

TI_GERICHTE 36.2008.16 vom 16. Juni 2008

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2008.16

FR: TI_GERICHTE 36.2008.16 du 16 juin 2008

IT: TI_GERICHTE 36.2008.16 del 16 giugno 2008

Regeste

Rifiuto da parte della Cassa malati di assumersi i costi di degenza per l'esecuzione di fisioterapia stazionaria poiché nel caso di specie non sono state esaurite le possibilità di effettuare dei cicli di fisioterapia in ambito ambulatoriale

Erwägungen

E. 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). ..." (STFA 26.11.1998). Il presupposto della necessità è pure dato se la possibilità di sottoporre l'interessato a trattamenti ambulatoriali si è esaurita, in quanto i provvedimenti si sono rivelati privi di successo dopo essere stati applicati per lungo tempo (DTF 120 V 206 consid. 6) e solo tramite una degenza ospedaliera si prospetta un successo (DTF 126 V 326 consid. 2b; DTF 120 V 206 consid. 6a e giurisprudenza citata). Determinante per stabilire la necessità è lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'entrata all'ospedale (RAMI 1994 K 939). 2.4. Va inoltre ancora rilevato che l'esecuzione di una terapia intensiva secondo un programma medico definito non modifica la natura della cura: il TFA ha infatti già negato la necessità di cura ospedaliera per caso acuto in casi in cui era prescritta un'intensa fisioterapia poiché, secondo la Corte federale, la ginnastica medica e la ginnastica in acqua svolte allo scopo di rafforzare e stabilizzare la schiena e per migliorarne le funzioni possono, di regola, essere effettuate ambulatoriamente. Il TFA ha aggiunto che "non rappresenta un motivo oggettivo e sufficiente a fondare la necessità di cura ospedaliera (n.d.r: cioè di cura come caso acuto) il fatto che, in una clinica reumatologica, le terapie fisiche vengono suddivise durante tutta la giornata con pause di recupero e di riposo" (STFA 8 ottobre 1992 nella causa C.). Secondo il TFA, una cura balneologica può fondare l'obbligo per le casse di concedere le prestazioni previste in caso di cura ospedaliera soltanto in presenza di patologie concomitanti (quali affezioni internistiche o affezioni all'apparato locomotorio) che rendono necessario un controllo medico intenso e l'utilizzo di infrastrutture presenti soltanto in ambiente ospedaliero (RAMI 1990, p. 24ss; 1987 109ss; STFA 3 giugno 1992 nella causa C., pubbl. parzialmente in R DAT II 1992 p. 143-144). 2.5. Per costante giurisprudenza sviluppatasi in ambito LAMI e ripresa nella LAMal (SVR 1999 KV 6 p. 12; RAMI 1998 n. KV 988 pag. 4 consid. 3a; cfr. RAMI 1999 n. KV 64 pag. 68 consid. 3b) sono considerate ineconomiche le misure mediche che non sono applicate nell'interesse del paziente oppure quelle che vanno oltre ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. In tali circostanze le casse hanno il diritto di rifiutare l'assunzione dei costi di misure terapeutiche non necessarie o di misure che potrebbero venire adeguatamente sostituite da altre meno costose (DTF 108 V 32 consid. 3a; 101 V 72 consid. 2; RJAM 1983 n. 557 pag. 287). L'assicurato non ha

alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi e i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 p. 4 consid. 3b e c). In tale ambito la LAMal attribuisce 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. Il suo ruolo persegue lo scopo di evitare agli assicuratori la presa a carico di misure inutili. Egli può inoltre offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (STFA del 21 marzo 2001, K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata).

2.6. 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 una 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, DTF 126 V 323). 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). 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 una 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.

E. 2

Per quale motivo è stata prescritta una cura stazionaria presso la Clinica di _____? I provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari potevano essere praticati in modo appropriato unicamente in una clinica? In caso di risposta affermativa, per quale motivo?

