

TI_GERICHTE 36.2001.85 vom 3. September 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-09-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.85

FR: TI_GERICHTE 36.2001.85 du 3 septembre 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2001.85 del 3 settembre 2001

Erwägungen

E. 1

Con l'applicazione di riserve, gli assicuratori possono escludere dall'assicurazione le malattie esistenti all'ammissione. Ciò vale parimenti per le malattie anteriori se, conformemente all'esperienza, è possibile una ricaduta.

E. 2

Le riserve decadono al più tardi dopo cinque anni. Prima di questo termine l'assicurato può fornire la prova che una riserva non è più giustificata.

E. 3

La riserva è valida solo se comunicata per scritto all'assicurato e se la malattia posta sotto riserva, l'inizio e la fine della durata della stessa sono indicati con esattezza nella comunicazione." Secondo la giurisprudenza costante relativa agli art 5 cpv. 3 LAMI e 2 cpv. 1 OIII - e valida anche in ambito LAMal (DTF 125 V 292) - gli assicuratori hanno la facoltà di imporre una riserva retroattiva quando, posteriormente alla decisione di ammissione (o di aumento della copertura assicurativa), viene accertato che, nel presentare la domanda, il postulante ha taciuto tutte o parte delle malattie di cui soffre, rispettivamente quelle di natura recidivante di cui soffriva in passato (RAMI 1986, p. 131ss; 1983, p. 225ss; 1981, p. 129ss). Più dettagliatamente il TFA così si è espresso in DTF 125 V 292: " Selon la jurisprudence rendue à propos de l'art.

E. 5

al. 3 LAMA, si la caisse n'a pas formulé de réserve lors de l'admission ou de l'augmentation des prestations assurées, elle ne peut le faire après coup (dans un certain délai) qu'en cas de réticence (ATF 110 V 309 consid. 1). La jurisprudence a qualifié de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 124 V 120 consid. 3b, 111 V 28 consid. 1b, 110 V 310 consid. 1 in fine). Cette définition, de même que les principes jurisprudentiels développés à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA sous l'empire de l'ancien droit, restent pour l'essentiel applicables sous le régime de la LAMal (entrée en vigueur le 1er janvier 1996), en ce qui concerne la possibilité d'instaurer des réserves dans l'assurance facultative d'indemnités journalières (BORELLA, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, p. 403 sv.; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 363 ss; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 111 note 272; cf. aussi RAMA 1997 no K 984 p. 121 consid. 4d). En effet, en ce domaine, l'ancienne réglementation (art. 5 al. 3 LAMA; art. 2 de l'Ord. III sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération du 15 janvier

1965) a été reprise dans ses grandes lignes à l'art. 69 LAMal (voir au surplus le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 182).” 2.4. L'apposizione della riserva è ulteriormente subordinata al fatto che la mancata o parziale informazione sull'effettivo stato di salute del postulante deve essergli imputabile. E' necessario, cioè, che l'assicurato abbia commesso reticenza, sottacendo in modo colposo una malattia esistente o contratta in passato, ma soggetta a ricadute. Il silenzio del postulante é ritenuto colposo se può essere accertato che egli era cosciente - o doveva esserlo in funzione dell'attenzione che da lui poteva essere richiesta - dell'esistenza di tali malattie (DTF 125 V 292; DTF 124 V 118; DTF 111 V 27; 110 V 309; 109 V 38 cons. 1b). Un postulante l'ammissione oppure l'aumento assicurativo viene, quindi, ritenuto reticente se non ha fornito le informazioni chiestegli o ne ha date di non vere o parziali, agendo di proposito o per negligenza non giustificabile, tenuto conto delle circostanze del caso concreto: il carattere di malattia delle affezioni sofferte e l'obbligo di menzionarle, almeno sommariamente, non poteva sfuggirgli se avesse posto l'attenzione che da lui poteva essere pretesa (RAMI 1981, p. 126ss). Quest'ultimo aspetto, cioè il grado d'attenzione esigibile dall'assicurato, va valutato tenendo conto, da un lato, della precisione del questionario sottopostogli (RAMI 1970, n. 63) e, dall'altro, della diligenza di cui avrebbe dovuto dar prova nell'attribuire carattere di malattia ai disturbi che lo affliggono (RAMI 1970, n. 68).

