

TI_GERICHTE 36.2013.84 vom 7. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.84

FR: TI_GERICHTE 36.2013.84 du 7 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2013.84 del 7 aprile 2014

Regeste

Trasferimento in elicottero da un ospedale ad un altro x volontà dell'ass. Ospedale di ricovero ha invece previsto il trasferimento in altro ospedale più vicino via ambulanza. I costi del trasferimento in elicottero all'ospededale di domicilio non sono assunti da Cassa poiché dovuti motivi soggettivi

Erwägungen

E. 7

novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). nel merito 2. Oggetto del contendere è sapere se ed in quale misura la Cassa malati resiste nte sia tenuta a prendere a carico le spese di trasferimento dell'assicurata con l'elicottero avvenuto l'11 agosto 2013 dall'Ospedale di _____ all'Ospedale _____ di _____. 3. Per l' art. 3 cpv. 1 LPGA, è considerata 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. 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. Giusta 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. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, tra l'altro, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (lett. a); le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b); la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune (lett. e) ed un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio (lett. g. Per un excursus sull'origine dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal, cfr. DTF 124 V 338 consid. 2c)aa). Va ancora evidenziato che i presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli artt. 25 segg. sono specificati all'art. 32 LAMal. 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'art. 33 lett. g OAMal dispone che, sentita la commissione competente, il Dipartimento federale dell'interno designa il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio di cui all'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal, indicando che i trasporti da un ospedale a un altro, necessario dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero. Ai sensi dell'art. 56 OAMal, chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore-malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi può esercitare a carico di questo assicuratore. Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha fatto uso della delega di cui all'art. 33 lett. g OAMal emanando il 29

settembre 1995 l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre) e quindi gli art. 26 (spese di trasporto) e 27 (spese di salvataggio). L'art. 26 OPre sul contributo alle spese di trasporto recita: " 1 L'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile. 2 Il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso.". Pertanto, già solo per il fatto che, al massimo, l'assicurazione malattia obbligatoria si assume l'ammontare annuo di Fr. 500.- per spese di trasporto, il ricorso con cui l'assicurata pretende il riconoscimento dell'integrale importo di Fr. 4'078,35 fatturato dalla _____ (doc. A9) deve essere respinto. Semmai, come ha correttamente rilevato la Cassa malati nel suo ultimo scritto (doc. XI), la ricorrente ha diritto, se dati tutti i presupposti contemplati dall'art. 26 OPre, al riconoscimento di un contributo di (soli) Fr. 500.- (DTF 124 V 338). Va quindi esaminato se sia data l'applicazione dell'art. 26 OPre. 4. Questa norma non fa alcuna allusione ad un genere specifico di mezzo di trasporto che possa entrare in considerazione per gli spostamenti intesi dall'art. 26 OPre. L'unica esigenza posta concerne l'adeguatezza del mezzo utilizzato, che deve corrispondere alle esigenze mediche del caso (cpv. 2). In particolare, dal testo legale non si può dedurre che devono essere rimborsate solo le spese derivanti da un trasporto effettuato a mezzo di un veicolo specialmente equipaggiato per il trasporto di malati. Quando un assicurato non può utilizzare, per dei motivi medici certificati da un medico, i trasporti pubblici o il suo proprio mezzo di trasporto (automobile ad esempio), ossia quando è costretto per recarsi da un fornitore di prestazioni, come esige l'art. 26 cpv. 1 OPre, a far capo ai servizi di un'impresa di trasporti convenzionata (art. 56 OAMal), le condizioni per l'assunzione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure sono adempiute (DTF 124 V 338 consid. 2c)bb). In una sentenza il TFA ha giudicato che il ricorso ad un'impresa di taxi, in quanto ritenuta una soluzione adeguata, dà diritto all'assicurato, nei limiti fissati, al rimborso delle spese che ne derivano (STF 9C_759/2011 del 4 maggio 2012 consid. 3.4). Secondo il sistema previsto dalla LAMal, sono autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure che si occupano di trasporto e salvataggio quando adempiono le condizioni degli artt. 36-40 LAMal (art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal, art. 56 OAMal). Al riguardo, il Consiglio federale ha previsto che colui che è ammesso in virtù del diritto cantonale e che conclude un contratto sui trasporti e sul salvataggio con un assicuratore malattia è autorizzato ad esercitare la sua attività a carico di questo assicuratore. L'art. 56 OAMal va quindi inteso come una condizione formale all'approvazione di una convenzione tariffale da parte dell'autorità competente (art. 46 cpv. 4 LAMal; DTF 124 V 338 co nsid. 2b)bb). Nello specifico, esiste una Convenzione fra la _____ ed il Concordato degli assicuratori malattia svizzeri, in vigore dal 1997 (doc. A19), che definisce le condizioni per una presa a carico da parte dell'assicuratore malattia. Quanto ai mezzi di trasporto e di salvataggio riconosciuti, essi devono essere adeguati alla necessità medica e geografica e devono rispettare il principio dell'economicità e dell'adeguatezza dell'intervento (art. 5). L'Allegato D specifica che la fattura totale viene inviata dalla _____ alla Cassa malati ed una copia è trasmessa all'assicurato. L'assicuratore allestisce un conteggio delle prestazioni secondo la LAMal e la LCA e versa direttamente alla _____ l'importo dovuto, dedotta la partecipazione ai costi. La parte della fattura che non è presa a carico dalla Cassa malati viene direttamente regolata tra la _____ ed il paziente. Per questo

