

## **TI\_GERICHTE 36.2012.62 vom 7. Oktober 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-10-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2012.62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2012.62)

FR: TI\_GERICHTE 36.2012.62 du 7 octobre 2013

IT: TI\_GERICHTE 36.2012.62 del 7 ottobre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 5 LAMal). L'art. 50 LAMal, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2011, prevede che per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25 a . I capoversi 7 e 8 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia. Un soggiorno ospedaliero non implica, dunque, di per sé l'obbligo contributivo delle Casse: presupposto indispensabile alla nascita del diritto alle prestazioni per una cura ospedaliera è la necessità di misure terapeutiche o, almeno, diagnostiche che possono essere applicate soltanto in uno stabilimento ospedaliero (DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32; RAMI 1977 pag. 167; RAMI 1989 pag. 154). L'art. 56 cpv. 1 LAMal dispone che il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere presuppone dunque, in forza dell'art. 56 LAMal, che la degenza ospedaliera sia richiesta dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo del trattamento. 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. Gli assicuratori malattia, chiamati a vigilare sul rispetto dell'economia di trattamento, possono e anzi devono rifiutare l'assunzione di provvedimenti terapeutici inutili o che avrebbero potuto essere rimpiazzati da altri, meno onerosi. Tale principio non concerne unicamente i rapporti tra assicuratori e fornitori di cure, bensì è ugualmente opponibile all'assicurato che non ha così alcun diritto all'assunzione e al rimborso di un trattamento non economico (DTF 127 V 46 consid. 2b; cfr. pure la STFA K 35/04 del 29 giugno 2004, consid. 3). 2.3. L'obbligo, per gli assicuratori malattia, di concedere delle prestazioni in caso di trattamento stazionario presuppone innanzitutto che la persona assicurata soggiorni in un ospedale, vale a dire in un istituto o in un suo reparto, preposto alla cura stazionaria di malattie acute oppure all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione. Inoltre, si deve essere in presenza di una malattia che renda necessari un trattamento acuto oppure una riabilitazione medica in condizioni ospedaliere. La necessità di ospedalizzazione (" Spitalbedürftigkeit ") in tal senso si realizza, da un lato, se i provvedimenti diagnostici e terapeutici necessari possono essere praticati in modo appropriato unicamente in un ospedale e, dall'altro, se si sono esaurite le possibilità di una cura ambulatoriale e solo una terapia in ambito ospedaliero presenti delle possibilità di successo. 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). Le terapie destinate a trattare i postumi di malattie possono avere luogo in ambiente ospedaliero. La riabilitazione ha per scopo di ripristinare, con l'ausilio di mezzi di ordine sanitario, funzioni perdute o di migliorare funzioni ridotte. I provvedimenti medici di riabilitazione si

caratterizzano per il fatto che il trattamento della malattia è di per sé terminato per lasciare spazio a forme di terapia destinate a trattarne i postumi. La riabilitazione medica segue il trattamento dell'affezione e si propone di eliminare, mediante provvedimenti medici, il danno arrecato dalla malattia o dal suo trattamento alle capacità fisiche o psichiche. Nel caso di malattie croniche, la riabilitazione serve a conservare o addirittura a migliorare le funzioni residue. La riabilitazione medica può avvenire in forma ambulatoriale, in ambito semi-ospedaliero, in una casa di cura o in una clinica specializzata, nel qual caso devono essere adempiute le condizioni per un soggiorno in ambito ospedaliero. La necessità di un soggiorno in ambito ospedaliero si determina in funzione dell'intensità del trattamento, del grado di impedimento, del genere delle cure richieste, della gravità della malattia principale o dell'intervento di complicazioni che vengono ad aggiungersi alle patologie già esistenti (STFA K 158/00 dell'11 giugno 2001; DTF 126 V 327 consid. 2c). Le cure di convalescenza servono, senza che esista una necessità di cure e di trattamenti particolari, al riposo e al ristabilimento dopo affezioni che hanno compromesso in modo essenziale lo stato generale (citata STFA K 158/00 dell'11 giugno 2001). Criterio determinante per la differenziazione tra cure di convalescenza, non a carico dell'assicurazione obbligatoria, e riabilitazione medica, è l'obiettivo della misura (DTF 126 V 327 consid. 2d). Secondo la giurisprudenza resa vigente LAMI, ma che ha mantenuto la propria validità anche nell'ambito LAMal (citata STFA K 158/00), 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; DTF 120 V pag. 206 consid. 6; RAMI 1969 pag. 32; RAMI 1977 pag. 167; RAMI 1989 pag. 154). La necessità dell'applicazione di un determinato provvedimento va stabilita in base a criteri obiettivi. Tuttavia, l'intensità del trattamento terapeutico, richiesto dalla malattia, non costituisce l'unico criterio per decidere se lo stato di salute giustifichi un'ospedalizzazione, soprattutto quando un assicurato anziano che vive solo si trova nell'impossibilità di ricevere a domicilio la sorveglianza e le cure richieste dal suo stato morboso. Come più volte ricordato dall'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), la Cassa è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero 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). 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. Nella DTF 124 V 362 l'Alta Corte si è, al proposito, così espressa al considerando 1b: " 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)". Nella sentenza 9C\_369/2009 il TF ha così ribadito i concetti della sentenza appena riportata nonché della sentenza K 20/2006 del 20 ottobre 2006: " Der Krankheitszustand der versicherten Person muss einen Spitalaufenthalt nicht unbedingt erforderlich machen; es genügt, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (vgl. hierzu auch Urteile K 53/04 26. August 2004 und K 68/06 vom 27. November 2006). Hingegen hat der Krankenversicherer nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit aus sozialen Überlegungen oder mangels Platzangebot in