2.5. Nel caso specifico questo TCA ha acquisito presso la dott. _____ e presso la dott. _____, nonché presso il dott. _____ attestazioni mediche relative alla patologia sofferta dal ricorrente e relative alla datazione delle malattie. In particolare appare importante osservare come il dott. _____, medico chirurgo, curante del signor _____, abbia accertato come: " (...) Ho avuto in cura il signor _____ dal giugno '87 sino al 28.2.00. La prima volta che abbiamo notato delle affezioni di natura psichica datano del maggio '95 dove il paziente presentava leggeri segni depressivi soprattutto legati ai noti problemi dell'apparato locomotorio (in modo particolare lombari). Questo episodio, blando, si è risolto nello spazio di quattro settimane con una blanda terapia al Demetrin 10 mg ½ ■ ½ ■1 e Limbitrol ½ alla sera. Un secondo episodio depressivo leggero e legato soprattutto al fatto che il paziente soffriva ancora per la schiena e in più si trovava in disoccupazione, si è presentato nel novembre '97 e lì avevo introdotto una terapia con Seropram 1 cp alla sera e Demetrin col dosaggio come sopra. Anche questo episodio si era risolto nell'arco di 3■4 settimane. Non avevo quindi mai avuto a che fare presso il summenzionato paziente con una sindrome affettiva di tipo bipolare, ma unicamente di banali episodi depressivi piuttosto di tipo reattivi a situazioni ben precise. (...)" (Doc. _) descrivendo così una situazione decisamente diversa dalla patologia per la quale è stato successivamente curato il paziente. In sostanza, pur prescrivendo dei medicinali con caratteristica di intervenire nell'ambito psichico, il dott. _____ ha curato delle reazioni leggere e blande a stati patologici organici. In altri termini _____ soffriva per patologia all'apparato locomotorio ciò che gli dava, - in maniera blanda e leggera – “segni depressivi”. La Cassa ha posto l'accento sulle medicine prescritte all'assicurato, medicinali che dovevano renderlo cosciente del fatto che soffriva di patologia psichica. La stessa documentazione prodotta dall'assicuratore smentisce tale tesi. Il fatto che un medicamento sia un tranquillante non significa ancora che il paziente sia in cura per problemi psichici quali la sindrome bipolare poi accertata e neppure che un imbianchino sia consapevole di una tale patologia. Da un lato un leggero e blando episodio di depressione conseguente ad una patologia di natura lombare non appare ancora costituire – d'avviso di questo TCA – una patologia psichiatrica, e neppure come tale riconoscibile. L'assunzione di