motivo la _____ ha inviato alla ricorrente la fattura dell'intervento dell'11 agosto 2013 accompagnata dalla richiesta di pagamento della somma di Fr. 4'078,35, _____.

5. I medici dell'Ospedale di _____ hanno certificato la necessità di trasferire l'assicurata in un ospedale più grande ed attrezzato per l'evenienza concreta (doc. A2: " Die Art und Schwere der Krankheit gab eine Notwendigkeit, die Patientin zur weiterer Versorgung und Behandlung an ein grösseres Spital weiter zu verlegen, wo eine postoperative Nachbeatmung möglich ist. "). In effetti, essi avevano proposto alla paziente di continuare le cure all'_____. Tuttavia l'assicurata, dopo avere riflettuto a lungo, ha voluto assolutamente essere trasferita nell'ospedale vicino a casa, a _____, e lì essere curata (doc. A2: " Wir haben diese Situation mit der Patientin besprochen und ihr eine weitere Behandlung im _____, vorgeschlagen. Die Patientin wollte eindeutig, nach mehreren Überlegungen, in das Heimatkrankenhaus in _____ verlegt werden und dort behandelt werden. "). Visto lo stato di salute della ricorrente la distanza della meta scelta dall'assicurata, i medici curanti hanno escluso un trasferimento con l'ambulanza e hanno quindi ritenuto che l'elitransporto fosse il mezzo più adeguato alle esigenze mediche del caso. Dopo ulteriori consultazioni ed infine dopo un'approfondita discussione con la propria famiglia, la paziente 92enne, altrimenti in ottimo stato di salute, ha deciso di farsi curare nell'ospedale sito al suo domicilio (doc. A2: " Wir haben mit ihr besprochen, dass ein Weg von uns nach _____ mit dem üblichen Transport - mit einem Krankenwagen - aus medizinischer Sicht nicht möglich ist, da es sie gefährden würde. Nach weiteren Beratungen und schliesslich nach gründlichen Besprechung mit der Familie hat sich die 92-jährige (!) Patientin im sonst sehr guten Zustand entschieden, sich doch im Heimatkrankenhaus behandeln zu lassen. Um diesen Wunsch zu erfüllen, war ein Hubschraubertransport für die Nichtgefährdung der Patientin die einzige Möglichkeit. "). Questo rapporto, allestito il 26 settembre 2013 (doc. A2) dal dr. med. _____ dell'Ospedale di _____ all'indirizzo della Cassa malati dell'assicurata, indica chiaramente che l'Ospedale _____ aveva evidenziato la necessità medica di trasportare la paziente in un ospedale più grande, individuando nel vicino _____ di _____ la soluzione più adeguata. Ciò nonostante l'assicurata, dopo lunga riflessione, ha chiaramente espresso il desiderio di avvicinarsi a casa e malgrado i curanti l'abbiano informata dell'impossibilità di organizzare, per motivi medici, un trasporto in ambulanza da _____ a _____, dopo essersi ulteriormente consultata con i medici e, soprattutto, con i suoi familiari, l'assicurata ha optato per l'Ospedale _____. Secondo l'art. 33 lett. g OAMal, i trasporti da un ospedale ad un altro, necessari dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero e quindi sono di norma sopportati dall'ospedale che pianifica il trasferimento del paziente (doc. A19: "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, versione 4/2011, art. 3.4.5: "I trasporti secondari vengono presi in carico dall'ospedale che ha richiesto il trasferimento e vengono indennizzati nel quadro degli importi forfettari secondo SwissDRG. Questa regola non vale per i trasporti ordinati da terzi."). Nella fattispecie, l'Ospedale di _____ aveva in effetti predisposto per motivi medici un trasferimento in ambulanza all'_____ di _____, ma l'assicurata ha preferito avvicinarsi al proprio domicilio e farsi ricoverare all'Ospedale _____ di _____. Ciò ha però comportato l'organizzazione di un altro tipo di trasporto, visto che, per motivi medici, l'ambulanza non poteva (più) essere presa in considerazione. Di conseguenza, il primo Ospedale ha fatto sottoscrivere all'assicurata, e meglio al di lei marito, un formulario in tre lingue (tedesco, francese ed inglese) approntato nei casi di trasferimento, in cui attestava con la sua firma di volere essere trasferita con la _____/Ambulanza e che si