einem Pflegeheim weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist ...". Pertanto, il requisito dell'economicità consente la degenza in un ospedale per pazienti affetti da malattie acute conformemente alla tariffa dell'ospedale solo fintantoché una simile degenza sia resa necessaria dallo scopo della cura. Nella sentenza DTF 124 V 362 il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha pure confermato la giurisprudenza stabilita sotto l'imperio della LAMI, secondo cui occorre riconoscere all'assicurato degente in un ospedale per pazienti portatori di un'affezione acuta un adeguato periodo di adattamento in vista del trasferimento in una casa di cura oppure in un reparto di un istituto o di uno stabilimento nel quale vengono dispensate cure in tal senso. Il presupposto della necessità di ospedalizzazione in stabilimenti per malattie acute 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; DTF 120 V 206 consid. 6a). Determinante per stabilire la necessità è lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'entrata all'ospedale (RAMI 1994 K 939).

2.4. Per costante giurisprudenza sviluppatasi 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). L'assicurato non ha alcun diritto al rimborso di un trattamento non economico (DTF 125 V 98 consid. 2b). Quindi, se due misure risultano efficaci e appropriate si deve procedere a ponderare i costi ed i benefici del trattamento (RAMI 1998 K 988 pag. 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. 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 K 87/00 del 21 marzo 2001, consid. 2d).

2.5. Il diritto a prestazioni per un trattamento in ambito ospedaliero implica che quest'ultimo sia necessario e serva alla cura di malattie acute o all'attualizzazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal). In DTF 126 V 323, consid. 2c e 2d, l'Alta Corte ha affermato: "(...) c) Im Gesetz nicht näher umschrieben wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Nach Gebhard Eugster (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. Soziale Sicherheit, Rz 142 ff.) besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung der verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik

erfolgen, wobei im Letztern Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist. d) Im Gesetz nicht erwähnt sind die Erholungskuren, an welche die Krankenversicherer, wie nach dem früheren Recht (BGE 109 V 271 Erw. 4), keine Pflichtleistungen zu erbringen haben. Dies gilt auch für Anwendungen, welche einzig die Erholung oder Genesung fördern sollen, und diagnostische Massnahmen zur Klärung des dafür notwendigen Therapiebedarfs. Von der blossen Erholung ist die Fortsetzung einer begonnenen Heilbehandlung unter Kurbedingungen zu unterscheiden. Dient die Kur der Durchführung besonderer Therapien oder Therapieprogramme bei bestimmten Erkrankungen, hat der Krankenversicherer grundsätzlich die gleichen Leistungen zu erbringen wie bei der ambulanten Behandlung (Eugster, a.a.O., Rz 146 f.). Für die Abgrenzung zwischen Erholungskuren und der medizinischen Rehabilitation ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen. Die medizinische Rehabilitation ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dienen Versicherten ohne besondere Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten (Eugster, a.a.O. Rz 144)." 2.6. Nel caso di specie, il 29 dicembre 2010 (doc. 4) la Clinica \_\_\_\_\_ ha inviato alla Cassa malati CO 1 una richiesta di garanzia per il ricovero di RI 1 previsto per il 13 gennaio 2011 per " Lesione menisco ginocchio sin. - ca. 3 gg. ". L'indomani, il 30 dicembre 2011 (doc. 5), la Cassa malati ha scritto alla Clinica quanto segue: " Ablehnung der stationären Behandlung Kostengutsprache für ambulante Behandlung nach Tarmed Bemerkung: Kogu nur gültig für Pflichtleistungen nach KVG! Sollte die Spitalbedürftigkeit gegeben sein, benötigen wir einen Arztbericht z.Hd. von unserem Vertrauensarzt. " La Clinica in cui la ricorrente è stata degente ha sì inviato un rapporto più dettagliato all'assicurazione - e meglio il rapporto operatorio del 13 gennaio 2011 -, ma solo l'8 febbraio 2011 (doc. 6). Il 15 febbraio 2011 (doc. 7) la Cassa malati, tramite il suo medico di fiducia, ha esaminato attentamente detto rapporto e ha comunicato alla Clinica \_\_\_\_\_ che confermava il rifiuto di assumersi i costi del ricovero, siccome il rapporto inviato non forniva alcuna prova della necessità di un ricovero stazionario. Il rapporto operatorio del 13 gennaio 2011 (doc. A) allestito e firmato dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica, indica che la diagnosi era di lesione radiale corno posteriore menisco mediale ginocchio sinistro e di lesione osteocondrale faccetta mediale della rotula sinistra. L'intervento è consistito in un'artroscopia diagnostica, nella regolarizzazione artroscopica selettiva della lesione meniscale mediale ed in un "debridement" artroscopico; anestesia spinale e "esmark". Per quanto concerne il compartimento femoro rotuleo, il rapporto rileva che la troclea era senza problemi. La rotula presentava una lesione osteocondrale di grado I alla faccetta mediale che è stata debridata con anche presenza di una plica medio patellare che è stata asportata. Quanto al compartimento mediale, la cartilagine condilare e del piatto tibiale era senza problemi. Il menisco mediale presentava una lesione radiale a livello del corno posteriore che è stata regolarizzata con tecnica classica. Riguardo al compartimento centrale, l'incisura era nella norma, i crociati anteriore e posteriore erano senza problemi. Per il compartimento laterale, la cartilagine condilare era senza problemi, così pure la cartilagine del piatto tibiale ed il menisco laterale. È stato eseguito un abbondante risciacquo, posato un Redon intra-articolare e chiusi i fori di entrata con punti semplici. Il procedere prevedeva l'ablazione del Redon 24 ore dopo l'operazione, l'ablazione