medicines come quelle descritte dal dott. _____ nella sua certificazione non costituisce secondo questa Corte un trattamento psicoterapeutico rispettivamente un trattamento riconoscibile come tale da _____, alla luce della sua specifica formazione. D'altra parte il Seropram prescritto non solo agisce sull'umore ma appare adatto anche alla cura di "disturbi fisici senza causa organica" (doc. _). Analogo discorso vale per un medicamento come il Demetrin, di natura calmante e rilassante adatto anche alla cura "di disturbi fisici dovuti alle tensioni nervose". Non diversamente è per il compendio del Demetrin prodotto dalla _____ dove si legge che il medicamento è adatto alla cura di "Troubles organiques fonctionnels" tra l'altro conseguenti a tensione. Che _____ sofferisse di una patologia psichiatrica non riconoscibile e che si trascinava da anni all'insaputa del ricorrente, rispettivamente mediante presentazioni di episodi leggeri scomparsi da soli, è inoltre sostenuto e dimostrato dalla dott. _____ che in proposito così si è espressa in merito alle domande di questo TCA: " (...) Il paziente è affetto da una sindrome affettiva bipolare. La caratteristica essenziale di questa malattia è un decorso caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali o episodi depressivi o misti. Non vi sono testimonianze di una diversa incidenza per razza o etnia del disturbo bipolare. Il disturbo è approssimativamente ugualmente comune agli uomini e nelle donne. La prevalenza nel corso della vita varia dallo 0.4% all'1.6%. (...) Secondo quanto da me osservato il signor _____ ha presentato uno stato depressivo grave con ideazione suicidale insorto qualche settimana prima della mia presa a carico (marzo 2000) che richiese un ricovero presso la Clinica _____ dal 06.03.2000 al 25.03.2000. Lo stato depressivo si protrasse fino alla fine di maggio del 2000 quando il paziente iniziò a presentare un'inversione del suo umore con comparsa poi di uno stato maniacale grave senza sintomi psicotici che richiese una nuova ospedalizzazione presso la Clinica _____ dal 12.06.2000 al 14.07.2000. In quelle settimane il paziente era verbalmente aggressivo, specie nei confronti della moglie; aveva un tono dell'umore elevato, era irritabile, agitato, teso, aveva ripreso a giocare d'azzardo alle slot-machine e aveva contratto debiti di alcune migliaia di franchi che avevano costretto la moglie a bloccare i conti in banca; aveva ricominciato anche a bere alcolici e superalcolici in maniera massiccia. Era iperattivo ed insonne. Nei giorni precedenti il suo ricovero fui contattata dalla sorella del paziente perché preoccupata per il suo stato. Il 10.06.2000 la moglie scappò di casa rifugiandosi dal padre impaurita e sfiduciata, decisa a separarsi. Si riuscì ad ottenere una stabilizzazione clinica nelle prime settimane di ottobre del 2000 cosicché il paziente poté riprendere un'attività lavorativa al 50% dal 15 ottobre 2000. In seguito alla ripresa del lavoro iniziò a presentare una serie di difficoltà quali disturbi della concentrazione, incapacità a prendere iniziative, fatica a sopportare l'orario lavorativo seppure a tempo parziale. Le difficoltà incontrate innescarono nuovamente uno stato depressivo con apatia, adinamia e ricomparsa di spunti suicidali. Fu così ritenuto nuovamente inabile al 100%. Durante i mesi di novembre e dicembre il paziente continuò ad alternare momenti di distimia con iperattività alternata a fasi di apatia e abulia. Nel febbraio 2001 presentò un nuovo episodio maniacale con esaltazione dell'umore, disforia, insonnia, irritabilità e iperattività, che fu trattato a livello ambulatoriale in quanto il paziente avendo coscienza del suo stato e percezione dello stesso, accettava di buon grado una terapia farmacologica adeguata. Nella seconda metà del mese di aprile 2001 il paziente ha presentato un nuovo scompensamento depressivo con tono dell'umore deflesso senza ideazioni suicidali; fu reintrodotta una terapia antidepressiva. Discretamente stabilizzato (nel senso che presentava un quadro sub depressivo) durante il mese di maggio, ha sviluppato nuovamente nel mese di giugno un disturbo maniacale con irritabilità,

aggressività verbale verso la moglie, iperattività, insonnia. All'inizio del mese di agosto il paziente appariva stabile, tranquillo, adeguato. Dall'inizio del mese di settembre ultimo scorso il paziente è nuovamente depresso: la depressione attuale è reattiva alle vertenze giuridiche e alle difficoltà finanziarie; lo stato depressivo permane tuttora. È stata inoltrata dal paziente una richiesta per una rendita AI. (...) Prima del marzo del 2000 non ho mai avuto in cura il paziente e per quanto riguarda la sua anamnesi mi sono basata su quanto da lui riferitomi, su quanto riferitomi dalla moglie, dalla sorella, dai fratelli e dal padre del paziente, quindi da notizie auto ed etero anamnestiche. Dalle descrizioni da loro rese è emerso che il paziente presentava questa patologia dal 1995. (...) mi fu riferito che a diverse riprese il paziente presentò degli stati di eccitazione ed euforia in cui era iperattivo, irritabile, nervoso, verbalmente aggressivo e in cui aveva la tendenza a spendere parecchi soldi (secondo il paziente e la moglie diverse migliaia di franchi) giocando alle slot machine. Il paziente mi riferisce di non avere mai assunto psicofarmaci e che tali stati di euforia e di depressione si risolvevano spontaneamente nel tempo, cosa peraltro nota in letteratura psichiatrica: remissione spontanea della depressione e della mania dopo diversi mesi. (...) Nel certificato del 22 luglio 2001 così come in altri certificati redatti per la _____ ho sempre certificato che dal 1995 il paziente lamenta stati di eccitazione maniacali e stati depressivi gravi; dal febbraio 2001 notevole peggioramento. Si tratta senza dubbio di una valutazione mia soggettiva fatta sulla base delle informazioni auto ed etero anamnestiche fornitemi. Nello scritto del 14. 2001 scrivo che il paziente è stato ricoverato presso la Clinica _____ dal 06.03.2000 al 25.03.2000 per uno stato depressivo e del 12.06.2000 al 14.07.2000 per uno scompenso maniacale e che fu possibile durante tali degenze diagnosticare sulla base dei dati anamnestici e dalla osservazione clinica la sindrome affettiva bipolare grave. Aggiungo anche che il paziente non era stato fino ad allora in cura psichiatrica e non aveva quindi mai ricevuto informazioni sulla sua malattia, che fino a quel momento si era manifestata con fasi depressive lievi e scompensi ipomaniacali risoltisi spontaneamente. Questa frase si riferisce (ed è così da me stata intesa al momento in cui l'ho scritta) al fatto che il paziente fino ad allora non sapeva che quello che lui viveva come stato depressivo lieve e scompenso ipomaniacale era parte di una patologia psichiatrica nota come sindrome affettiva bipolare. La frase "che tali stati di euforia e di depressione si risolvevano spontaneamente" si riferiva al suo vissuto soggettivo rispetto a quanto sofferto fino al momento della mia presa a carico ed al successivo ricovero. (...) Come già sopra detto furono il paziente e i suoi famigliari a riferirmi che dal 1995 il signor _____ soffriva di disturbi depressivi e momenti euforici. Secondo quanto da lui riferito iniziò a stare psicologicamente "male" dopo essere finito in disoccupazione alla fine del maggio del 1995, disoccupazione che per altro si protrasse fino al marzo 1997 con un solo periodo lavorativo di quattro mesi quale operaio avventizio del comune di _____ nell'ambito di un programma occupazionale. Finì nuovamente in disoccupazione nel luglio del 1997 fino al 04 gennaio del 1999 con un breve lavoro occupazionale di cinque/sei mesi sempre come operaio avventizio per il comune di _____. Nella lettera che il paziente lasciò per la moglie (febbraio 2000) e che mi portò la moglie al momento della prima consultazione (vedesi allegato _), il paziente scrive tra le righe come fu il disagio della disoccupazione e del mancato ritrovo di un lavoro fisso a creare il suo disagio." (Doc. _) Dal canto suo la dott. _____ ha indicato di avere visitato il paziente, per incarico della _____, e di avere allestito dei rapporti medici a partire dal 24 maggio 2000. La specialista ha confermato la diagnosi della collega dott. _____ ed è stata confrontata con i rilievi della collega locarnese in merito ai quali così

si è espressa: " (...) In effetti è possibile che in passato il sig. _____ abbia sofferto di un disturbo bipolare lieve nel senso che gli episodi sia depressivi che maniacali potevano essere sufficientemente contenuti da potersi risolvere spontaneamente e non tali da pregiudicare la capacità lavorativa. Tenuto conto dell'ignoranza del paziente riguardo alla malattia, è probabile che egli non abbia mai identificato tali episodi, evidentemente lievi, come malattia e quindi non sia mai ricorso a cure mediche. (...)" (Doc. _) Per la specialista la malattia non viene riconosciuta come tale neppure con l'aggravamento che ha portato al ricovero del marzo 2000 (cfr. _ pag. 4). In sostanza entrambe le specialiste accertano come soggettivamente per _____ la patologia sofferta non potesse essere riconosciuta come tale. D'altro canto il dott. _____ indica l'esistenza di leggeri episodi di depressione legati con male alla schiena (problemi lombari) e connessi con la disoccupazione, curati con blanda terapia di medicinali che possono essere impiegati anche per cure di malattie organiche. Con la sua decisione del 9 agosto 2001 l'assicuratore aveva comunicato al ricorrente l'apposizione di una riserva ritenuta come i "disturbi di cui attualmente soffre" _____ "sono insorti nel 1995". Di analogo tenore la decisione su opposizione che lamenta, e di riflesso impone la riserva retroattiva, una reticenza nel non avere ammesso alla Cassa la patologia di sindrome affettiva bipolare". Come rammenta la giurisprudenza del TFA (TFA 125 V 294; 124 V 120, 111 V 28 e 110 V 330) la reticenza – come indicato in precedenza - consiste nel fatto di non annunciare in maniera colpevole una malattia esistente od anteriore soggetta a ricadute, conosciuta – o che dovrebbe essere conosciuta – all'assicurato. Nel caso di specie non è stabilito, secondo il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (in questo senso TFA 121 V 47 c. 2a; TFA 121 V 208 c. 6b), che _____, al momento in cui ha risposto alla domanda 6 della dichiarazione di adesione e proposta di assicurazione, fosse già stato in cura per la malattia poi ritenuta nella decisione 9 agosto 2001 e nella successiva decisione su opposizione del 3 settembre 2001 della Cassa, e che – soprattutto – fosse consapevole che i blandi trattamenti medici voluti dal dott. _____ fossero da collegare a tale patologia (cfr. TFA 125 V 295 relativa ad un consulto psichiatrico legato a problemi collegati a difficoltà lavorative). Al ricorrente la Cassa non ha rimproverato esplicitamente altra reticenza. Alla luce di questi rilievi il ricorso va accolto e la decisione impugnata annullata. 2.6. Abbondanzialmente va osservato come, per quel che riguarda l'apposizione di una riserva, secondo la giurisprudenza in vigore in materia LAMI, la cassa malati deve esercitare il proprio diritto d'introdurre una riserva retroattiva nel termine di un anno dal giorno in cui ha avuto o avrebbe dovuto avere conoscenza del comportamento illecito dell'assicurato al più tardi comunque cinque anni dopo detto comportamento dell'assicurato (DTF 110 V 310 consid. 1; RAMI 1992 886 p. 7; DTF 102 V 195 consid. 2). Si tratta di un'applicazione per analogia dell'art. 47 cpv. 2 LAVS (cfr. RAMI 1987 p. 43). Questi termini, come quelli dell'art. 47 cpv. 2 LAVS sono perentori, in effetti si tratta qui di perenzione del diritto dell'assicuratore (RAMI 1987 K 714 p. 42; Eugster, Krankenversicherung, Basilea 1998, p. 201 e 202 e N 909, in U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998; cfr. per l'applicazione per analogia dell'art. 47 LAVS, DTF 126 V 23). Con l'espressione "l'istante in cui ha avuto o avrebbe dovuto avere conoscenza" si intende il momento in cui l'amministrazione avrebbe dovuto accorgersi di un tale fatto, facendo prova dell'attenzione che le circostanze permettevano ragionevolmente di esigere da lei (RAMI 1987 p. 44; DTF 110 V 304). Il Tribunale federale delle assicurazioni si è ispirato in concreto al concetto vigente in ambito del risarcimento danni per mancato pagamento dei contributi AVS (art. 52 LAVS; DTF 112 V 6). L'obbligo di attenzione implica che la cassa proceda ad un'inchiesta sullo stato di

salute dell'assicurato (RAMI 1987 p. 45). In proposito va rilevato che la cassa non è tenuta a procedere spontaneamente in ogni caso a un'inchiesta su eventuali malattie anteriori. Non lo si può esigere se l'interessato non le fornisce alcuna indicazione. Tuttavia se la cassa omette di effettuare le ricerche ragionevolmente esigibili in modo che sarebbe contrario al principio della buona fede imputare una colpa all'assicurato, non è ammissibile pronunciare una sanzione nei confronti di quest'ultimo rispettivamente imporgli una riserva retroattiva (RAMI 1986 p. 45/46). Il termine di un anno è pure salvaguardato se la Cassa istituisce la riserva tramite una decisione informale. In tale contesto la giurisprudenza ha precisato che irrilevante è il fatto che, in seguito all'opposizione e all'istruzione medica provocata da essa, la formulazione della riserva viene modificata dalla Cassa per tener conto delle nuove informazioni mediche (RAMI 1986 p. 131, 139- 140 consid. 4b). Infine occorre ribadire che il TFA ha già stabilito che la giurisprudenza in materia di riserva sviluppata in ambito LAMI vale anche vigente la LAMal (DTF 125 V 292). 2.7. Nel caso di specie la Cassa ha avuto notizia dell'incapacità lavorativa dell'assicurato ed ha potuto successivamente accertare, già nei primi mesi del 2000, il ricovero dello stesso presso una clinica per l'affezione psichiatrica. Successivamente a tale ricovero la situazione è rimasta stabilmente negativa e _____ ha subito un secondo ricovero il 12 giugno 2000. Questo secondo ricovero, con l'indicazione di una patologia decisamente grave ed importante, avrebbero dovuto imporre alla Cassa di operare gli accertamenti necessari presso il medico curante dell'assicurato in conseguenza ai quali avrebbe appreso della somministrazione dei medicinali elencati nel doc. _ cui _____ sembra dare – ma solo in corso di istruttoria di causa – importanza. La Cassa non ha operato, a fronte del perdurare della patologia diagnosticata con il grave episodio suicidale ed a fronte di ben due ricoveri ospedalieri importanti in un breve lasso di tempo (circostanze queste note a _____ per i rapporti della dott. _____, in particolare il rapporto del 24 maggio 2000 al dott. _____ fiduciario della Cassa), le opportune e facili verifiche presso la dr.ssa _____ ed il dott. _____ per accertare l'origine della patologia e la sua preesistenza rispetto alla conclusione del contratto risalente ad appena 3 mesi prima della manifestazione suicidale ed i gravi scompensi. Quand'anche si volesse quindi ammettere l'esistenza di una reticenza dell'assicurato, in particolare per avere omesso di indicare i blandi trattamenti medici da lui seguiti presso il dott. _____ nel maggio 1995 e nel 1997, trattamenti riferiti in particolare a patologia lombare che ha causato una lieve depressione (e quindi senza attinenza con la reticenza ritenuta dalla Cassa nella decisione impugnata), la riserva sarebbe da ritenere tardiva e comunque perentoria siccome apposta il 9 agosto 2001 ossia ad oltre 1 anno dal momento in cui _____ avrebbe dovuto e potuto porre in atto le occorrenti indagini, in se semplici, per l'accertamento. Da osservare come con l'apposizione della sua firma in calce alla proposta di assicurazione e formulario di adesione _____ ha svincolato i medici curanti dal segreto professionale. 2.8. Nel suo ricorso _____ ha chiesto l'assunzione di diverse prove tra cui il richiamo di "tutti gli atti dal dott. _____" relativi allo stato di salute del ricorrente. Alla luce di quanto evocato, ritenute le evidenze istruttorie e l'esito dell'impugnativa, appare inutile procedere all'acquisizione probatoria richiesta. Infatti, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des*

Bundes, pag. 47, no. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, IIa ed., pag. 274; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4a ed., pag. 135; Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pag. 63; cfr. pure DTF 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e rinvii). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (DTF 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e rinvii). Nel concreto caso i fatti che questo TCA doveva accertare sono stati chiariti in maniera sufficiente ed adeguata mediante interpellazione del dott. _____, nulla di nuovo potrebbe giungere, per la valutazione del caso, dall'acquisizione della cartella medica del ricorrente. Come indicato quindi il ricorso va accolto, la decisione impugnata annullata ed ammesse le prestazioni dovute dalla _____ in virtù del contratto concluso con l'assicurato a copertura delle indennità per perdita di guadagno anche per affezioni dipendenti da sindrome affettiva bipolare. L'assicuratore va altresì condannato a versare a _____ l'importo di CHF 2'000.- a titolo di ripetibili.

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