

TI_GERICHTE 36.2001.10 vom 19. Januar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-01-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.10

FR: TI_GERICHTE 36.2001.10 du 19 janvier 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.10 del 19 gennaio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 47

cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1 gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Il 1. gennaio 1996 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che dell'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. 2.2 Alla luce di quanto sopra esposto sia l'aspetto relativo alle pretese derivanti dall'assicurazione di base che quelle conseguenti alle coperture complementari devono essere esaminate da questo TCA competente in materia. Nel merito A. Assicurazione sociale contro le malattie 2.3. Oggetto del contendere è l'assunzione, da parte della Cassa malati _____, dei costi relativi alla cura stazionaria eseguita in ambiente ospedaliero (reparto privato) a cui si è sottoposta _____ dal 17 maggio all'8 giugno 1999. Per l'art. 24 LAMal " L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34." Secondo l'art. 25 cpv. 1 LAMal " 1 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, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, 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), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c) i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). 2.4. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art 25ss sono specificati all'art 32 LAMal, secondo cui " 1 Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. 2 L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente." Questi presupposti si applicano a tutte le prestazioni fondate sulla LAMal (Eugster, Krankenversicherung, p. 52 N 100ss in U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998).

L'adeguatezza di una prestazione si valuta secondo criteri medici (Eugster, op. cit., p. 185).

2.5. Secondo l'art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. 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 di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art. 50. Secondo 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.

2.6. Per l'art. 56 cpv. 1 LAMal inoltre il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Secondo la giurisprudenza un soggiorno ospedaliero non implica di per sé l'obbligo prestativo delle Casse: condizione indispensabile del diritto a prestazioni per cure ospedaliere è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 126 V 326 consid. 2b; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b; DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg.; 1977 pag. 167 e seg.; 1989 pag. 154 e seg.; Eugster, Krankenversicherung, p. 70). La necessità dell'applicazione di un determinato provvedimento va stabilita in base a criteri oggettivi (Eugster, op. cit. p. 52). In concreto 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 si è, al proposito, così espresso: " 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). ..." (STFA 26.11.1998 in re E.F. e H.F. c. Konkordia). 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; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b; cfr. Eugster p. 70; 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).

2.7 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 in re C. non pubbl.). 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 in re O. c. F. , pubbl. parzialmente in RDAT II 1992 p. 143-144). 2.8 Per costante giurisprudenza sviluppata 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; Eugster: p. 53 N 215). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b; STFA non pubbl. del 21 marzo 2001 in re V). 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 (cfr. Eugster, op. cit. p. 32-34). 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 in re V K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata).

2.9 In casu dagli atti emerge che _____ è affetta da sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogenica a dx con presenza di importanti alterazioni di tipo statico, periartropatia del ginocchio sin con tendinosi d'inserzione al pes anserinus, distorsioni a livello della cavaglia e della colonna vertebrale (doc. _ dott. _____). Per questi motivi essa si è sottoposta, su prescrizione del medico curante, a quattro cicli di fisioterapia per complessive 33 sedute, che non hanno prodotto i risultati sperati. Il dottor _____ – come indicato nelle considerazioni di fatto – si è fondato anche su di una valutazione del dott. _____, specialista in fisiatria e reumatologia ed ha quindi prescritto alla paziente una cura stazionaria di tre/quattro settimane presso la Clinica di riabilitazione di _____ (doc. _). Interpellato dall'assicuratore malattia della signora _____ il dott. _____ ha – oltre a quanto specificato nel suo rapporto 30 marzo 1999 – precisato quanto segue: " Motivi del ricovero: persistenza dei disturbi. Obiettivi prefissati con la degenza a _____: riduzione della sintomatologia dolorosa, riabilitazione funzionale. Eventuali trattamenti effettuati prima del soggiorno ospedaliero: la paziente ha seguito innumerevoli sedute di fisioterapia ambulatoriale, è stata valutata anche dall'ortopedico dr. _____. Le terapie sopra indicate non hanno dato una soluzione della sintomatologia dolorosa. Il trattamento poteva essere effettuato ambulatoriamente? Visti i tentativi ambulatoriali già eseguiti precedentemente senza una risoluzione della problematica e tenendo presente la componente da una parte degenerativa statica della colonna vertebrale con un'ernia discale paramediana L5/S1 e la presenza di disturbi a livello del ginocchio di sinistra, ritengo che una cura stazionaria riabilitativa e intensiva che si concentra sulle problematiche principali sia senz'altro da favorire ad una nuova terapia ambulatoriale i cui risultati non erano soddisfacenti." Dal canto suo il dottor _____, medico curante, ha precisato nel suo certificato medico 25 ottobre 2000 emesso su richiesta dell'assicuratore malattia quanto segue (doc. _) " Sindrome lombo spondilogenica destra persistente su ernia discale L5/S1 paramediana destra in contatto con la radice S1, importanti alterazioni statiche. Periartropatia al ginocchio destro con tendinite dell'inserzione anserinus. Dolori rimanenti alla cavaglia sinistra sopportabili. Sviluppo di

una sindrome depressiva ansioso reattiva alla patologia post-traumatica. Il ricovero è stato previsto dopo il fallimento della fisioterapia ambulatoriale eseguita senza un reale successo. Indicazione specialistica (Dr. _____) rapporto medico del 30.03.99 che indica che dopo l'insuccesso della fisioterapia ambulatoriale, viene proposta una cura stazionaria di 3-4 settimane presso una clinica riabilitativa adeguatamente attrezzata. L'obiettivo è di migliorare i dolori e la funzionalità che risulta praticamente bloccata, miglioramento della motilità mediante esercizi soprattutto in piscina e palestra oltre alla fisioterapia abituale intensiva, obiettivi sicuramente raggiunti anche se in maniera parziale." Dal canto suo il medico fiduciario della _____ dott. _____, FMH medicina interna e non medico specialista di fisiatria e reumatologia quale è il dott. _____, ha ritenuto che le cure fisioterapiche fossero sì necessarie ma le stesse potevano essere eseguite in via ambulatoriale (doc. _). Il medico ha ribadito, in due circostanze, la sua valutazione ossia: " La signora _____ ha effettuato numerose sedute di fisioterapia ambulatoriale ... Non c'è indicazione per una cura stazionaria, nel senso che i medesimi obiettivi terapeutici potevano essere conseguiti con una cura intensiva ambulatoriale. ...Al momento del ricovero ... in data 17.05.99, la paziente non presentava nessun problema acuto, i suoi disturbi erano già presenti da 1 anno, la paziente si trovava in buone condizioni generali, non era costretta a letto ..." Per il dott. _____ il fatto che _____ si trovi vicino a _____ permetteva alla paziente l'esecuzione di una trasferta giornaliera. La valutazione del dott. _____ permette a questo TCA di ritenere la necessità – d'altra parte constatata dal dott. _____ e dal dott. _____ – della cura cui la signora _____ si è sottoposta. Il fiduciario della Cassa ammette, implicitamente, l'inefficacia delle cure fisioterapiche poste in essere nei mesi immediatamente precedenti il ricovero in numero notevole (il dott. _____ – risposta alla domanda 2 - rammenta le 33 sedute di fisioterapia cui la signora _____ si è sottoposta). Non si comprende allora, come rettamente rilevato dal dott. _____ specialista in materia, in qual modo ulteriori cure fisioterapiche potevano giovare all'assicurata come sostenuto a pagina 3 del rapporto medico del 19 dicembre 2000. 2.10 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tien conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinate dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii; STFA 29.9.98 in re UAI c. F non pubbl; RAMI 2000 p. 214). 2.11 In casu secondo questa Corte dev'essere riconosciuta la necessità del trattamento stazionario ai sensi dell'art. 32, 49 e 56 LAMal. In effetti, alla luce di quanto attestato in maniera convincente dal medico curante dott. _____, ma soprattutto dallo specialista dott. _____, la necessità del ricovero presso il Centro di riabilitazione di _____ per _____, è provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF

121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211). In particolare è preponderantemente verosimile che i provvedimenti ambulatoriali applicati in maniera ripetuta (quattro cicli di fisioterapia, pari a 33 sedute eseguite in meno di 9 mesi, dalla fine di settembre 1998 al 17 maggio 1999) non hanno dato i risultati sperati e che quindi neppure l'applicazione ulteriore di provvedimenti dello stesso tipo avrebbe avuto esito diverso. Era pertanto necessario, come prescritto dallo specialista, applicare dei provvedimenti più intensi ed incisivi quali la cura stazionaria da lui prescritta, non essendo possibile, in quel momento, sottoporre a provvedimenti semistazionari. In effetti presso il Centro di riabilitazione di _____ è stata aperta una nuova ala che accoglie pazienti che necessitano terapie a livello ambulatoriale o semistazionario solo nel dicembre 2000 (in questo senso sentenza TCA 1 ottobre 2001 in re C. pag. 14). Nel maggio/giugno 1999, al momento della prescrizione della cura da parte del dottor _____ sulla scorta del rapporto 30 marzo 1999 del dott. _____, e quindi della necessità di procedervi, questo reparto non esisteva. Non era inoltre ammissibile per l'assicurata, nelle condizioni concrete, attendere quasi un anno per far capo alla cura semistazionaria. La cura stazionaria indicata nel rapporto 30 marzo 1999 dal dottor _____, specialista nel settore, è fondata su un rapporto medico approfondito e su una conoscenza diretta del caso, ed ancora concorda con la valutazione del dott. _____. Il dire del dott. _____ non appare in contraddizione con la valutazione dello specialista, ammette la necessità di cure intense come quelle sopportate dall'assicurata, ma ritiene che le stesse potessero essere svolte in maniera ambulatoriale o semi ospedaliera, circostanza questa che questo TCA non può – per le ragioni indicate – condividere. Va quindi dichiarata necessaria la cura conformemente alla giurisprudenza in vigore e quindi economica. I costi del trattamento vanno pertanto posti a carico della _____, in base a quanto previsto dalla LAMal. Del resto quanto attestato dal medico fiduciario, secondo cui un provvedimento ambulatoriale risulterebbe necessario e sufficiente, non appare motivato - a fronte dell'inefficacia delle numerose cure fisioterapiche in breve lasso di tempo – se non con la vicinanza dal luogo di domicilio dell'assicurata al Centro di Riabilitazione di _____. La motivazione non appare sufficiente e, come rilevato, non è convincente. Le dichiarazioni del dott. _____ non sono quindi atte a porre in discussione il rapporto fedefacente del dottor _____ e le ulteriori attestazioni mediche del dott. _____. In quanto fondato, quindi, il ricorso va accolto e i costi per la degenza presso la clinica di _____ vanno posti a carico della _____ conformemente alla LAMal. 2.12 Secondo l'art. 87 lett. g LAMal "il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle spese ripetibili nella misura stabilita da Tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie e alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso". L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato - in effetti la disposizione in questione non si esprime in termini di rimborso spese d'avvocato bensì, genericamente, di spese di rappresentanza (RCC 1983 pag. 329; RCC 1980 pag. 116; DTF 108 V 111) - ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (RCC 1992 pag. 433 consid. 2a, RCC 1985 pag. 411 consid. 4, DTF 108 V 271 = RCC 1983 pag. 329). Nell'ipotesi in cui i Cantoni autorizzano a rappresentare anche persone prive del brevetto di avvocato, devono regolamentare anche le indennità che li concernono (DTF 108 V 111). In casu la ricorrente non è rappresentata, ha agito sola ed ha provveduto a salvaguardare adeguatamente i suoi diritti. Va comunque rilevato come, alla luce dei doc. _ la ricorrente è stata assistita dalla _____ e da un giurista dipendente di

questa società. Si giustifica, per tale intervento precedente l'inoltro della causa ma strettamente connesso con la stessa e rilevante ai fini del giudizio, il riconoscimento di ripetibili comunque contenute, alla luce dell'apparente successivo disimpegno, nell'ambito del giudizio relativo all'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. L'importo può essere determinato in CHF 200.-. 2.13. Alla luce dell'esito del gravame non occorre esaminare gli effetti del ritardo da parte della Cassa nel fornire la sua garanzia al Centro di riabilitazione di _____. Come noto, per la convenzione che lega la _____ al Centro, la garanzia che non viene prestata nei termini temporali di cui all'art. 4 cifra 3 e 6 cpv. 2 Convenzione comporta per l'assicuratore malattia l'obbligo di pagare la fattura "conformemente alla richiesta di garanzia" per una durata massima di 15 giorni (come ammette la stessa _____ nei suoi atti). La ricorrente non può dedurre dalla predetta convenzione diritti in merito all'assunzione del pagamento rispettivamente all'assunzione del debito da parte dell'assicuratore malattia ed all'assenza di possibilità per lo stesso di non riconoscere, nei suoi rapporti con l'assicurato, le pretese di rimborso avanzate. In altri termini non va perso di vista che la Convenzione FTAM/Cliniche e Ospedali privati non fa che regolare i rapporti diretti tra assicuratori ed istituti di cura vincolati e non ingerisce nei rapporti tra assicurato ed assicuratore malattia in maniera diretta (in questo senso DTF 111 V 31 e 112 V 193 in fine e 194, cons. 3). La questione, come indicato, non merita ulteriore esame alla luce dell'esito dell'impugnativa. B. Assicurazioni complementari 2.14 La LAMal si applica unicamente all'assicurazione malattia sociale definita dall'art. 1 LAMal e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono considerate come facenti parte del diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). _____ ha in particolare stipulato con la convenuta l'assicurazione ospedaliera oltre alle altre indicate nelle considerazioni di fatto. Il doc. __, per quanto leggibile e comprensibile, indica l'esistenza di una "Ass. ospedaliera _ 3 01.1997 _____" che – in maniera incontestata da parte della _____, l'assicurata indica come assicurazione ospedaliera in camera privata. In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi per la degenza ospedaliera a _____ anche in base alle assicurazioni complementari (reparto privato), vanno esaminate le condizioni d'assicurazione (doc. __) nella versione in vigore nel 1999. L'art. 13 regola le prestazioni nei seguenti termini " Paghiamo i costi complementari di soggiorno e di trattamento in un ospedale in tutta la Svizzera." Escluse dalla copertura sono le : " Prestazioni non riconosciute scientificamente, non prescritte da un medico, non adatte allo scopo e non economiche, se le CGA non menzionano esplicitamente altro; (...) i soggiorni in ospedale non utili al miglioramento o alla preservazione dello stato di salute (malattie croniche);" Dal tenore della disposizione risulta che i presupposti per l'assunzione dei costi per la cura stazionaria in ambiente ospedaliero da parte della convenuta in base alle assicurazioni complementari corrispondono sostanzialmente a quelli previsti dall'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal. L'assicuratore malattia ammette che le pretese fondate sulle assicurazioni complementari (III pag. 2) vanno "simultaneamente riconosciute" se esiste diritto alle prestazioni LAMal (ossia derivanti dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico sanitarie). Dev'essere cioè data la necessità di ospedalizzazione, il trattamento e il soggiorno devono inoltre essere economici, adeguati ed efficaci. Poiché in ambito LAMal questa Corte ha riconosciuto la necessità della cura stazionaria in ambiente ospedaliero, le medesime conclusioni devono essere tratte per quanto riguarda l'assicurazione complementare in esame. Oltre ad assumere i costi in ambito LAMal, la _____ dovrà quindi rimborsare quelli dovuti in base alle

condizioni complementari di assicurazione (doc. _) per la degenza ospedaliera in reparto privato. Le richieste di parte attrice in ambito LCA devono essere quindi accolte e l'assicuratore va condannato al pagamento delle spese indicate in sede di petizione, spese che _____ non ha minimamente contestato in quanto tali. In altri termini – oltre alle spese per le cure medico sanitarie di base (cifrate dall'assicurata in CHF 7'475.-) – dovrà essere corrisposto a _____ l'importo di CHF 12'418,35. 2.15 Ritenuto come l'attrice sia vincente anche per quanto attiene alle pretese fondate sulle assicurazioni complementari alla stessa vanno concesse ripetibili in questa sede. Oltre a quanto richiamato sub. 2.12 in fine, va rilevato il dispendio temporale di _____ per salvaguardare i suoi interessi, dispendio che appare indubbio. Nel concetto di ripetibili va infatti anche considerata un'equa indennità per chi in causa non si avvale di un patrocinatore professionista, appunto per compensare il dispendio di tempo. Non va poi dimenticato che, con riferimento alle assicurazioni complementari, la Cassa resistente non opera nella sua qualità di amministrazione ed il caso demandato al TCA è di puro diritto civile pur con connotazioni di diritto delle assicurazioni sociali. La giurisprudenza cantonale sviluppata in quest'ambito riconosce a chi si difende da solo in causa (ed anche all'avvocato che patrocina una causa propria) il diritto ad un'equa indennità (I CCA 5.8.1998 in re F. c/X.). Nella fattispecie appare giustificato fissare l'indennità a CHF 400.-.

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