dei punti il 12° giorno post-operatorio, il carico parziale per tre settimane, sin da subito la fisioterapia riabilitativa secondo schema menisco ed il trattamento con condroprotettori per tre mesi. Nel successivo certificato del 24 maggio 2011 (doc. D), il medico curante ha affermato di avere operato l'assicurata a causa di una lesione meniscale mediale del ginocchio sinistro e per il trattamento di una lesione osteocondrale a livello della rotula sinistra mediante nuova tecnica di microfratturazione della cartilagine. Lo specialista ha inoltre rilevato che la degenza di 24 ore è stata dovuta da motivi strettamente medici, poiché non si è trattato di una semplice artroscopia con riparazione di una lesione meniscale, ma si è instaurato anche un trattamento per la lesione cartilaginea a livello della rotula, che ha necessitato della posa di un drenaggio per 24 ore secondo il protocollo della Società Internazionale della Chirurgia della cartilagine. Il chirurgo ha osservato che la paziente è stata operata in tarda mattinata, ragione per cui, per motivi strettamente medici, la degenza di una notte era giustificata. Da ultimo, l'ortopedico ha rilevato che delle vertenze simili sono già state oggetto di discussione e di soluzione fra le parti. Da parte sua, il medico fiduciario della Cassa malati, dr. med. \_\_\_\_\_, il 23 giugno 2011 (doc. 11) ha direttamente scritto al collega, evidenziando che sulla scorta di tutta la documentazione medica raccolta non v'era la necessità medica di una terapia stazionaria. Inoltre, i motivi organizzativi come l'orario in cui è avvenuta l'operazione non sono una valida ragione per ammettere l'indicazione di una terapia stazionaria. L'11 agosto 2011 (doc. 12) il dottor \_\_\_\_\_ ha scritto all'assicurata, informandola che l'artroscopia è una tecnica operativa che consiste sostanzialmente in un intervento mininvasivo, il cui vantaggio è dato anche dal soggiorno ospedaliero più breve. Le artroscopie al ginocchio rientrano oggi generalmente tra le prestazioni ambulatoriali. Delle eccezioni sono riconosciute quando vi sono situazioni complesse, compresa l'età avanzata dei pazienti con un numero superiore di malattie supplementari, ciò che non era il caso concreto e quindi non erano dati i motivi per ammettere il riconoscimento delle spese per una degenza stazionaria. Neppure i motivi organizzativi interni della Clinica riguardo alla pianificazione degli interventi, e le conseguenze che ne derivano, possono dare luogo ad una presa a carico dei relativi costi. Ai fini di chiarire la fattispecie, il 15 gennaio 2013 (doc. VII) il giudice delegato ha interpellato il chirurgo che ha operato l'insorgente, il quale il 28 marzo 2013 (doc. XI) ha così risposto: " (...) Sinceramente sono veramente stufo in qualità di presidente degli ortopedici \_\_\_\_\_ dell'arroganza della cassa malati CO 1, la quale è l'unica che non permette di eseguire le artroscopie chirurgiche con degenza di 24 h, in regime di semi day-hospital. Da come si legge nel rapporto operatorio la signora RI 1 ha subito in data 13.01.2011 una meniscectomia parziale mediale della rotula sinistra e l'asportazione di una plica medio-patellare. Non si tratta quindi di una semplice artroscopia diagnostica ma di una artroscopia operativa, ragione per la quale come avviene in tutta la Svizzera tali interventi che non sono assolutamente diagnostici ma operativi, e le rispondo anche in qualità di esperto chirurgo del ginocchio e professore associato presso gli Istituti ortopedici \_\_\_\_\_, necessitano di una posa di un drenaggio e di una degenza per 24/48h, cosa che è stata fatta. (...) contesto formalmente le argomentazioni del medico fiduciario della Cassa malati CO 1 che sicuramente non è uno specialista in chirurgia ortopedica e chirurgia del ginocchio.". Poiché il medico curante non ha compiutamente risposto alle domande sottopostigli da questo Tribunale (doc. VII), il 17 luglio 2013 (doc. XXIX) il dr. med. \_\_\_\_\_ è stato sentito come teste. Durante la sua audizione, avvenuta alla presenza delle parti, è emerso che lo specialista chirurgo effettua annualmente 250/300 artroscopie e quindi il caso della ricorrente, che gli è stata inviata dal medico curante per una patologia

del ginocchio, costituiva una situazione ordinaria. Per verificare il danno al ginocchio sinistro della paziente, egli ha eseguito nel novembre 2010 una risonanza magnetica (docc. XXIX/2 e XXIX/3) che, a suo dire, non sempre è conclusiva, anche se è pur sempre un buon supporto, ma spesso il chirurgo ottiene migliori valutazioni con il suo esame clinico e dalla valutazione artroscopia. Nel mese di gennaio 2011 il teste ha operato la ricorrente. Il tipo di intervento adottato ha comportato un ricovero in clinica per 24 ore di sorveglianza post chirurgica, stante la posa di un drenaggio e la verifica delle conseguenze dello stesso. Questa soluzione è stata anche adottata dopo che la lunga esperienza maturata gli ha insegnato che la dimissione dei pazienti in regime di day hospital ha portato molto spesso gli stessi a ritornare in ospedale per delle complicanze e per la presenza di forti dolori. Egli ha inoltre chiarito che se l'intervento impone il drenaggio, la sorveglianza di 24 ore è giustificata. In particolare, nel 99% dei casi egli pone un drenaggio e, nel caso di specie, v'era un versamento interno che imponeva questa soluzione e la plica era particolarmente ispessita. Non va infatti dimenticato che il lisciaggio, ovvero la microfrattura della cartilagine, provoca un grosso sanguinamento, visto che lo scopo è di indurre la crescita della cartilagine. Al riguardo, lo specialista ha precisato che " Quanto eseguito corrisponde alle regole dell'arte medica, vero è che la sig.ra RI 1 dopo 2 mesi dall'intervento poteva già frequentare la sua palestra. " (doc. XXIX pag. 4). Come fatto notare dal TCA nel suo scritto del 15 gennaio 2013 (doc. VII) ed anche dalla Cassa malati resistente, che poggia il suo rifiuto sostanzialmente su questa circostanza, il rapporto operatorio del dr. med.

