre 2006 (doc. 3) ha osservato che " la continuazione del soggiorno ospedaliero è giustificata soltanto per 1 settimana. Poi il tutto può avvenire in forma ambulatoriale. No quindi alla Klinik _____. ". Con scritto del successivo 9 ottobre 2006 (doc. A10), la Cassa malati ha informato l'Ospedale _____ che il medico fiduciario ha accordato la garanzia per la degenza fino al 14 ottobre 2006, dopodiché le cure potevano avvenire in forma ambulatoriale. Pertanto, CO 1 non ha rilasciato la garanzia per il trasferimento del ricorrente alla _____ Klinik. Il 16 ottobre 2006 (doc. 5) la Clinica _____ stessa ha chiesto alla Cassa malati resistente la garanzia per la copertura dei costi dovuti alla degenza stazionaria in camera semi-privata del ricorrente, garanzia che le è stata rifiutata il 18 ottobre 2006 (doc. 6). Il dr. med. _____ si è espresso una seconda volta il 23 ottobre 2006 (doc. 7), confermando la sua precedente opinione riguardo alla (non) necessità della continuazione di una degenza ospedaliera dell'assicurato. Il medico ha ricordato di avere dato a suo tempo il suo assenso per una settimana ancora di degenza a _____, dopodiché l'assicurato doveva essere dimesso, mentre in realtà la degenza si è protratta in un'altra sede. Riferendosi al rapporto d'uscita del dr. med. _____ della clinica _____, il quale ha diagnosticato uno stato depressivo medio del ricorrente, il medico di fiducia ha osservato che questa patologia poteva essere curata proprio all'Ospedale _____, dove esiste un reparto di psichiatria. Neppure l'intervento presso CO 1 del dr. med. _____, FMH in medicina interna

presso la Clinica di _____ (doc. 8), ha sortito effetti positivi siccome il 24 ottobre 2006 (doc. 9), dopo avere nuovamente interpellato il suo medico fiduciario (doc. 7), la Cassa malati ha ribadito il rifiuto della copertura dei costi delle prestazioni ricevute alla Clinica _____ dall'11 al 28 ottobre 2006, poiché il proseguimento delle cure poteva avvenire in forma ambulatoriale. Il 14 novembre 2006 (doc. 12) anche la dr.ssa _____ si è prodigata nella richiesta di revisione, alla Cassa malati, della sua decisione negativa di assunzione dei costi della clinica _____. L'11 dicembre 2006 (doc. 13) il medico che ha avuto in cura il ricorrente durante l'ospedalizzazione a _____, dr. _____, ha allestito un riassunto della cartella clinica dell'assicurato, presentando la diagnosi, il motivo del ricovero, lo status patologico e tutti gli esami eseguiti, esponendo poi la valutazione ed il decorso del paziente (è stato rallentato e stabilizzato il ritmo cardiaco, risolta la componente infettiva e migliorato il quadro respiratorio, come pure v'è stato un lento miglioramento timico), concludendo che ha " acconsentito al trasferimento secondo il desiderio del paziente alla clinica _____ di _____, per accertamenti in ambito _____ e cure del caso. ". Il 27 dicembre 2006 (doc. 15), dopo che ha fatto rivalutare il caso da un altro medico di fiducia (doc. 14), la Cassa malati ha ribadito il rifiuto dell'assunzione dei costi per il ricovero ad _____, non ritenendo medicalmente giustificata la degenza ospedaliera. Anche l'espressa richiesta formulata dall'assicurato stesso il 6 febbraio 2007 (doc. 16) ha sortito una risposta negativa a mezzo della decisione formale del 6 marzo 2007 (doc. 18). Infine, l'11 aprile 2007 (doc. 21) la dr.ssa _____ ha rilasciato un certificato medico in cui ricorda che RI 1 è stato ricoverato d'urgenza all'Ospedale _____ per sofferenza respiratoria su probabile polmonite virale. Questa patologia ha comportato un enorme affaticamento, momenti di confusione mentale ed inappetenza. Alla fine della degenza, l'assicurato non sarebbe stato assolutamente in grado di fare rientro al suo domicilio, nemmeno con aiuti domiciliari potenziati. Per contro, durante il ricovero alla _____ Klinik di _____, l'insorgente ha riacquisito le sue condizioni psicofisiche abituali. Lo stesso ha fatto il 22 giugno 2007 (doc. A8) il dr. _____, osservando che prima delle dimissioni dall'ospedale ticinese, l'assicurato presentava