

## **TI\_GERICHTE 36.2021.50 vom 17. Januar 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-01-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2021.50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.50)

FR: TI\_GERICHTE 36.2021.50 du 17 janvier 2022

IT: TI\_GERICHTE 36.2021.50 del 17 gennaio 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

agosto 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che:

2.5. Quanto 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 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STF U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii).

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. DTF 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per la giurisprudenza del Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 469 seg.). Giova altresì ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi a favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza 8C\_85/2017 del 20 aprile 2018).

2.6. Alla luce della giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. consid. 2.3.), i costi vanno fatturati secondo le tariffe per ricovero acutose i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale o se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenta delle possibilità di successo (STF 9C\_447/2010 del 18 agosto 2010; STF K 158/04 del 21 marzo 2006; cfr. anche STF 9C\_67/2014 del 5 febbraio 2015, consid. 2.1). È necessario che dal trattamento ospedaliero ci si possa attendere un notevole miglioramento dello stato di salute (STF K 158/04 del 21 marzo 2006).

L'obbligo di fornire delle prestazioni per soggiorno ospedaliero può giustificarsi 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).

Se nessuna di queste ipotesi è adempiuta, l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a LAMal (cfr. art. 49 cpv. 4 LAMal e art. 50 LAMal).

2.7. In concreto questo Tribunale, per i motivi qui di seguito esposti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla decisione su opposizione impugnata.

La documentazione prodotta dall'insorgente non apporta infatti elementi medici oggettivi a sostegno di una situazione che avrebbe richiesto una degenza in ospedale in seguito all'intervento del 28 aprile 2020.

Il ricorrente, in seguito all'operazione, non ha necessitato di alcun trattamento farmacologico, né ha avuto bisogno di provvedimenti diagnostici o terapeutici.

Il medico operante, dr. med. \_\_\_\_\_, infatti, nel rapporto operatorio dell'8 maggio 2020 fa stato unicamente della posa di un piccolo drenaggio tipo Mano-Vac e della sua rimozione il giorno seguente (cfr. allegato doc. 6), oltre che della chiusura del Dartos con una sutura continua di Vicryl 3/0, accostamento della pelle con dei punti donati di Vicryl 4/0 e medicazione protettiva (allegato doc. 6). Egli nello scritto destinato al medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, descrive un decorso privo di complicazioni. Il drenaggio scrotale è stato rimosso in 1 giornata postoperatoria. Il paziente è rientrato al domicilio il giorno seguente in ottime condizioni di salute (allegato doc. 6).

Non vi è pertanto traccia di alcun motivo medico oggettivo per il quale l'insorgente avrebbe dovuto trascorrere le due notti seguenti l'intervento in ospedale.

Certo, in seguito al rifiuto dell'assicuratore di assumersi i costi della degenza, lo specialista ha precisato di aver posato il drenaggio scrotale a causa di un moderato sanguinamento della tonaca vaginale, non figurante nel rapporto operatorio, e per monitorare un eventuale sanguinamento ed evitare un ematoma (doc. 6).

Tuttavia la posa del drenaggio è avvenuta unicamente a titolo cautelativo ed in ogni caso non risulta che necessitasse di una sorveglianza medica continua.

Non vi sono invece indicazioni circa complicazioni che sarebbero intervenute in seguito all'operazione del 28 aprile 2020.

Neppure l'età del ricorrente (quasi 74 anni all'epoca dell'intervento, essendo nato il \_\_\_\_\_ 1946), è un motivo per seguire la tesi ricorsuale. Il dr. med. \_\_\_\_\_ non ha infatti indicato patologie pregresse o altri fattori di rischio per l'assicurato. Agli atti non figura alcun elemento medico oggettivo secondo il quale l'intervento di idrocele monolaterale potesse portare a conseguenze negative per la salute dell'interessato.

La circostanza che in altri casi analoghi vi siano state degenze di uno o due giorni che altri assicuratori malattie avrebbero pagato senza sollevare alcuna obiezione, non è un motivo per ritenere che la convenuta debba rimborsare i costi della degenza del ricorrente, ritenuto che ogni caso deve essere giudicato individualmente. Tant'è che le degenze di cui fa cenno l'assicurato non sono di uguale durata, ma variano tra uno e due giorni. Del resto in concreto il rischio di ecchimosi o di sanguinamenti era reso poco probabile grazie alla posa

del drenaggio che non necessita di una sorveglianza medica continua. Inoltre, come evidenziato dall'assicuratore in sede di risposta, l'interessato, in caso di necessità, avrebbe potuto recarsi presso l'ospedale in poco tempo, ritenuto il breve percorso che avrebbe dovuto intraprendere e la circostanza che vive con tre altri membri della famiglia, tutti assai giovani, essendo nati nel 1969, 1999 e 2002 (cfr. decisione su opposizione).

Ne segue che non vi sono elementi per ritenere che l'interessato necessitasse di un'ospedalizzazione ("Spitalbedürftigkeit") in seguito all'intervento del 28 aprile 2020.

2.8. L'insorgente fa valere la propria buona fede poiché in passato, nel 2009, l'assicuratore ha rimborsato i costi di un intervento simile e della successiva degenza di due giorni presso la Clinica \_\_\_\_\_.

2.11. L'art. 61 lett. a LPGA, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

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