\_\_\_\_\_ non riferisce però alcunché della tecnica adottata della microfratturazione della cartilagine. Al riguardo, il chirurgo ha precisato che il rapporto operatorio " è sostanzialmente un rapporto standardizzato. " (doc. XXIX pag. 3). Per quanto concerne l'orario in cui è avvenuta l'operazione, il teste ha specificato che, in generale, gli interventi di artroscopia avvengono in mattinata. Nel caso di specie non si ricordava più, però, quando la ricorrente è stata operata. Dalla cartella clinica (doc. XX/4) risulta che l'intervento è avvenuto nel primo pomeriggio (ore 14.04) e " Mi viene chiesto se il fatto di operare alle 2 del pomeriggio o alle 6 del mattino cambi qualcosa nella permanenza delle 24 ore. Io rispondo no. " (doc. XXIX pag. 4). Infine, il chirurgo ha affermato sia di non essere stato al corrente che la Clinica aveva chiesto la garanzia a copertura dei costi per tre giorni di ricovero - che l'assicuratore ha rifiutato -, sia di non avere dato indicazioni all'amministrazione del nosocomio circa una durata del possibile ricovero superiore alla media, o meglio alle 24 ore rispettivamente al massimo 48 ore. Il verbale di audizione del teste è stato sottoposto dalla Cassa malati al suo medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_, che dopo essersi pronunciato su alcune affermazioni rilasciate dal chirurgo durante la sua audizione, si è così espresso sulla necessità, in concreto, di una ospedalizzazione per la microfratturazione e della posa di un drenaggio, facendo riferimento a pubblicazioni del Dr. Dubs: " ... In base alla letteratura la necessità del drenaggio di Redon rivendicata dal dr. \_\_\_\_\_ non può essere dimostrata ossia non coincide con le conoscenze scientifiche." salvo poi precisare che: " Può essere considerata un'eccezione quando nell'articolazione del ginocchio vengono operate strutture con tendenza a forti emorragie. Rientrano tra queste l'apertura dell'osso ossia la rottura della superficie dell'osso. Una tale tecnica sarebbe la cosiddetta microfratturazione (v. anche il mio memorandum del 21.05.2012). Quindi la valutazione medico-assicurativa qui si concentra sulla domanda se abbia avuto luogo una microfratturazione, ossia soprattutto se questa fosse indicata." Il collaboratore di ÖKK pone in dubbio il dire, reso sotto testimonianza, del medico e specialista in materia Dr. Bianchi. Il medico interno di ÖKK disquisisce poi sul fatto che l'indicazione di microfratturazione sia

avvenuta tardivamente e non sia contenuta nel rapporto operatorio. Nella sua presa di posizione (meglio avrebbe fatto il collaboratore di ÖKK a presenziare all'udienza come ha fatto il direttore dell'assicurazione) precisa poi che: " ... ho già spiegato che una tecnica del genere è descritta nella letteratura come possibilità terapeutica, tuttavia è inequivocabilmente indicata solo in caso di usura della cartilagine nel senso di una condropatia di grado IV. L'impiego di tali tecniche per una condropatia di grado I, cioè ammolimento della cartilagine la quale può persino riprendersi, secondo la comprensione ortopedica è da considerare controindicata e quindi persino un errore del medico. Una tale tecnica dal punto di vista giuridico sarebbe eventualmente da valutare come lesione personale. D'altra parte una microfratturazione correttamente indicata sarebbe un motivo comprensibile dal punto di vista medico per l'inserimento di un drenaggio." e qui il collaboratore di ÖKK si spinge sino a ritenere un errore medico dello specialista Dr. Bianchi, rilevando poi: " ... sono presenti 4 copie di immagini intra-articolari artroscopiche del ginocchio. Una delle immagini è descritta con "patella". Vi sono visibili due superfici cartilaginee riprodotte reciprocamente che presentano lievi irregolarità. Non è visibile una usura fino al limite dell'osso. In questo caso si può presupporre unicamente una condropatia di grado I ev. di grado II. Queste immagini non sono probanti per l'asserzione del dr. \_\_\_\_\_, cioè per l'indicazione di una microfratturazione, anzi si esprimono addirittura contro. (...) Quindi la necessità del drenaggio di Redon non può essere dimostrata scientificamente e con ciò nemmeno la necessità di un monitoraggio ospedaliero." Il medico di ÖKK ribadisce poi ulteriormente l'assenza di indicazioni precise nel rapporto operatorio con la conseguenza che "quod non est in actis non est in mundo". In uno con la sua valutazione il Dr. Kanabé ha prodotto una valutazione peritale del 2008 del Dr. Dubs in altra fattispecie, il cui rilievo appare minimo, in cui Dubs riporta la sua esperienza personale. ÖKK non ha invece fatto allestire una valutazione del caso da uno specialista in materia (magari lo stesso Dr. Dubs) e non gli ha sottoposto la deposizione del Dr. Bianchi.