ancora una astenia psicofisica profonda a seguito dell'episodio infettivo, così come dei malesseri rilevanti dalla sfera cardiovascolare ed un'autonomia molto ridotta rilevante inoltre dalla componente artrosica esacerbata dall'episodio infettivo. Nel 2007 ha quindi confermato l'indicazione alla continuazione delle cure in ambito ospedaliero, visto che la dimissione, anche con un inquadramento a domicilio completo, non sarebbe stata sufficiente a garantire la sicurezza del paziente, dato che era debilitato, a rischio di cadute per vertigini e debolezza generale e necessitava una sorveglianza internistica ravvicinata a causa dei malesseri ripetuti. Visto lo stato generale instabile del ricorrente e la sua lenta evoluzione, per ragioni mediche, a suo dire, la degenza si sarebbe verosimilmente prolungata per 2 o 3 settimane oltre la data del trasferimento. Pendente causa, il TCA ha richiamato dalla _____ Klinik il rapporto d'uscita dell'assicurato (doc. XVbis), nel quale sono stati esposti la diagnosi, l'anamnesi, l'anamnesi personale, l'anamnesi sistemica, la biografia dell'assicurato, i medicinali che assumeva al momento del ricovero e della dimissione, lo status, la valutazione, le terapie ed il decorso. Secondo il medico curante dell'insorgente, dr. _____, FMH medicina interna, " Herr RI 1 wurde stationär aufgenommen, aufgrund einer mittelschweren depressiven Episode im Rahmen einer Dyspnoeattacke, DD Lungenembolie, Pneumonie, die im Spital _____ behandelt worden ist. Der Patient wurde in gutem Allgemeinzustand zu uns verlegt. Es zeigte sich ein hoher seelischer Leidensdruck mit tiefer Verunsicherung im Lebensgefühl und starker

Angstsymptomatik, ob die Atemnot sich wiederholen könne. Im Verlauf der Hospitalisation konnte mit Hilfe der _____ Therapie (Gentiana 10%, täglichen Injektionen von Prunus und Aurum D20), aktivierender Kunsttherapie, täglichen Beineinreibungen mit Prunusöl wie auch Heileurythmie und Physiotherapie eine Stabilisierung des Patienten erreicht werden. Die antidepressiven Medikamente (Remeron, Temesta, Citalopram) konnte abgesetzt werden. Die Schmerztherapie (Dafalgan) konnte wieder reduziert werden. Die Unsicherheit im Gehen durch die vorhandene Polyneuropathie besserte sich unter Beineinreibung mit Prunusöl und der Heileurythmie zunehmend, so dass das Gangbild sich wieder normalisierte. Er fand mit Hilfe der Therapien zu seinen Kräften und konnte mit täglicher Unterstützung seitens der Spitex nach Hause entlassen werden. Die Angstzustände verminderten sich deutlich. Herr RI 1 kann in gebessertem Zustand in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen werde. Wir danken herzlich für die weitere Begleitung." Il 13 febbraio 2008 (doc. XVIII) questo Tribunale ha rivolto diversi quesiti al medico fiduciario dr. _____, specialista FMH in medicina interna, che si era già espresso in due occasioni riguardo alla necessità di prolungare la degenza del ricorrente presso l'Ospedale ticinese rispettivamente di trasferirlo alla clinica _____ (docc. 3 e 7). Il 22 febbraio seguente il medico si è così pronunciato: " Ritenute le condizioni di salute di RI 1 al momento delle dimissioni dall 'O ospedale _____ e considerata soprattutto la sua età (81 anni), dopo aver letto attentamente tutti i rapporti medici, quindi ora a posteriori, secondo lei l' 11 ottobre 2006 l' assicurato abbisognava di essere ancora ospedalizzato (non ha importanza dove) per essere curato a dovere in modo da ristabilire le sue precedenti condizioni di salute? Se sì, per quanto tempo? Se no, perché? Innanzitutto vorrei ricordare la mia posizione di medico di fiducia di CO 1, che a suo tempo valutò unicamente gli atti che mi furono messi a disposizione; dopo aver accettato dei prolungamenti di degenza presso l'Ospedale _____, quando il 04.10.2006 fu richiesto il trasferimento presso la Clinica _____, veniva citata una debolezza, astenia e quadro infettivo non risolto, con una deambulazione invalidante. In questa richiesta si prevedeva una ulteriore degenza di una settimana. In considerazione del