

Raccomandata

t1

Incarto n.

Lugano

36.2007.77

12 settembre 2007

TB/td

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 29 novembre 2006 interposta da

XXXX ,
rappr. da: Xx,

contro

la decisione su opposizione del 1° novembre 2006 emanata da
Cassa malati Y

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Nel 2005 XXXX era affiliata alla Cassa malati Y sia per le cure di base dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMaI sia per alcune coperture complementari LCA.

Con certificato medico del 3 settembre 2005 il dr. med.

di _____, medico curante dell'assicurata, ha ordinato una cura termale per il periodo dal 10 al 21 ottobre a riferendosi al rapporto del 26 ottobre 2004 relativo al soggiorno di cura avvenuto nel 2004. L'8 settembre 2005 (doc. 5) la Cassa malati, dopo aver consultato il proprio medico di fiducia, ha comunicato all'assicurata che non erano adempiute, dal punto di

vista medico, le necessarie condizioni per una presa a carico di tutti i costi, siccome non erano state esaurite le possibilità terapeutiche ambulatoriali. Pertanto, non ha ritenuto giustificato effettuare un soggiorno *stazionario* per cure termali, ma ha ammesso la copertura *"per la fisioterapia ambulatoriale, anche a , sempre che la fattura venga emessa con la tariffa valida per gli assicuratori malattia."*

- B. Con scritto del 16 maggio 2006 (doc. B) l'assicurata, rappresentata dalla protezione giuridica Xx, ha chiesto il riconoscimento del rimborso completo del costo di Fr. 1'522.- per 11 giorni di soggiorno a _____ presso l'Hotel _____ (doc. C), come accordato dalla Cassa malati nei quattro anni precedenti. Le prestazioni ambulatoriali di terapia erano state per contro correttamente riconosciute secondo la LAMaI.

L'11 luglio 2006 (doc. D) la Cassa malati ha emanato una decisione con cui ha negato l'assunzione dei costi di soggiorno, ribadendo motivazioni già adottate ed indicando l'assenza di un diritto alla ripetizione automatica di una prestazione già accordata, poiché ciascun soggiorno per cure termali va valutato di volta in volta su indicazione medica. La decisione su opposizione della Cassa del 1° novembre 2006 che ha respinto l'opposizione del 3 agosto 2006 dell'assicurata è stata successivamente impugnata presso questo Tribunale (inc. 36.2006.240). Nell'ambito del provvedimento l'assicuratore ha precisato che un eventuale diritto d'assicurazione secondo la copertura complementare Hospital Private Liberty stipulata dall'assicurata sussisterebbe soltanto successivamente alle prestazioni LAMaI. Siccome questo diritto le è stato negato, non v'è neppure un diritto secondo la LCA.

- C. XXXX si è rivolta al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni con atto del 29 novembre 2006 (doc. I) con cui ha chiesto il rimborso di Fr. 1'522.- relativi ai costi di soggiorno a _____ dal 10 al 21 ottobre 2005 dovuti alla cura balneare. XXXX ha fatto implicitamente valere la protezione della sua buona fede nell'ambito della copertura obbligatoria, siccome nei quattro anni precedenti la Cassa malati le aveva sempre rimborsato il costo dei soggiorni termali, e l'adempimento dei presupposti legali per il riconoscimento delle prestazioni in ambito LAMaI. Con risposta del 22 dicembre 2006 (doc. II) Y ha proposto di respingere le pretese dell'assicurata. La Cassa malati ha prodotto il certificato medico allestito il 10 gennaio 2007 dal dr. med. _____, suo medico fiduciario, (doc. 8 e 9) nell'ambito delle cure termali per il 2006, sul quale il medico curante della

ricorrente (doc. L) ed essa stessa (doc. XII) hanno potuto prendere posizione.

- D. Pendente causa, il TCA ha chiesto alla Cassa malati l'edizione di alcuni documenti su cui l'assicurata si è espressa concludendo al versamento di Fr. 1'320.-, ossia Fr. 100.- secondo la LCA e Fr. 10.- riconosciuti dalla LAMal per ogni giorno di soggiorno alberghiero (doc. XXIV).

considerato

in diritto

in ordine

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).
2. La decisione impugnata è stata emanata il 1° novembre 2006 sulla base della LPGA, ma essa si esprime anche in merito al diritto (negato) dell'assicurata di beneficiare di un rimborso per cure termali a dipendenza della copertura complementare stipulata. L'atto inoltrato dall'assicurata al TCA contempla anche aspetti relativi alle coperture complementari retti dalla LCA. Infatti, la ricorrente ha chiesto il rimborso di Fr. 100.- per ogni giorno di soggiorno in albergo a _____, mentre la LAMal concede Fr. 10.- al giorno per 21 giorni al massimo all'anno.