2.7. 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; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi

imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi a livello amministrativo ed a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza. Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha

evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella recente STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Alla luce dei rapporti medici esposti, delle opinioni espresse dal medico curante e dal medico fiduciario della Cassa malati, il TCA ritiene che non si possa mettere in dubbio che il dr. med. \_\_\_\_\_, quando il 13 gennaio 2011 ha operato la ricorrente al ginocchio sinistro, abbia eseguito una microfratturazione della cartilagine. Questa indicazione, è vero, non è presente nel rapporto operatorio, dove figura soltanto che è stata eseguita una artroscopia

diagnostica, regolarizzazione artroscopica selettiva della lesione meniscale mediale, debridement artroscopico. Tuttavia, questa Corte non può ignorare le affermazioni rilasciate dal chirurgo il 17 luglio 2013, quando è stato ascoltato come teste. In quell'occasione l'ortopedico, invitato a rispondere secondo verità ed ammonito delle conseguenze di una falsa testimonianza, sotto giuramento ha precisato che il rapporto operatorio è sostanzialmente un rapporto standardizzato (doc. XXIX pag. 3), sottintendendo, quindi, che non sempre tutti i passi operatori vengono riferiti nei relativi rapporti. Nel suo precedente scritto del 28 marzo 2013 (doc. XI) egli ha inoltre chiarito di avere eseguito una meniscectomia parziale artroscopica a livello del ginocchio sinistro, la cura di una lesione osteocondrale della faccetta mediale della rotula sinistra e l'asportazione di una plica medio-patellare. Pertanto, non si trattava (più) di una semplice artroscopia diagnostica come inizialmente previsto, bensì di una artroscopia operativa e quindi, come tale, essa necessitava della posa di un drenaggio e di una conseguente degenza per 24h/48h. Durante l'audizione testimoniale, è emerso che la ricorrente non solo presentava una lesione meniscale, ma anche una lesione della cartilagine e una plica particolarmente ispessita. L'intervento chirurgico in esame ha dato luogo ad un versamento interno, ciò che ha comportato, come nel 99% dei casi analoghi (250/300 all'anno) di cui il dottor \_\_\_\_\_ si è occupato nella sua carriera, la posa di un drenaggio. In tal caso si è resa necessaria, e quindi era giustificata, la sorveglianza della paziente per 24 ore, indipendentemente dall'ora in cui l'operazione è stata effettuata (al mattino o al pomeriggio). Al riguardo, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha sollevato diverse obiezioni, fra cui quella secondo cui dal referto RM dell'11 novembre 2010 (doc. XXIX/2), prodotto in sede di udienza, non risultava la necessità di procedere con una microfratturazione della cartilagine, dato che all'esame radiologico risultava soltanto un'iniziale usura della cartilagine in sede femoropatellare, ma non pure un'esposizione cartilaginea nel senso di una condropatia di grado IV che, come tale, avrebbe necessitato una microfratturazione. Secondo il medico fiduciario della Cassa malati CO 1, dunque, l'esito della risonanza magnetica darebbe torto al chirurgo ortopedico che ha proceduto con un intervento di microfratturazione anche quando, invece, essa non era necessaria. A suo dire, inoltre, anche dalle quattro immagini intra-articolari artroscopiche del ginocchio consegnate agli atti dal medico curante (doc. XXIX/1) non sarebbe visibile un'usura fino all'osso, tale da giustificare una condropatia di grado IV. Qui, semmai, v'era (soltanto) una condropatia di grado II, ma comunque queste fotografie non comprovano l'indicazione di procedere con una microfratturazione. Il TCA rileva che il teste, quando ha prodotto il rapporto del radiologo concernente l'esame ambulatoriale, ha precisato che non sempre una risonanza magnetica è conclusiva, visto che egli spesso ottiene delle valutazioni migliori sia con l'esame clinico sia dalla valutazione artroscopica. Ecco dunque perché è solo durante l'intervento di artroscopia al ginocchio sinistro che il chirurgo, nel caso concreto, dopo avere preso atto della situazione interna della rotula e della plica, ha ritenuto necessario eseguire un lisciaggio della cartilagine per indurne la ricrescita. Da quel momento, l'intervento programmato di semplice artroscopia diagnostica si è trasformato in una artroscopia operativa, che ha necessitato, come riconosciuto dal medico fiduciario della Cassa malati (doc. XXX/1 pag. 2 par. 4: " D'altra parte una microfratturazione correttamente indicata sarebbe un motivo comprensibile dal punto di vista medico per l'inserimento di un drenaggio. "), di un drenaggio di Redon e di una degenza stazionaria per 24 ore. Quanto al parere espresso per altra causa del dr. med. \_\_\_\_\_, secondo cui nel caso di un intervento sul menisco in artroscopia al ginocchio ed anche sulla plica non sarebbe dimostrata sia la necessità di un drenaggio, va osservato