impegnava ad assumersi tutte le relative spese (doc. A18). È quindi corretto affermare che il trasporto dell'assicurata era indicato dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo. Resta però da verificare se, nello specifico, il trasporto a _____ era giustificato, indipendentemente dalla circostanza che si sia utilizzato l'elicottero piuttosto che l'ambulanza. Occorre al riguardo evidenziare che la scelta dei medici curanti è stata chiara, nel senso che gli specialisti hanno proposto all'assicurata di ricoverarsi a _____. Per motivi esclusivamente medici, la scelta proposta dagli esperti del ramo era dunque la più adeguata visto il rischio esistente in quel momento. Se ve ne fosse stata la necessità medica, considerati in particolare, come ha fatto rilevare il rappresentante della ricorrente, l'età di quest'ultima e lo stato di salute sia della paziente sia del coniuge che l'accompagnava, i fornitori di prestazioni avrebbero potuto proporre all'interessata di essere trasferita vicino al suo domicilio. Ma ciò non è avvenuto. Se, quindi, tutto ben considerato, tale proposta non è stata fatta, il motivo va ricercato nel fatto che, valutato lo stato di salute complessivo dell'interessata, tenuto conto della sua età e di altre circostanze, l'ospedale attrezzato più vicino, l'_____ di _____, era la soluzione più indicata dal profilo medico, in quanto tale nosocomio poteva assisterla adeguatamente e, soprattutto, in breve tempo, e ciò ad esclusivo vantaggio dell'assicurata, date le gravi complicazioni chirurgiche ed il concreto pericolo di morte. D'altronde, permettere ad ogni paziente la scelta del luogo di ricovero è un lusso che l'assicurazione malattia obbligatoria di base (LAMal) non permette. Lo scopo principale delle norme è quello di garantire agli assicurati il rimborso di cure efficaci, appropriate ed economiche (art. 32 cpv. 1 LAMal). Compito dei medici è quello di predisporre e fornire agli assicurati il migliore trattamento medico individualizzato (e che consideri quindi gli aspetti specifici del beneficiario dei trattamenti), senza dovere assecondare esigenze specifiche od affettive degli stessi, per esempio riferite al luogo in cui essi vorrebbero essere ricoverati. Prioritarie sono le necessità mediche da attuare a loro beneficio. I costi di una tale esigenza soggettiva, se non hanno connotazione medica, non possono essere fatti sopportare all'assicurazione malattia obbligatoria. Come visto, l'Ospedale di _____ aveva sì predisposto un trasporto, necessario dal profilo medico, che sarebbe ricaduto sotto l'art. 26 OPre e quindi che avrebbe fatto parte del trattamento medico. Tale trasporto, però, era previsto per _____. La destinazione dell'Ospedale _____ di _____ non è stata contemplata come scelta dai medici curanti, non essendovi una necessità medica (anzi, come visto, il trasporto in ambulanza era improponibile) di indirizzare la ricorrente a questo nosocomio. Motivi meramente soggettivi, quali l'affetto dei propri familiari, la vicinanza ad essi ed alla propria casa ed altre ragioni che esulano dall'aspetto puramente medico, seppure comprensibili, non possono però portare il TCA ad avallare la richiesta dell'assicurata di condannare la sua Cassa malati ad assumersi anche il contributo massimo di Fr. 500.- all'anno (art. 26 cpv. 1 OPre). Da quanto precede discende che l'importo di Fr. 4'078,35 fatturato dalla _____ alla ricorrente per l'elitransporto dell'11 agosto 2013 non può essere posto a carico della Cassa malati resistente. Il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata.