

TI_GERICHTE 36.2002.26 vom 24. Oktober 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-10-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.26

FR: TI_GERICHTE 36.2002.26 du 24 octobre 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.26 del 24 ottobre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

pos. 13.08 Escissione nodulo al seno ■ il medico operatore ha diritto ad un onorario basato su 150 punti ■ il medico anestesista ha diritto al minimo di 100 punti (il 50% di 150 = a 75 punti < al minimo di 100 punti)

E. 2

essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile nelle circostanze.

E. 3

la promessa dev'essere propria a ispirare fiducia. Ciò significa che l'interessato, date le circostanze, non deve poter riconoscere l'erroneità della disposizione. La comunicazione dell'amministrazione deve infatti essere interpretata come il destinatario può e deve capirla usando tutta l'attenzione da lui esigibile (protezione della buona fede dell'assicurato). Una mancanza di chiarezza di un'informazione da parte della cassa non può trarre seco conseguenze sfavorevoli per il cittadino (cfr. DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, p. 68). Inoltre l'informazione deve essere incondizionata. Qualora l'organo amministrativo che fornisce la comunicazione esprime - almeno implicitamente, ma con chiarezza - che la comunicazione non è definitiva, il destinatario della comunicazione non può far valere la propria buona fede (cfr. Imboden-Rhinow, Schweiz. Verwaltungsrechtsprechung, 5a. edizione, n. 75 B III b 3);

E. 4

l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole.

E. 5

la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (RAMI 1991 p. 68ss; DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; 109 V 55). La giurisprudenza applicabile in materia, in relazione con l'art. 4 v. Cost. (DTF 121 V 66 consid. 2) è applicabile anche in virtù del nuovo art. 9 Cost. (RAMI 2000 p. 223). In concreto, non risultano adempiuti gli estremi per l'applicazione del principio della buona fede. Infatti, l'errata informazione non è stata fornita dalla Cassa malati, bensì dalla Clinica. Non si può pertanto imputare alla Cassa di aver dato indicazioni non corrette all'insorgente. Le eventuali errate informazioni della Clinica all'insorgente sono influenti

ai fini dell'evasione del presente gravame poiché non concernono il rapporto con la _____ . L'assicurata non può, da questa circostanza, far derivare un diritto nei confronti della Cassa malati. B. Assicurazioni complementari 2.9. Oltre all'assicurazione di base, _____ era assicurata presso la _____ anche per talune complementari (assicurazione delle cure medico-sanitarie _____, assicurazione delle spese d'ospedalizzazione, reparto semiprivato in tutta la Svizzera negli ospedali che hanno ricevuto un mandato di prestazioni da un Cantone e assicurazione complementare per le cure dentarie). In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi per la degenza ospedaliera anche in base alle assicurazioni complementari, vanno esaminate le condizioni generali e complementari dell'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (reparto semiprivato in tutti gli ospedali in tutta la Svizzera, a condizione che figurino nell'elenco compilato dal Cantone e dispongano di un suo mandato di prestazioni) nella versione in vigore nel 2001. Per l'art. A23 lett. c CGA non vi è copertura assicurativa per i costi di un trattamento inefficace, inadeguato, o non economico. Sono considerate misure mediche non economiche quelle che non si limitano a quanto necessario nell'interesse della persona assicurata e a fini terapeutici. L'efficacia deve essere comprovata mediante metodi scientifici. L'art. E4 regola le prestazioni in un ospedale per cure acute. Ai capoversi 1 e 2 viene precisato che " (...) 1 Nel caso di un trattamento stazionario attuato in un ospedale per cure acute, le prestazioni assicurate sono concesse per un periodo illimitato, purché vi sia la necessità di un'ospedalizzazione dell'assicurato e che venga curata una patologia con valore di malattia. 2 Se un assicurato si reca nel reparto dell'ospedale corrispondente alla classe di prestazioni assicurata, la KPT prende a suo carico tutte le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie giusta la LAMal e dall'assicurazione malattie facoltative per il trattamento e il soggiorno economici, adeguati ed efficaci. Sono esclusi dell'obbligo di prestazioni i punti: - Art. E1 capoverso 2; - conversazioni telefoniche; - affitto di radio, televisori e video; - acquisto e affitto di videocassette; - bibite e snacks; - giornali e riviste; - prodotti per fumatori; - cibi consumati da visitatori; - pratiche in caso di decesso; - spese amministrative. (...)" 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 a quelli previsti dall'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal. Dev'essere cioè data la necessità di ospedalizzazione; il trattamento e il soggiorno devono inoltre essere economici, adeguati ed efficaci. Poiché quindi in ambito LAMal questa Corte non ha riconosciuto la necessità della cura stazionaria, le medesime conclusioni devono essere tratte per quanto riguarda l'assicurazione complementare in esame. La petizione dev'essere quindi respinta.

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