come detto parere è riferito ad altro assicurato, ad altra causa e non può dare concreta valutazione del caso sottoposto a giudizio. Non va poi dimenticato che il chirurgo ortopedico che è intervenuto sul ginocchio della ricorrente da decenni opera sugli arti inferiori e nella sua casistica ha sempre (nel 99% dei casi) adottato questo sistema, ossia la posa di un drenaggio laddove fosse necessario nei casi come quello in discussione. Lo specialista ha al riguardo affermato di essersi attenuto al protocollo della Società Internazionale della Chirurgia della Cartilagine (doc. D) e che " L'esperienza mi ha insegnato che la dimissione dei pazienti in regime di day hospital ha portato molto spesso gli stessi a rientrare per delle complicanze e per la presenza di forti dolori. " (doc. XXIX pag. 3), in caso di posa di drenaggio come in concreto. Nella fattispecie, poi, la plica medio-patellare che è stata asportata era particolarmente ispessita e " vi era un versamento interno che imponeva questa apposizione ." (doc. XXIX pag. 4).

2.9. Le osservazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ sono formulate da un medico non specialista in materia e la sua critica si fonda su fotografie e sul rapporto di un terzo medico reso in altra fattispecie. Deve essere qui ritenuto in primo luogo che il 13 gennaio 2011 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha effettivamente eseguito una microfratturazione della cartilagine del ginocchio sinistro dell'insorgente. In secondo luogo, va evidenziato che, secondo le affermazioni del chirurgo, tale trattamento si è rivelato, in corso di intervento necessario, tanto da dovere poi apporre un drenaggio di Redon visto il versamento interno. Si imponeva, poi, di tenere quindi la ricorrente in osservazione per 24 ore, ciò che ha comportato alla sua degenza stazionaria fino all'indomani. In concreto il Dr. Bianchi si è trovato confrontato con una plica medio-patellare ispessita la cui asportazione ha comportato versamenti. La microfratturazione necessaria è stata eseguita certamente da un serio professionista che, sotto giuramento e senza concreto e valido elemento di segno contrario, ha deposto in merito in Tribunale. Stanti le considerazioni esposte, questo Tribunale conclude dunque che la Cassa malati resistente è tenuta ad assumersi interamente i costi per le cure mediche ed ospedaliere del 13 e del 14 gennaio 2011 di cui ha beneficiato la ricorrente presso la Clinica \_\_\_\_\_. Più specificatamente, le fatture del 4 febbraio 2011 (doc. B) di Fr. 1'121,50 per prestazioni del dottor \_\_\_\_\_ e del 31 marzo 2011 (doc. C) di Fr. 3'437,25 per trattamenti forniti dal citato nosocomio - quest'ultima fattura comprendente la diaria di Fr. 1'400.- e la posa del drenaggio di Redon -, vanno assunte dalla Cassa malati e quindi, in specie, rimborsate alla ricorrente che se ne è fatta a suo tempo carico.