E. 2.8

Quanto alla valenza probante d'un rapporto medico, secondo la giurisprudenza 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, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozial-versicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). I referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure ad un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti a mettere in discussione la loro attendibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb e pag. 110 consid. 3c). Per quel che riguarda invece le perizie di parte, il Tribunale federale delle assicurazioni ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore, da un punto di vista probatorio, di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). In relazione poi alle attestazioni del medico curante, la nostra Massima istanza ha già ripetutamente stabilito che il giudice può ritenere, secondo la generale esperienza della vita, che, nel dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli tenda ad esprimersi a suo favore (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4 con riferimenti). Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA dell'8 ottobre 2002, I 673/00). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze precisando qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV 10 pag. 35 consid. 4b). 2.9. Alla luce della documentazione agli atti questo Tribunale ritiene che le conclusioni della Cassa vadano confermate. Innanzitutto va evidenziato come, contrariamente a quanto affermato dal medico curante, dr. med.

_____, e come invece rilevato dal medico fiduciario, dr. med. _____, l'assicuratore aveva fornito la garanzia per cure ambulatoriali (anche a domicilio) non per una semplice oretta alla settimana e per solo un paio di cicli, bensì, già nel giugno 2005, per 4 cicli annuali (doc. 13). Malgrado questa garanzia l'assicurata nel 2006 si è limitata ad effettuare un ciclo di fisioterapia di 9 sedute dal 26 gennaio al 17 marzo (doc. 11) e nel 2007 soli due cicli, sempre di 9 sedute, dapprima dall'8 gennaio al 26 gennaio (doc. 9) ed in seguito dal 24 giugno al 6 luglio 2007 (doc. 7). Ancora il 20 luglio 2007, ossia prima della degenza, l'assicuratore ha ribadito la necessità, prima di iniziare qualsiasi trattamento stazionario, di tentare una cura " intensiva ambulante di fisioterapia (da 2 a 3 trattamenti settimanali) per almeno 3 cicli ." (doc. 20), ossia una cura intensiva di almeno 9-13 settimane consecutive. Questo tipo di trattamento è maggiormente benefico poiché un rinforzamento della struttura muscolare a lungo termine non può essere raggiunto in sole 3 settimane (doc. IX/Bis). Come visto in precedenza (consid. 3), la necessità di ospedalizzazione ("Spitalbedürftigkeit") si realizza, di regola, da un lato se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale e, dall'altro, se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenti delle possibilità di successo (DTF 126 V 326 consid. 2b con riferimenti). Nel caso di specie questo non è il caso, giacché l'interessata non ha esaurito i trattamenti garantiti dall'assicuratore. Questi trattamenti, tra i quali figura anche la garanzia per la copertura dei costi di fisioterapia a domicilio (cfr. doc. 22), nel caso

in cui l'insorgente, anche a causa della sua età e della difficoltà nella deambulazione, non fosse stata in grado di spostarsi autonomamente, sono del resto quelli che gli specialisti della Clinica di _____ hanno consigliato al termine della degenza. Il dr. med. _____, della Clinica di _____, ha infatti invitato la ricorrente ad effettuare " fisioterapia ambulatoriale, per es. 2x/settimana, con training di deambulazione e di equilibrio e massaggio con trattamento dei punti Trigger a livello della colonna lombare " (doc. 16). Dai rapporti del dott. _____, specialista FMH in medicina interna e immunologia, della Clinica _____ e del dr. med. _____, primario della Clinica _____ di _____, emerge inoltre che la ricorrente non sembra aver avuto grandi benefici dalle degenze effettuate. In particolare, per quanto concerne la degenza oggetto del contendere, la stessa ricorrente alla fine della medesima non ha dichiarato " miglioramenti a livello della colonna lombare, persistono ancora dolori lungo le gambe distalmente ed occasionalmente accusa anche capogiri ." (doc. 16). Certo, i medici hanno constatato che obiettivamente " la mobilità della colonna lombare è leggermente migliorata " e che " all'anteflessione del tronco non presenta capogiri ", tuttavia va rilevato che malgrado la degenza sia durata due settimane, il miglioramento, oggettivo, è solo leggero. Del resto, a comprova della poca efficacia, in generale, dei trattamenti stazionari nel caso della ricorrente, va evidenziato che anche nel corso della degenza di tre settimane presso la Clinica _____ di _____, il dr. med. _____ ha rilevato come l'interessata è stata sottoposta " ad un trattamento fisioterapico regolare di mobilizzazione e rinforzo muscolare a scopo antalgico che non ha portato ad una chiara attenuazione della sintomatologia dolorosa. " (Doc. VII/2, sottolineatura del redattore) e che " una volta organizzato un'assistenza domiciliare adeguata " i medici hanno " lasciato rientrare " la ricorrente " a domicilio in condizioni più o meno invariate " (doc. VII/2, sottolineatura del redattore). Alla luce delle considerazioni suesposte, ed in particolare della circostanza, fondamentale, che la ricorrente ha deciso di effettuare una degenza prima di aver esaurito le possibilità segnalate e garantite dall'assicuratore di far capo a cicli ravvicinati ed intensivi di fisioterapia ambulatoriale, anche a domicilio, questo Tribunale condivide le conclusioni del medico fiduciario della Cassa il quale non ritiene che siano date le condizioni per una presa a carico dei costi della degenza. Nel caso di specie infatti l'utilità del trattamento stazionario non è resa verosimile. Riguardo alle critiche formulate dalla ricorrente a proposito della mancanza di conoscenza da parte del medico fiduciario della sua situazione concreta va evidenziato come quest'ultimo abbia comunque preso in considerazione tutti i documenti medici agli atti e, sulla base della sua esperienza, sia potuto giungere ad una convincente conclusione circa il trattamento maggiormente efficace, appropriato ed economico nel caso di specie. A questo proposito non va poi dimenticato il ruolo del medico della Cassa che la LAMal regola all'art. 57: " 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 al medico fiduciario un ruolo importante. Il medico di fiducia 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. 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 K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata). Il Dr. med. _____ appare nel caso concreto indipendente nel suo esame della situazione e, pur non avendo mai visitato la ricorrente, ha motivato in maniera chiara e adeguata la sua presa di posizione. Le valutazioni del medico curante, in particolare la circostanza che l'insorgente ha presentato una regressione parziale della sintomatologia dolorosa e che si è optato per un ricovero perché dei cicli di fisioterapia ambulatoriale non avevano portato ad alcun beneficio e perché i cicli di fisioterapia ambulatoriali erano difficilmente praticabili per la paziente, non sono supportati da dati clinici oggettivi. In particolare per quanto concerne la sintomatologia dolorosa, la medesima ricorrente alla dimissione non ha dichiarato miglioramenti a livello della colonna lombare ed ha evidenziato la persistenza di dolori lungo le gambe (doc. 16, cfr. anche doc. VII/2). Circa la difficoltà nell'effettuare i cicli di fisioterapia ambulatoriali, come più volte evidenziato, l'assicuratore ha garantito la presa a carico, se necessario, delle cure al domicilio della ricorrente e, soprattutto, le medesime non sono state effettuate regolarmente e secondo la garanzia prestata dall'assicuratore. Solo dopo aver esaurito quanto proposto dalla Cassa malati, sarebbe semmai possibile, se le condizioni sono date, effettuare una terapia stazionaria. In queste condizioni la decisione della Cassa di rifiutare il pagamento di ulteriori prestazioni per la degenza di _____ è corretta. 2.10. La ricorrente chiede l'assunzione di ulteriori prove (doc. I), in particolare l'allestimento di una perizia medica in merito al suo stato di salute, all'adeguatezza delle cure riabilitative stazionarie con trattamento fisioterapico intensivo prescritte dal medico curante, nonché ai benefici per la paziente delle cure suddette, l'edizione dall'assicuratore di tutta la documentazione attinente al caso concreto con particolare riferimento alla documentazione ricevuta dal medico curante, dr. med. _____, nonché l'audizione di quest'ultimo. Questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, poiché la causa ha potuto essere giudicata sulla base degli atti dell'incarto. In particolare va rammentato, come già accennato nei precedenti considerandi, che i pareri dei medici prodotti dalle parti permettono a questo Tribunale di statuire in merito alla vertenza senza dover far capo ad una perizia che non potrebbe portare alcun elemento di novità. Per quanto concerne l'audizione del medico curante, va invece evidenziato come questo Tribunale lo abbia comunque interpellato, chiedendogli di prendere posizione sulla fattispecie e come le parti abbiano potuto esprimersi in merito alle sue risposte. Una sua audizione è pertanto superflua. Infine, a proposito del richiamo dell'incarto dell'assicuratore, va rammentato che in sede di risposta la Cassa ha prodotto l'incarto completo, come richiesto dal TCA con l'ordinanza del 17 gennaio 2008 (doc. II). Conformemente alla costante giurisprudenza, se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 20 aprile 2005 nella causa Z., K 24/04; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti, SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b). In queste

