

TI_GERICHTE 36.2007.154 vom 21. Februar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-02-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.154

FR: TI_GERICHTE 36.2007.154 du 21 février 2008

IT: TI_GERICHTE 36.2007.154 del 21 febbraio 2008

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di farmaci nell'ambito di un trattamento non riconosciuto dalla LAMal respinto poiché nel caso specifico prevale la prestazione non obbligatoria

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00) e 2 cpv. 1 LPTCA. 2. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA) per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. In ambito cantonale, la LCAMal all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà, per analogia, la Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA). In concreto, con atto del 19 settembre 2007 RI 1 ricorre contro la decisione su opposizione del 21 agosto 2007 tramite la quale l'assicuratore ha pure preso posizione sulle prestazioni LCA che l'interessata aveva espressamente chiesto di esaminare tramite la sua opposizione. Anche con la risposta la Cassa malati accenna a prestazioni derivanti dalla LCA, affermando tuttavia che nel caso di specie non sono dati gli estremi per riconoscerle. Nella misura in cui l'assicurata fa valere prestazioni derivanti dai contratti assicurativi retti dal diritto privato, le sue pretese saranno oggetto di giudizio separato da parte di questo Tribunale (inc. 36.2008.21). nel merito 3. Per l'art. 25 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Queste prestazioni comprendono in particolare i medicinali prescritti dal medico (art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal). Conformemente all'art. 34 cpv. 1 LAMal per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25-33. Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere

comprovata secondo metodi scientifici (art. 32 cpv. 1 LAMal). Una prestazione è efficace quando ci si può oggettivamente attendere il risultato terapeutico voluto dal trattamento della malattia, ossia l'eliminazione dell'affezione somatica o psichica (DTF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMI 2000 n. KV 132 pag. 281 consid. 2b). La questione dell'appropriatezza della prestazione si apprezza in funzione del beneficio diagnostico o terapeutico dell'applicazione nel caso particolare, tenendo conto dei rischi e dello scopo terapeutico (DTF 127 V 146 consid. 5). L'appropriatezza rileva di regola da criteri medici ed è strettamente legata alla questione dell'indicazione medica; quando l'indicazione medica è chiaramente stabilita, il carattere appropriato della prestazione lo è ugualmente (DTF 125 V 99 consid. 4a). Il criterio dell'economicità concerne il rapporto tra i costi e il beneficio della misura, quando nel caso concreto differenti forme e o metodi di trattamento efficaci e appropriati entrano in linea di conto per combattere la malattia (DTF 127 V 146 consid. 5). 4. In concreto l'insorgente non contesta che i trattamenti cui è stata sottoposta (tecnica ICSI: microinseminazione o iniezione di sperma intracitoplasmatica; IVF: fertilizzazione in vitro; Thawing) non sono prestazioni obbligatorie a carico della LAMal. Del resto l'art. 3 dell'allegato 1 dell'OPre prevede unicamente l'assunzione dei costi dell'inseminazione intrauterina, mentre esclude esplicitamente la fecondazione in vitro per esame della sterilità e la fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE), nonché l'embolizzazione del mioma uterino. La ricorrente non chiede neppure che il Tribunale decida in merito ad una loro presa a carico da parte dell'assicurazione di base (cfr. ricorso: " Voglio precisare che non si richiede il rimborso per l'intervento ma unicamente per i medicinali. "). L'interessata domanda l'assunzione dei costi dei farmaci assunti per il trattamento della sterilità, ossia il luvetris, il puregon e il pregnyl (cfr. doc. A13). Entrambe le parti sono concordi che questi medicinali sono presenti nell'elenco delle specialità. L'assicuratore rileva tuttavia che la loro somministrazione è avvenuta nell'ambito di cure non riconosciute dall'assicurazione di base, per cui anche i loro costi non possono venir rimborsati dall'assicurazione sociale. 5. A questo proposito, il TFA in una sentenza pubblicata in DTF 120 V 200, al consid. 7 ha stabilito che nel caso di concorso di misure che costituiscono prestazioni obbligatorie e misure per le quali non esiste nessun obbligo o soltanto un obbligo ridotto di prestare, decisivo è stabilire se i provvedimenti si trovino in un rapporto di stretta connessione tra di loro. In quest'ultima ipotesi, l'insieme delle misure non sarà assunto dalla cassa malattia qualora prevalga la prestazione non obbligatoria. L'Alta Corte ha in particolare affermato: " (...) b) In der Vergangenheit hat sich verschiedentlich die Frage gestellt, ob eine Kasse für Massnahmen, welche für sich allein betrachtet zu den Pflichtleistungen zählen, auch dann aufzukommen hat, wenn diese im Zusammenhang mit medizinischen Vorkehren stehen, für welche sie nicht oder nur beschränkt leistungspflichtig ist. Die diesbezügliche Rechtsprechung wird im unveröffentlichten Urteil F. vom 20. Oktober 1992 in dem Sinne wiedergegeben, dass beim Zusammentreffen mehrerer medizinischer Massnahmen, die gleichzeitig verschiedene, jedoch unter sich zusammenhängende Zwecke verfolgen, die für sich allein genommen sozialversicherungsrechtlich unterschiedliche Folgen nach sich ziehen würden, das Schicksal der gesamten therapeutischen Behandlung vom Hauptzweck abhängig zu machen ist. Dieses Urteil übernimmt dabei die schon in RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 verwendete Formulierung; ferner verweist es auf RSKV 1970 Nr. 59 S. 20 und RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7. aa) In RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 (ital. Original in EVGE 1968 S. 240) lehnte das Gericht im Falle einer stationären Behandlung wegen psychischer Depression bei sekundärem Alkoholismus die Kürzung des Krankengelds mit der Begründung ab, dass die