2.10. La ricorrente ha dunque chiesto la condanna della Cassa malati CO 1 al pagamento dell'ammontare di Fr. 4'558,75, oltre interessi di mora del 5% dal 1° maggio 2011. Per l'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. L'obbligo di versare interessi di mora giusta l'art. 26 cpv. 2 LPGA comincia per l'insieme delle prestazioni maturate fino a quel momento 24 mesi dalla nascita del diritto in quanto tale, e non solo due anni dopo la scadenza di ogni singola rendita mensile (DTF 137 V 273 consid. 2.2; DTF 133 V 9 consid. 3.6 pag. 13). Con l'indicazione dei 24 mesi, l'art. 26 cpv. 2 LPGA ha fissato un termine di scadenza ( Kieser , ATSG-Kommentar, 2a ed., 2009, N. 25 ad art. 26), ovvero gli interessi di mora sono dovuti dopo che son decorsi 24 mesi dalla nascita del diritto alla prestazione. Il diritto agli interessi di mora concesso dall'art. 26 cpv. 2 LPGA decorre però soltanto se l'assicurato ha fatto valere il diritto alle prestazioni. L'art. 29 LPGA regola il modo in cui deve avvenire la rivendicazione di un diritto alle prestazioni. Tuttavia, nei casi in cui una prestazione viene attribuita anche senza che essa sia fatta valere, la condizione dell'esistenza

del termine di 12 mesi decade. Pertanto, per conoscere gli effetti dell'art. 26 cpv. 2 LPGA per ogni caso di specie occorre riferirsi alle singole leggi ( Kieser , op. cit., N. 27 ad art. 26). Per quanto concerne l'assicurazione malattia, l'art. 42 LAMal fissa il principio che l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In tal caso, se non è convenuto altrimenti tra gli assicuratori e i fornitori, ossia che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante, art. 42 cpv. 2 LAMal), l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante, art. 42 cpv. 1 LAMal). Nella fattispecie, la ricorrente ha ricevuto direttamente dal fornitore di prestazioni le fatture concernenti i costi delle cure mediche ottenute il 13 ed il 14 gennaio 2011. La fatture del 4 febbraio 2011 (doc. B) del dr. med. \_\_\_\_\_ è stata trasmessa, per la diretta evasione, alla Cassa malati resistente, che però l'ha ritornata all'assicurata l'11 marzo 2011 (doc. 9), non riconoscendo di dovere assumersi i costi della cura stazionaria, ma solo di un trattamento ambulatoriale. In seguito, anche la fattura del 31 marzo 2011 (doc. B) della Clinica \_\_\_\_\_ non è stata assunta dalla Cassa malati (docc. 11 e 12). Di conseguenza, va ritenuto che i 24 mesi di attesa prima di potere accollare interessi di ritardo decorrono dalla scadenza del termine di pagamento delle suddette fatture. Per la prima fattura del 4 febbraio 2011 (Fr. 1'121,50) il termine di attesa va dunque riportato al 1° marzo 2013 (art. 7 cpv. 2 OPGA: " Il suo decorso inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. "), mentre per la seconda fattura del 31 marzo 2011 (Fr. 3'437,25) gli interessi di mora del 5% all'anno (art. 7 cpv. 1 OPGA) sono esigibili dal 1° aprile 2013 (la fattura del 31 marzo 2011 doveva essere saldata entro 30 giorni, ossia entro il 30 aprile, perciò gli interessi decorrono dal 1° giorno del mese di aprile). 2.11. Infine, oltre all'audizione del medico curante (docc. V, XIII, XVIII, XXIV), più volte la ricorrente ha chiesto l'erezione di una perizia da parte di un chirurgo ortopedico (docc. V, XIII, XXXII). Questo Tribunale, in virtù del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove, prescinde dal dare seguito alla richiesta della ricorrente ritenuto, come visto, che sulla base delle risultanze documentali e della testimonianza data dal medico curante, sia stato possibile giudicare il caso in esame, essendo i dati raccolti già sufficienti . 2.12. Il ricorso è dunque accolto salvo per la data di decorrenza degli interessi come specificato e la decisione su opposizione deve essere annullata. Sostanzialmente vincente in causa, e patrocinata da un legale la ricorrente ha diritto al riconoscimento di ripetibili congrue, che considerino cioè – indipendentemente dal valore di causa – l'onere imposto dalla procedura composta dagli allegati e dall'udienza svolta (art. 61 lett. g LPGA). Si giustifica qui fissare le ripetibili di CHF 3'000.--.

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