In merito occorre rilevare come, secondo quanto disposto dall'art. 12 cpv. 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le

prove. In ambito cantonale, la LCAMal all'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 (LPTCA).

In concreto, come indicato, la causa concerne anche un aspetto relativo alle prestazioni complementari all'assicurazione obbligatoria delle cure retto dalla LCA, ossia un ambito di competenza del TCA.

nel merito

3. Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Y, edizione 2004 (doc. 4) prevedono, all'art. 2 cpv. 2, che i costi vengono rimborsati successivamente alle prestazioni della LAMal, della LAINF, della LAI e dell'assicurazione militare. Per l'art. 3 cpv. 1 CGA, le prestazioni vengono rimborsate nell'ambito dei costi non coperti. Inoltre, l'art. 7 CGA esclude espressamente l'erogazione di prestazioni per cure e misure che non sono efficaci, appropriate o economiche.

Le Condizioni complementari (CC) della copertura Hospital Private Liberty scelta dall'assicurata, nell'edizione 2004 (doc. 3) applicabile alla fattispecie, prevedono anch'esse espressamente che i costi supplementari di degenze stazionarie vengono rimborsati successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria (cfr. scopo e basi legali). Giusta l'art. 11 cpv. 1 CC, per cure termali stazionarie in centri termali riconosciuti secondo l'art. 40 LAMal in Svizzera o a Abano e Montegrotto (Italia), Y riconosce i costi di cura e Fr. 100.- al giorno durante al massimo 21 giorni per anno civile. Tuttavia, le prestazioni per soggiorni di cura vengono pagate solo se le cure sono necessarie per motivi d'ordine medico e sono state prescritte, nell'ambito di una cura medica, da un medico autorizzato ad esercitare in Svizzera e se la prescrizione della cura perviene all'assicuratore due settimane prima dell'inizio della stessa (art. 15 cpv. 3 CC). Per quanto concerne le cure termali, l'art. 15 cpv. 4 CC recita che le prestazioni vengono inoltre pagate solo se le terapie ambulatoriali non promettono esito positivo e non sono appropriate e se durante la cura vengono adottate misure terapeutiche.

4. Affinché l'assicurata abbia diritto alle prestazioni assicurative occorre che le cure termali da essa beneficiate siano riconosciute dall'assicuratore sociale e da questi rimborsate, in difetto di che essa non ha diritto a prestazioni. Per decidere in merito si può qui fare ampio riferimento al giudizio, di data odierna, emesso da questo Tribunale in conseguenza a ricorso del 29 novembre 2007 di XXXX contro la decisione su opposizione dell'assicuratore Y di cui è cenno nelle considerazioni di fatto. In quell'ambito, dopo avere esposto i principi di diritto che reggono la materia, il TCA ha ritenuto:

"Durante le sue visite al Centro medico di dal io al 21 ottobre 2005, l'assicurata è stata curata in via ambulatoria dal dr. med. specialista in medicina interna, il quale, il 24 ottobre 2005 (doc. H), ha redatto un certificato medico d'uscita indicante la diagnosi, la propria valutazione, la terapia seguita ed il decorso. Oltre ai conosciuti dolori alla schiena con irradiazioni nella coscia sinistra e parzialmente fino alla gamba sinistra, il medico ha indicato che l'assicurata si è lamentata per la prima volta di un parziale indebolimento della gamba sinistra, manifestatosi durante la salita di scale. Il professionista ha indicato l'affievolimento dei dolori alla nuca riscontrati negli anni precedenti e l'impossibilità di comprovare, in maniera sicura, problemi neurologici, pur in presenza di una (soggettiva) riduzione della sensibilità nella parte laterale della coscia sinistra. Il medico ha prescritto alla ricorrente della fisioterapia adatta alla stabilizzazione del tronco e massaggi localizzati tonificanti. Durante il controllo finale del 21 ottobre 2005 l'assicurata ha riferito di una chiara riduzione dei dolori alla schiena, pur permanendo dolori nel girarsi nel letto e diffuse dolenzie alla gamba. L'assicurata ha indicato il permanere di stanchezza. Il curante ha consigliato alla ricorrente una terapia con l'acqua ("aquatherapie") ed una risonanza magnetica della colonna lombare per escludere una compressione dovuta all'ernia del disco. Nel suo primo rapporto il dr. med. , medico fiduciario della Cassa malatt (del 4 luglio 2006, doc. 2), ha indicato che l'assicurata poteva sottoporsi ad un trattamento ambulatoriale. Il medico ha ritenuto corretto per la Cassa malati convenuta di farsi carico dei costi dei trattamenti ambulatoriali di cui ha beneficiato, anche a , ma non delle prestazioni di cura stazionaria, ossia il costo dell'albergo durante il soggiorno.