Behandlung primär wegen der psychischen Depression notwendig war und dass die einhergehenden antialkoholischen Massnahmen bloss sekundärer Natur waren; daher habe die Vorinstanz Bundesrecht nicht verletzt, wenn sie für die Beurteilung der Leistungspflicht nur den Hauptzweck der stationären Behandlung als rechtserheblich betrachtet habe. In RSKV 1970 Nr. 59 S. 20 sodann wurde bei einem wegen psychosomatischer Störungen depressiver Art hospitalisierten Versicherten, der mit einer wissenschaftlich nicht anerkannten Methode (Frischzellen-Therapie) behandelt wurde, entschieden, dass ärztliche Behandlung und Heilanstaltsaufenthalt in ihrer Gesamtheit nicht zu Lasten der Kasse gingen, weil die Injektionen von Frischzellen die Grundlage der Behandlung ("base de traitement") und den Grund des Klinikaufenthalts gebildet hätten. Ferner verneinte das Gericht in RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7 im Falle von wissenschaftlich nicht anerkannten Massnahmen (Neuraltherapie, Nosodentherapie) zufolge Wesentlichkeit dieser Therapien im Rahmen der Gesamtbehandlung ("les thérapies contestées forment les éléments principaux") die Leistungspflicht auch bezüglich der integrierenden Teil dieser Behandlung bildenden Verrichtungen wie Diagnosestellung und gewisse Analysen. Das Gericht fügte bei, der Umstand, dass einige mehr oder weniger nebensächliche Verrichtungen (wie eben Diagnosestellung und Analysen) der klassischen Medizin zuzuordnen seien, bedeute nicht, dass diese - soweit überhaupt möglich - von der eigentlichen Behandlung getrennt zu betrachten und von den Kassen als Pflichtleistung zu übernehmen seien. Schliesslich hat das Gericht im zitierten Urteil F. vom 20. Oktober 1992 erkannt, dass, die dort vorgenommene, nicht als Pflichtleistung anerkannte Iscadorbildung als Hauptzweck des Klinikaufenthaltes eindeutig im Vordergrund gestanden habe, während den weiteren therapeutischen Vorkehren lediglich untergeordnete Bedeutung zugekommen sei; daher wurde für die ganze Behandlung in ihrer Gesamtheit die Leistungspflicht verneint. bb) Die im Urteil F. vom 20. Oktober 1992 aus RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 übernommene Formel, wonach das Schicksal der gesamten therapeutischen Behandlung vom "Hauptzweck" abhängig sei, ist ungenau. Im Originaltext (RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 ist - wie gesagt - eine Übersetzung) ist nämlich nicht von "Hauptzweck", sondern vom "überwiegenden Zweck" (fine preponderante) die Rede (EVGE 1968 S. 241 oben). EVGE 1968 S. 241 nimmt in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die im Rahmen von Art. 12 IVG zu Behandlungskomplexen ergangene Rechtsprechung Bezug. Darin ist ebenfalls nicht von Haupt- oder Nebenzweck die Rede. Vielmehr beurteilt sich der rechtliche Charakter von mehreren medizinischen Massnahmen mit verschiedenem Zweck danach, "in welchem Verhältnis sie zueinander stehen". Die erforderliche enge Konnexität der Massnahmen ist dabei dann gegeben, "wenn sich die einzelnen Vorkehren nicht voneinander trennen lassen, ohne dass dadurch die Erfolgsaussichten gefährdet würden, und die einen Vorkehren für sich allein nicht von solcher Bedeutung sind, dass die andern Vorkehren in den Hintergrund treten". Ist enge Konnexität in diesem Sinne zu bejahen, "so ist die Invalidenversicherung nur dann leistungspflichtig, wenn die auf die Eingliederung gerichteten Vorkehren überwiegen" (vgl. die in BGE 112 V 352 f. Erw. 5b dargestellte Zusammenfassung der Rechtsprechung). Diese Grundsätze gelten laut EVGE 1968 S. 241 in analogen Fällen auch in Krankenversicherungs-Fällen. Demnach kommt es beim Zusammentreffen von Massnahmen, die zu den Pflichtleistungen zählen, und solchen, für die keine oder nur eine beschränkte Leistungspflicht besteht, zunächst darauf an, ob die Massnahmen in einem engen Konnex zueinander stehen. Ist dies zu bejahen, so gehen sie in ihrer Gesamtheit dann nicht zu Lasten der Kasse, wenn die nichtpflichtige Leistung überwiegt (was in RSKV 1970 Nr. 59 S. 20, RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7 und im Urteil F. vom 20. Oktober 1992 eindeutig