circostanze questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. All'assicuratore, vincente in causa, non vanno assegnate ripetibili in quanto organizzazione incaricata di eseguire compiti di diritto pubblico.

E. 3

Il trattamento poteva essere effettuato ambulatoriamente (o a domicilio)? In particolare, i medesimi obiettivi terapeutici potevano essere conseguiti con una cura ambulatoriale (o a domicilio)? In caso di risposta negativa per quale motivo non sarebbe stato possibile?

E. 4

Il ricovero si è reso necessario a causa della particolare situazione personale della sua paziente? In caso di risposta positiva, quale situazione personale ha reso necessaria la degenza?

E. 5

La degenza presso la Clinica di _____ ha portato dei benefici a RI 1? Se sì, quali, per quanto tempo e in che misura il ricovero è stato necessario per raggiungere questi benefici?

E. 6

Dagli atti risulta che RI 1 si è sottoposta a cicli di fisioterapia. Per quale motivo non sarebbe stato possibile continuare con altri cicli di fisioterapia in ambito ambulatoriale o a domicilio?

E. 7

Le chiediamo di trasmetterci tutti gli scritti inviati alla Cassa malati e relativi alla questione della degenza presso la Clinica di _____.

E. 8

Eventuali osservazioni.” (doc. VI) Il curante ha affermato: " 1) Dal 4.04.1989. Le patologie presentate dalla paziente sono ben riassunte nel rapporto della clinica di _____ del 3.09.2007 annesso così come nel rapporto della Clinica _____ del 7.01.2008 annesso. 2) Si tratta di una paziente del _____ che presenta, come si evince dai rapporti sopraccitati una polipatologia che conduce a una sintomatologia iperalgica soprattutto a livello della colonna in particolare a livello della colonna lombare. Le varie patologie della paziente rendono difficili gli spostamenti d'una parte e d'altra parte la polipatologia presentata è difficilmente trattabile con delle cure ambulatoriali limitate a un'oretta alla settimana e, su volontà delle Casse Malati, per un massimo di un paio di cicli. 3) No per quanto segnalato sopra. 4) Il ricovero si è reso necessario sia per le patologie presentate dalla paziente sia per le sue gravi limitazioni negli spostamenti. 5) Si la paziente ha malgrado tutto presentato una regressione parziale della sintomatologia dolorosa. 6) Si è optato per un ricovero perché dei cicli di fisioterapia ambulatoriale non avevano portato ad alcun beneficio e perché i cicli di fisioterapia ambulatoriali erano difficilmente praticabili per la paziente.” (doc. VII) Chiamato a presentare osservazioni scritte in merito, il Dr. med. _____, FMH medicina interna e manuale, medico fiduciario dell'assicuratore, ha affermato: " (...) Zur ambulanten Physiotherapie (Punkte 2,3,4 und 6): Die ambulante Behandlung wurde nicht ausgeschöpft (Siehe Auflistung der Therapien in der Verfügung vom 28.9.07). Es ist falsch, dass die Krankenkasse nur „un'oretta alla settimana“ und nur „un massimo di un paio di cicli“ übernehme; im Gegenteil, die CO 1 schlug in ihrem Brief vom 20.7.07 explizit 2-3 Sitzungen/Woche während mindestens 3