Il successivo 16 agosto (doc. 3) lo stesso medico è stato nuovamente interpellato dall'assicuratore in merito alla questione dei costi. Egli ha ricordato che la LA /lai riconosce un'indennità di Fr. 10.- al giorno per sostenere la terapia in acqua termale quale provvedimento terapeutico ambulatoriale. Ha specificato, poi, che la balneoterapia è una fra le tante diverse forme di terapia ambulatoriale, come i medicinali, la fisioterapia, la terapia manuale. Egli ha ribadito come in concreto non fossero realizzati gli estremi per ammettere l'assunzione dei costi alberghieri in assenza di terapie ambulatoriali (nel Cantone di domicilio) con esito non positivo. Nel periodo 2000-2005 l'assicurata si è infatti sottoposta a solo 18 sedute di fisioterapia al suo domicilio, mentre a ne ha eseguite ben 51. Da ultimo, il medico ha osservato che, nell'ipotesi in cui si fossero ritenute necessarie delle applicazioni con acqua

termale, la ricorrente avrebbe potuto curarsi, in via ambulatoriale, alle terme di

Il certificato del medico curante ticinese dell'assicurata, dr. , specialista in medicina interna, datato 8 agosto 2006 (doc. G), conferma la diagnosi fatta dal medico del centro termale: sindrome lombo-spondilogeno a sinistra con discopatie L5/S1, sindrome lombovertebrale-cervicale, osteoporosi, ipotireosi compensata e poliartrrosi con rizartrrosi a sinistra. Per il professionista le cure ricevute a darebbero un gran beneficio all'insorgente, tanto da evitarle poi importanti cure ambulatoriali.

Il 10 gennaio 2007 (doc. 9) la ricorrente si è sottoposta ad una perizia medica su invito della sua Cassa malati, chiamata a decidere in merito ad una nuova richiesta di assunzione dei costi per cure termali per l'anno 2006. Il dr. med. , specialista FMH in medicina interna, malattie reumatiche, osteosonometria e diagnostica con ultrasuoni dell'apparato locomotorio, ha esposto l'anamnesi ed esaminato i risultati clinici dell'assicurata, ha posto una diagnosi corrispondente a quella raggiunta dal curante dell'insorgente e si è pronunciato sui quesiti sottoposti dalla Cassa malati convenuta. L'esperto ha affermato che per curare i disturbi di cui soffre l'assicurata, sono in linea di principio indicate le comuni misure fisioterapiche, in particolare un programma di potenziamento muscolare riferito soprattutto alla muscolatura dorsale e addominale. Egli ha ancora osservato che la ricorrente può imparare la tecnica corretta presso un fisioterapista per poi esercitarla autonomamente a casa propria. L'esperto non ritiene di conseguenza opportuni soggiorni di cura termale stazionaria quali metodi di cura (risposta n. 5), poiché da tali soggiorni l'interessata non si devono attendere miglioramenti duraturi (risposta n. 6). Indicate sarebbero invece due serie di nove sedute di fisioterapia all'anno, come pure una ginnastica regolare con gli attrezzi di un centro fitness. Sarebbe infine molto importante che la ricorrente normalizzasse il suo peso corporeo dato che soffre di adiposità, in modo da alleviare i disturbi cronici alla schiena (risposta n. 7). La fisioterapia e la ginnastica segnalate sono preferibili, a dire del medico fiduciario, alle cure termali annuali (risposta n. 8).

(...)

Per la valutazione che incombe al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni va evidenziato come il curante dr. si è limitato a riferire le opinioni dei colleghi che hanno avuto in cura l'assicurata presso il centro termale e la soggettiva percezione della ricorrente di efficacia delle cure termali prestate negli anni precedenti (doc. G).

I referti del dr. med. del centro medico di che ha avuto in cura la ricorrente durante il suo soggiorno del 2005, sono per contro dettagliati, espongono lo stato di salute della ricorrente prima e dopo le cure ricevute in loco (doc. H).