zutraf). In un'altra sentenza pubblicata in DTF 120 V 472 l'Alta Corte ha ribadito quanto esposto in precedenza, rilevando: " 6b) Selon la jurisprudence, lorsque plusieurs mesures sont appliquées dans le cadre d'un même traitement (complexe thérapeutique) et que certaines d'entre elles sont obligatoirement à la charge des caisses-maladie, tandis que d'autres ne le sont pas (ou ne le sont qu'en partie seulement), il faut se demander s'il existe un lien d'étroite connexité entre chacune de ces mesures. Dans l'affirmative, le traitement dans son ensemble n'est pas à la charge des caisses-maladie si les prestations non obligatoires apparaissent prépondérantes. Par exemple, si un assuré se rend dans un établissement hospitalier pour y suivre un traitement complexe, dont l'élément prépondérant n'est pas scientifiquement reconnu, le traitement médical dans son ensemble (y compris les mesures connexes qui relèvent de la médecine classique) et l'hospitalisation ne sont pas à la charge de la caisse-maladie (arrêt S. du 30 mars 1994, ATF 120 V 200; RAMA 1988 no K 753 p. 7; RJAM 1970 no 59 p. 17). En l'espèce, il apparaît clairement que l'application ou l'administration de dérivés d'acide fumarique a été la composante prépondérante du traitement du psoriasis prodigué à l'intimée. Un soutien psychothérapeutique, des mesures diététiques, l'héliothérapie, favorisée par le climat de Leysin, sont des aspects accessoires du traitement." (DTF 120 V 472, consid. 6b, pag. 480) (cfr. anche SVR 2002, KV Nr. 46, pag. 167). La giurisprudenza è stata recentemente confermata dalla sentenza K 153/06 del 28 novembre 2007, consid. 2.5.2, in cui il Tribunale federale ha inoltre ribadito che si applica pure nell'ambito della LAMal (e non solo della LAMI in vigore al momento dell'emanazione delle citate sentenze; cfr. DTF 130 V 532 consid. 6.1 pag. 544; cfr. anche STF I 1098/06 del 29 novembre 2007, consid. 6.2 destinata a pubblicazione). Va inoltre segnalata la sentenza K 107/03 del 2 marzo 2005 dove la nostra Massima Corte ha confermato il rifiuto della Cassa malati di pagare i costi dei medicinali somministrati ad una ricorrente nell'ambito di una fecondazione in vitro e di un trasferimento di embrioni ("Fivete"), giacché il trattamento principale non era a carico della LAMal (consid. 5): " Il n'y a pas non plus d'inégalité de traitement dans le fait que certains médicaments figurant sur la liste des spécialités ne sont pas remboursés lorsqu'ils [sont] destinés à une FIVETE alors qu'ils le sont pour d'autres traitements mentionnés dans le catalogue des prestations de l'OPAS. Cette différence s'explique bien plutôt par la notion de complexe thérapeutique: en cas de concours de mesures appartenant aux prestations obligatoires et de mesures pour lesquelles il n'existe aucune obligation de prise en charge ou qu'une obligation limitée, est décisif le point de savoir si ces mesures sont dans un rapport étroit de connexité les unes avec les autres; si tel est le cas et lorsque la prestation non obligatoire prédomine, l'ensemble des mesures n'est pas à charge des caisses-maladie (cf. SVR 2004 KV n° 4 p. 13 consid.

E. 4

et les références citées; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 216, p. 108)." 6. Nel caso di specie l'assicurata ha assunto i medicinali in parola nell'ambito di un trattamento contro la sterilità (cfr. doc. 4 e seguenti). Il 2 maggio 2006 il dr. med. _____, ha attestato che il trattamento contro l'infertilità ha avuto inizio quel giorno e sarebbe consistito nella fecondazione in vitro IVF (doc. 4). Il

E. 9

ottobre 2006 il medico ha trasmesso alla ricorrente una nota d'onorario da cui emerge che dal 4 al 9 ottobre 2006 l'insorgente è stata sottoposta ad una microinseminazione (ICSI).

Dalla documentazione risulta la somministrazione di Puregon il 22 e 29 settembre 2006 (oltre all'orgalutran, cfr. doc. 8-12), nonché di Pregnyl il 4 ottobre 2006 (doc. 12). Il 16 maggio 2007 il dr. med. _____ ha precisato di aver diagnosticato una "sterilità primaria di 10 anni" e "utero myomatoso". Lo specialista ha precisato che nell'ambito del trattamento "abbiamo effettuato due ICSI, una in data 06.10.2006 e l'altra il 28.11.2006, entrambe con esito negativo. Il 18.04.2007 abbiamo effettuato un ciclo di scongelamento (thawing) sfociato purtroppo solo in una gravidanza biochimica. Per questi 3 interventi la paziente ha dovuto sottoporsi ad una terapia ormonale per stimolare l'ovulazione. Considerando l'età della paziente e la patologia dello spermioγραμμα del marito era l'unico modo possibile per tentare di ottenere una gravidanza." (doc. 16) Alla luce della documentazione agli atti ed in particolare delle attestazioni mediche, questo Tribunale deve concludere che i farmaci sono stati assunti dalla ricorrente nell'ambito di trattamenti (ICSI, IFV e thawing) i cui costi non sono a carico dell'assicurazione malattia (cfr. art. 3 dell'allegato 1 all'OPre) e di cui la ricorrente non chiede al TCA il pagamento. Trattandosi di provvedimenti che si trovano in un rapporto di stretta connessione tra di loro e prevalendo la prestazione non obbligatoria, l'insieme delle misure, compresi dunque i costi dei farmaci, non vanno assunte dall'assicuratore convenuto. Nulla cambia lo scritto del 18 febbraio 2008, trasmesso dall'insorgente nell'ambito della parallela causa di diritto privato, dove l'assicurata afferma che le cure intraprese hanno avuto lo scopo di prevenire e promuovere il suo stato di salute psicologico (doc. XIV, inc. 36.2008.21). Infatti l'assicurata non sostiene di essere stata in cura da uno psichiatra (nello scritto del 18 febbraio 2008 indica che il suo medico ginecologo l'ha consigliata di prendere contatto con il medico della _____, il quale è anch'egli ginecologo) e comunque i medicinali assunti e per i quali viene chiesto il rimborso sono stati presi nel corso di un trattamento (inseminazione in vitro, cfr. anche doc. XIV, inc. 36.2008.21), che l'OPre esclude espressamente da quelli a carico dell'assicurazione obbligatoria (cfr. art. 3 dell'allegato 1 all'OPre). In queste circostanze la decisione merita conferma, mentre il ricorso va respinto.

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