Zyklen vor; 1 Zyklus entspricht 9 Sitzungen. Somit hat die CO 1 angeboten, intensive Pshysiotherapie für 9-13 Wochen zu übernehmen. Sollte Frau RI 1 wegen ihrer Bewegungseinschränkung nicht zur Physiotherapie gehen können, so ist die Physiotherapie am Domizil der Patientin eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Eine ambulante Behandlung ist pathophysiologisch sinnvoller, da die Wirkung der Physiotherapie im wesentlichen auf muskulärem Aufbautraining und Mobilisation basiert. Ein muskulärer Aufbau kann nicht in der begrenzten Zeit von 2-3 Wochen erreicht werden. Die Wirkung einer ambulanten Behandlung ist anhaltender („sustainable“) als eine stationäre Behandlung über 2 Wochen, da sich die Behandlung über mehrere Monate erstreckt. Insbesondere sind der Intensität einer stationären Rehabilitation Grenzen gesetzt, da sie an die beschränkten Möglichkeiten einer multimorbiden 90-jährigen Patientin (die sich mit einem Rollator fortbewegt) angepasst werden muss. Es ist daher nicht erstaunlich, im Bericht von _____ vom 3.9.07 lesen zu müssen: „la signora RI 1 non dichiara miglioramenti a livello della colonna lombare, persistono ancora dolori lungo le gambe distalmente ed occasionalmente accusa anche capogiri.“ (Objektiv sei es zu einer leichten Besserung gekommen: allerdings werden die Vorwerte bei Eintritt nicht angegeben und die klinische Relevanz dieser Befunde ist fraglich). Dies wird bestätigt durch den Bericht von _____ vom 7.1.08, der die Situation aus neutraler Warte eindrücklich beschreibt; insbesondere der dritte Abschnitt unter „Discussione e valutazione“ ist aufschlussreich („Durante la degenza...“). Diesen Abschnitt würde ich vollumfänglich zitieren. Dr. _____, der verantwortliche Spitalarzt, resümiert zuletzt: “Una volta organizzato un’assistenza domiciliare adeguata abbiamo lasciato rientrare la signora RI 1 a domicilio in condizioni generali più o meno invariate.” Zu Punkt 5: Die “regressione parziale della sintomatologia dolorosa” ist in den beiden Austrittsberichten nicht dokumentiert. Auch hier sei auf den dritten Abschnitt des Berichtes von _____ vom 7.1.08 verwiesen, unter “Discussione e valutazione”. Zusammenfassend ist der Nutzen einer stationären Behandlung nicht erwiesen. Frau RI 1 wurde innert eines halben Jahren zweimal stationär behandelt, einmal auf ihre Kosten, einmal zulasten der Krankenkasse CO 1, ohne dass eine Verbesserung des zweifellos sehr belastenden Leidens festgestellt werden konnte. Aus vertrauensärztlicher Sicht ist daher eine konsequente ambulante Behandlung (gegebenenfalls als Domiziltherapie) unter hausärztlicher Führung entscheidend.“ (doc. IX/Bis) Chiamata a presentare osservazioni scritte in merito, la ricorrente ha ribadito la necessità del ricovero, appoggiandosi alle dichiarazioni del suo medico curante. Da parte sua la Cassa ha ribadito il rifiuto di assumersi i costi della degenza sulla base delle considerazioni del suo medico fiduciario.

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