fatto che è risaputo che un trasferimento in altro ospedale porta inevitabilmente ad un prolungamento della degenza (il nuovo medico deve conoscere il paziente, farsi un'idea del caso, programmare i nuovi accertamenti e le terapie e quindi eseguirle, mentre chi lo ha già in cura, prevedendo una sola settimana di ulteriore degenza ha evidentemente già programmato il tutto) la richiesta fu negata. Ciò nonostante il paziente fu trasferito alla Clinica _____ e dopo che CO 1 negò la copertura dei costi, il Dr med. _____, ammise nella sua lettera del 23.10.2006, che la diagnosi con cui era stato inizialmente richiesto il trasferimento, poteva ben spiegare il nostro rifiuto. Egli citava quindi la diagnosi di episodio depressivo di media gravità nell'ambito degli attacchi che avevano richiesto il primo ricovero a _____. Ora mi chiedete di valutare nuovi atti e prendere posizione. Vorrei innanzitutto precisare che il "riassunto della cartella clinica dell'ospedale di _____ datato 31.10.2006 è stato, non so per quale motivo, nuovamente redatto l'11.12.2006 in forma più completa, dilungandosi sulla valutazione e decorso (vi allego copia per conoscenza). Al secondo capoverso si cita: "I differenti esami non hanno permesso di ritrovare un focolaio infettivo evidente, oltre la presenza di un sospetto infiltrato, segnalato dal curante sulla radiografia effettuata ambulatoriamente. Un breve trattamento antibiotico mediante Avalox in associazione ad un trattamento inalatorio, ha permesso di risolvere la componente infettiva e migliorare il quadro respiratorio ". Quindi il quadro infettivo era alla fine risolto. Più oltre si scrive: "siamo stati anche interpellati dal comportamento scoraggiato e lievemente rallentato del paziente. Mediante

l'introduzione di un trattamento neurolettico basso-dosato per migliorare la qualità del sonno e di Citalopram al mattino, abbiamo osservato nell'ultima parte della degenza in associazione a miglioramento sul piano respiratorio, anche un lento miglioramento timico". Si trattava quindi di un lieve disturbo dell'umore che è migliorato con l'introduzione dei medicinali. La lettera del Dr med. _____ del 22.06.2007 inviata allo studio legale RA 1 sembra invece parlare di un altro paziente e, improvvisamente la degenza si sarebbe verosimilmente prolungata per ragioni mediche per 2 o 3 settimane oltre la data del trasferimento. Ricordo che il Dr med. _____ dopo la dimissione non ha più visto il paziente ma ha cambiato decisamente la sua opinione. La sua lettera sembra essere in completo contrasto con la lettera del Dr med. _____ che attesta che il paziente è stato trasferito in buone condizioni generali e con il rapporto di degenza appena citato. I rimanenti rapporti medici non portano a mio parere ulteriori informazioni riguardo la necessità di degenza, infatti troviamo spesso pareri contrastanti. A mio parere il signor RI 1 alla dimissione necessitava al massimo ancora di una settimana di degenza che poteva avvenire, per motivi essenzialmente pratici, presso l'ospedale _____ ma non è avvenuta per "abbiamo infine acconsentito al trasferimento secondo il desiderio del paziente alla clinica _____ di _____, per accertamenti in ambito _____ e cure del caso". La patologia per cui è stato curato è visibile nel rapporto alla dimissione della Clinica _____ del 27.11.2006. Viene descritto uno stato depressivo che è stato curato con una terapia _____ nel cui merito non posso entrare in quanto non conosco questo tipo di terapie, non basate sull'evidenza e soprattutto non in ambito LaMal. La terapia medicamentosa è stata sospesa a favore di iniezioni di prugne e oro, oltre alle applicazioni di "Kunsttherapie". Oppure sarebbero state sufficienti delle cure mediche prestategli ambulatoriamente? Se sì, per quanto tempo? Se no, perché? Sia per il fatto che il tenore dei certificati medici appare così contrastante, sia per il fatto che sono state applicate delle cure non convenzionali, non sono in grado di rispondere alle vostre domande. Finirei per rispondere in maniera assolutamente teorica, imprecisa; come posso ad esempio giudicare se una terapia con massaggi di olio di prugne alle gambe possa giovare ad una polineuropatia e soprattutto se possa essere eseguito in un ospedale ticinese? Forse a quel momento mi si direbbe che le prugne di _____ sono migliori di quelle ticinesi. A mio parere il paziente nelle settimane passate presso la clinica _____ è stato accudito a livello di personale alberghiero e soltanto in parte infermieristico, assistendo a quel miglioramento spontaneo che avrebbe potuto presentare anche a domicilio. Sue conclusioni ed eventuali osservazioni: Da tutti i certificati medici in mio possesso non si possono evidenziare motivazioni chiare e inequivocabili che possano giustificare il trasferimento in un altro ospedale." 2.7. Secondo la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali e relativa alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF I 462/05 del 25 aprile 2007, STFA I 355/03 del 26 agosto 2004, consid. 5, STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). A proposito delle perizie mediche eseguite

nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STF I 462/05 del 25 aprile 2007, STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF I 462/05 del 25 aprile 2007, STFA I 355/03 del 26 agosto 2004, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF I 462/05 del 25 aprile 2007, STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003).

2.8. Nel caso concreto, l'in sorgente sostiene (implicitamente) che vi siano dei motivi di ordine medico ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 LAMal affinché la Cassa malati si assuma i costi cagionati dalla degenza dall'11 al 28 ottobre 2006 presso la Clinica _____, mentre la Cassa malati è d'avviso opposto, poiché l'essere curato in un ospedale acuto senza che vi siano motivi medici non risponde ai criteri di economicità e appropriatezza fissati dall'art. 32 LAMal. Occorre principalmente evidenziare che l'Allegato I dell'OPre, all'art. _____, non prevede più,

dal 1° luglio 2005, il rimborso della medicina _____. Già per questo motivo, quindi, i trattamenti _____ ricevuti dal ricorrente ad _____ nell'ottobre 2006 non possono essere messi a carico della Cassa malati e pertanto il ricorso va, su questo punto, respinto. 2.9. Ad ogni buon conto, quand'anche la LAMal venisse in aiuto all'assicurato, tuttavia, affinché la prestazione in esame possa essergli in concreto rimborsata, occorrerebbe ancora che il ricovero sia stato necessario. Il diritto a prestazioni per un trattamento in ambito ospedaliero implica infatti che quest'ultimo sia necessario e serva alla cura di malattie acute o all'attualizzazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal). Ciò che, per contro, non è avvenuto. Quale necessità, ovvero quali motivi medici (Eugster, op. cit., N. 963, pag. 724), l'art. 41 cpv. 2 LAMal considera i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate nel luogo di domicilio (lett. a) oppure nel Cantone di domicilio dell'assicurato (lett. b). Innanzitutto, non v'è dubbio che il trasferimento del ricorrente presso la _____ Klinik di _____ non costituiva un ricovero d'urgenza (Eugster, op. cit., N. 964, pag. 724); né v'erano indicazioni in tal senso nel rapporto d'uscita redatto dal medico curante ticinese, né lo stesso assicurato pretende che questa ipotesi si sia realizzata. In secondo luogo, va ricordato che il dr. med. _____, che ha dimesso il ricorrente l'11 ottobre 2006, ha specificato che il trasferimento presso la Clinica _____ di _____ avveniva unicamente " per accertamenti in ambito _____ e cure del caso ". Questa frase rappresenterebbe dunque l'indicazione medica che la legge (art. 41 cpv. 2 LAMal) richiede, affinché la Cassa malati si prenda a carico delle prestazioni eseguite fuori Cantone di domicilio dell'assicurato. Al riguardo, occorre osservare che i trattamenti ricevuti quali la fisioterapia per le gambe ed i massaggi alle gambe con olio di prugna, come pure le iniezioni giornaliere di prugne e di oro e la terapia dell'arte (" Kunsttherapie "), potevano essere dispensate anche nel Cantone di domicilio. Infatti, in Ticino opera sia un medico _____ (dr. med. _____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, che dispensa anche cure alternative), sia sono presenti tanto le strutture quanto il personale competente per praticare la fisioterapia. Occorre peraltro osservare che, al momento del suo trasferimento alla Clinica _____, le condizioni di salute dell'assicurato era migliorate. Invero, al termine della sua degenza presso l'Ospedale _____ (doc. 13), il ritmo cardiaco dell'assicurato era stato rallentato e stabilizzato, ciò che ha permesso di sospendere l'antiaritmico e di ottenere un ritmo meno tachicardico ed irregolare. Inoltre, un breve trattamento antibiotico ha risolto la componente infettiva e migliorato il quadro respiratorio. Infine, un trattamento neurolettico basso-dosato ha migliorato la qualità del sonno dell'assicurato ed ha permesso un lento miglioramento timico. Lo stesso dr. med. _____, che ha preso in cura il ricorrente al suo arrivo alla _____ Klinik, ha attestato che il paziente è stato trasferito in buone condizioni generali di salute. Pertanto, d'avviso del TCA, alla luce delle certificazioni mediche raccolte agli atti, emerge che la degenza dell'assicurato presso la Clinica _____ non aveva un fondamento medico, ossia il medesimo Ospedale _____ non aveva disposto il trasferimento nella predetta Clinica per motivi medici nel senso previsto dall'art. 41 cpv. 2 LAMal, ma solo perché l'assicurato stesso ne aveva fatto particolare richiesta, trovandosi più a suo agio a contatto con le terapie _____ piuttosto che con quelle tradizionali, ma senza che la cura dispensatagli fosse effettivamente l'unica soluzione praticabile, e meglio efficace, appropriata e di carattere economico. Stante quanto precede, il soggiorno nella struttura _____, nel caso concreto, non presentava un valore aggiunto considerevole dal punto di vista terapeutico rispetto sia alle cure di simile tenore _____ sia a delle comuni

sedute fisioterapiche, dato che per entrambe egli poteva comunque beneficiarne nel Cantone di domicilio, come pure al suo domicilio e/o nei suoi dintorni. A tutti gli effetti, quindi, alla luce della documentazione acquisita nel caso in esame, non era dunque data un' indicazione medica – nel senso previsto dalla legge - per recarsi fuori Cantone per sottoporsi a specifiche cure _____. Come indicato, l' assicurato avrebbe ugualmente potuto beneficiare di prestazioni simili (come la fisioterapia e la stessa terapia _____ praticate nel Cantone di domicilio) - o altri metodi di trattamento entranti in linea di considerazione - aventi effetto positivo sulla sua salute, anche nel Cantone del suo domicilio (sia ambulatorialmente sia stazionariamente), evitando così i costi delle cure stazionarie fuori Cantone (sia dal profilo delle cure ospedaliere ricevute sia anche del soggiorno alberghiero), che hanno reso la contestata cura non economica. Questi altri possibili trattamenti in Ticino non presentavano, dal profilo medico, differenze di rilievo, nel senso che sono da ritenere equivalenti. Pertanto, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica, deve essere considerata prioritaria nell'ambito dell'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattia obbligatoria. In questo senso, d' avviso del Tribunale, visti i summenzionati miglioramenti delle condizioni di salute dell' insorgente riscontrati al termine della degenza durata un mese presso l' Ospedale di _____, una permanenza presso questo stesso nosocomio o, eventualmente, un trattamento ambulatoriale nel Cantone di domicilio, avrebbero verosimilmente sortito i medesimi effetti delle cure praticate all'insorgente, nel rispetto, tra l'altro, occorre ribadirlo, del principio secondo cui le prestazioni ricevute devono essere efficaci, appropriate e economiche (art. 32 cpv. 1 LAMal). Anche dal profilo della necessità medica intesa secondo l'art. 41 cpv. 2 LAMal, ossia di recarsi fuori Cantone per ricevere dei trattamenti medici, il ricorso va respinto. 2.10. La Cassa malati CO 1, nella decisione impugnata, ha respinto integralmente la richiesta dell' assicurato di assumersi i costi derivanti dalla degenza presso la predetta Clinica di _____, a motivo che non v' era alcuna indicazione medica per recarsi fuori Cantone per farsi curare (docc. A1 e A4). Con la risposta di causa, la Cassa malati ha inoltre affermato che " non era più necessaria alcuna cura ospedaliera " stazionaria, concludendo quindi per contro che " La cura che all' epoca era ancora necessaria dal punto di vista medico, sarebbe stata garantita dall' impiego dei servizi spitex. ". A suo dire, " Il fatto che l' assicurato non fosse in grado di gestire la casa da solo e che quindi dovesse permanere in un ospedale, non giustifica la necessità di degenza. Questa infatti sussiste se una persona per motivi di ordine medico deve farsi curare in un centro stazionario. I costi di prestazioni di economia domestica non sono assicurati nell' ambito della LAMal.". Come visto, il TCA ha accertato che non v' era alcuna necessità medica per l' insorgente di recarsi fuori Cantone di domicilio, potendo egli farsi curare ambulatorialmente o stazionariamente in Ticino. Resta ora da stabilire se, come sostiene la Cassa malati, un trattamento ambulatoriale sarebbe stato sufficiente, oppure se erano date le premesse per ammettere un ricovero ospedaliero. Già si è evidenziato che, al momento delle dimissioni dall' Ospedale _____, il quadro clinico del paziente era migliorato, in particolare dal profilo del ritmo cardiaco, del piano respiratorio e timico nonché della qualità del sonno. Tuttavia, il rapporto d' uscita allestito dal dr. med. _____ della _____ (doc. XVbis), il quale ha avuto in cura il ricorrente dall'11 al 28 ottobre 2006, illustra l'anamnesi del paziente al suo ricovero, indicando che RI 1 era molto insicuro e spaventato riguardo al ripresentarsi di un nuovo attacco di dispnea. Era inappetente e presentava difficoltà motorie. Non sapeva se sarebbe stato in grado di fronteggiare come prima la vita quotidiana. Egli viveva da solo a casa e faceva tutto da solo.

A quel momento si sentiva troppo debole e non in grado di evadere le faccende di casa. Fino ad un mese prima riusciva a camminare senza l'ausilio di un bastone, mentre poi ne aveva bisogno, dato che aveva debolezza nelle gambe e da 10 giorni pure dolori alla schiena con irradiazioni nella gamba sinistra. Malgrado ciò, il curante ha precisato che il paziente è arrivato in buone condizioni generali di salute. Presentava una profonda sofferenza psicologica con profonda insicurezza nel senso della vita e forti sintomi di paura, riguardo al fatto che si potesse ripresentare una situazione di difficoltà di respiro, d'affanno come quella che è stata alla base del suo ricovero d'urgenza a _____. Grazie all'aiuto di terapie _____ (come l'assunzione di genziana al 10%, iniezioni quotidiane di prugna e oro D20), della terapia dell'arte, di massaggi giornalieri alle gambe con olio di prugna come anche l'euritmia curativa e la fisioterapia, i medici sono riusciti a stabilizzare l'assicurato. La cura con medicinali antidepressivi ha potuto essere quindi interrotta, mentre la terapia contro il dolore (dafalgan) è stata ridotta. L'insicurezza nell'incedere dovuta alla preesistente polineuropatia è stata migliorata grazie ai massaggi alle gambe con olio di prugna e con l'euritmia curativa, cosicché il quadro motorio si è normalizzato. Con l'aiuto di queste terapie il ricorrente ha recuperato le sue forze ed ha potuto rientrare a casa, fermo restando un accompagnamento quotidiano da parte di Spitex. Infine, gli stati di paura sono diminuiti molto chiaramente. La dottoressa _____, sua curante, ha attestato che la sofferenza respiratoria, che è stata la causa scatenante del ricovero urgente dell'assicurato presso il citato nosocomio ticinese, ha poi comportato un enorme affaticamento, momenti di confusione mentale ed inappetenza. Queste circostanze hanno fatto sì che alla dimissione dell'11 ottobre 2006 l'insorgente non era comunque assolutamente in grado di fare rientro al suo domicilio, nemmeno se fosse stato assistito da aiuti domiciliari (doc. A3). Anche un amico del ricorrente, che gli ha reso più volte visita durante la sua degenza in Ticino, ha descritto lo status dell'assicurato come senz'altro atipico e non riflettente le normali condizioni di salute e psicologiche dell'interessato, tanto che un rientro a casa, dove viveva da solo, sarebbe stato inimmaginabile a quel momento (doc. A14). 2.11. Ora, considerato il quadro clinico appena esposto, secondo questo Tribunale la Cassa malati è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero del ricorrente in un nosocomio ticinese, poiché la sua ripresa in salute a _____ non è stata totale ma, come evidenziato, il suo organismo mostrava ancora delle debolezze. D'altronde, lo stesso medico fiduciario della Cassa malati, dr. med. _____, su cui bisogna fare affidamento in virtù della summenzionata giurisprudenza e dell'art. 57 LAMal, aveva a quel tempo (doc. 3: 6 ottobre 2006 rispettivamente doc. 7: 23 ottobre 2006) espressamente accordato all'assicurato il prolungamento della sua degenza per una settimana presso quella medesima struttura, non senza dimenticare in particolare lo stato depressivo medio-grave ancora presente, che peraltro viene proprio curato in quel nosocomio. Sulla base del primo parere del medico interpellato, il 9 ottobre 2006 (doc. 4) CO 1 ha così inviato direttamente all'Ospedale _____ uno scritto con cui comunicava la concessione della garanzia della copertura dei costi ospedalieri a favore dell'assicurato fino al 14 ottobre 2006. Pertanto, ritenuto che, comunque, v'era una reale necessità medica che l'assicurato fosse a tutti gli effetti curato stazionariamente in un ospedale acuto del Cantone di domicilio almeno ancora per qualche giorno dopo l'avvenuta dimissione, questa Corte conclude che fino al 14 ottobre 2006 compreso la Cassa malati è chiamata a riconoscere all'insorgente – e quindi a farsi carico – le relative spese di ricovero a _____ secondo la tariffa applicata per questa struttura ticinese. Non occorre qui, infine, determinare se un ricovero stazionario era anche necessario dal profilo sociale. Come evidenziato ai considerandi 2.3 e 2.5, infatti, secondo il

TFA (DTF 126 V 326 consid. 2b), un'ospedalizzazione diventa necessaria anche quando essa si giustifica dal profilo soggettivo: determinante non è soltanto il quadro clinico, ma anche numerosi altri fattori riconducibili alla situazione personale del malato (mancanza di cure a domicilio, particolarità sociali, ...). 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 (RAMI 1989 pag. 154). Alla luce di quanto precede, questo Tribunale giunge quindi alla conclusione che il ricovero stazionario dell'assicurato in una struttura acuta nel Cantone Ticino si imponeva comunque per qualche giorno ancora oltre l'11 ottobre 2006, e ciò per motivi d'ordine medico, come indicato dal dott. _____ e ritenuto implicitamente dall'assicuratore. V i sono pertanto in concreto tutti gli elementi per ammettere un ricovero dell'insorgente in un nosocomio del suo Cantone di domicilio - in luogo e vece, come visto, del trasferimento ad _____. Di conseguenza, ritenuta l'ospedalizzazione del ricorrente, che doveva avvenire nel Cantone di domicilio, ma è avvenuta nella Clinica di _____, la Cassa malati deve riconoscere all'assicurato al massimo i costi ospedalieri secondo la tariffa che avrebbe applicato al ricorrente nel caso della continuazione fino al 14 ottobre 2006 del suo precedente ricovero presso l'Ospedale _____ di _____ (art. 41 cpv. 1 LAMal). Conformandosi a questa conclusione, CO 1 dovrà dunque emanare una nuova decisione formale contemplante l'ammontare definitivo che riconoscerà come a suo carico sulla pretesa iniziale di Fr. 10'152.- pretesi dal ricorrente. 2.12. Il ricorso va parzialmente accolto, con conseguente riconoscimento di indennità di ripetibili parziali all'assicurato, siccome patrocinato da un legale (art. 61 lett. g LPGa).

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