Dal canto suo il medico fiduciario dr, med. della Cassa malati non ha visitato personalmente l'assicurata ma si è pronunciato sulla scorta della documentazione medica messa a sua disposizione. Ha redatto dei rapporti strettamente legati all'applicazione delle disposizioni contrattuali proprie della Cassa malati, negando sia dal profilo dell'assicurazione malattia obbligatoria sia da quello della complementare la necessità del soggiorno termale (spese alberghiere), poiché prima di recarsi in

Svizzera tedesca l'insorgente non ha esaurito tutte le possibilità terapeutiche ambulatoriali presso il suo domicilio (doc. 2 e 3).

Infine, la perizia eseguita ad inizio 2007 dal dr. med. _____ è completa ed attendibile. Vero è che l'esame personale è avvenuto successivamente al periodo in questione (ottobre 2005), circostanza questa inevitabile ed insita nella procedura, ma lo stesso tiene conto di tutti gli atti ricevuti da Y e dalla ricorrente stessa. Il medico interpellato è inoltre specialista in reumatologia, osteosonometria e problematiche dell'apparato locomotorio, e dispone quindi di conoscenze specifiche nell'ambito di cui si tratta. La conclusione a cui giunge l'esperto concorda peraltro con le indicazioni fornite dal dr. med. _____ alla dimissione della ricorrente. Infatti, anche quest'ultimo ha consigliato la continuazione a casa gli esercizi di ginnastica appresi durante il suo sog giorno termale e di intraprendere dell'acquaterapia (doc. H).

A mente del TCA alla luce della documentazione acquisita nel caso in esame non erano date indicazioni mediche tali da imporre un ricovero fuori cantone per cure termali. Le comuni misure fisioterapiche suggerite sia dal dr. med. _____ sia dal dr. med. _____ sono in effetti disponibili nel nostro Cantone, come pure al domicilio della richiedente e nei suoi dintorni. A dire di questi esperti, per il miglioramento delle condizioni di salute dell'insorgente, è importante che essa pratichi cicli di fisioterapia (dentro e fuori l'acqua) e continui poi autonomamente a casa propria a mettere in pratica gli esercizi imparati eseguendo regolarmente della ginnastica eventualmente presso un centro fitness.

Stante quanto precede il sog giorno nel centro termale, nel caso concreto, non presentava un valore aggiunto considerevole dal punto di vista terapeutico rispetto alle comuni sedute fisioterapiche di cui essa poteva beneficiare nel Cantone di domicilio. Non era data l'indicazione medica per una specifica cura termale stazionaria e tanto meno fuori Cantone. Di conseguenza il trattamento termale a cui si è sottoposta la ricorrente a _____ non può dare luogo all'assunzione dei relativi costi alberghieri da parte della Cassa malati convenuta, ma soltanto - e ciò non è contestato - al rimborso delle cure mediche prestate. La soluzione per la quale l'insorgente ha optato - malgrado un mese prima della data d'inizio del trattamento termale la sua Cassa malati l'avesse espressamente informata che, non ritenendo che fossero state esaurite le possibilità terapeutiche ambulatoriali in Ticino, non avrebbe accordato prestazioni derivanti dal soggiorno stazionario per cure termali a _____ (circostanza questa che preclude la possibilità all'assicurata di appellarsi alla violazione del principio della buona fede, v. doc. 5), - non può comportare per Y l'assunzione di ulteriori spese oltre quelle già riconosciute.

Come indicato altri metodi di trattamento entranti in linea di considerazione (come la fisioterapia ambulatoriale nel Cantone di domicilio) non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria. Ne discende che il ricorso formulato dall'assicurata va respinto senza carico di tasse e spese e senza riconoscimento di ripetibili."

5. Come visto, dal profilo della LAMaI l'assicurata non ha diritto al versamento di un contributo per le altre spese non coperte dalla

LAMaI stessa, quindi le spese di soggiorno, poiché le cure termali di cui ha beneficiato a _____ non erano appropriate, potendo essere eseguite in Ticino in forma ambulatoriale.

Di conseguenza, la copertura complementare stipulata dall'insorgente non può a sua volta coprire questi costi, siccome Hospital Private Liberty interviene soltanto successivamente alle (e quindi se le) prestazioni dell'assicurazione obbligatoria vengono erogate. Anche l'applicazione dell'art. 15 cpv. 3 e cpv. 4 CC non permette il rimborso all'assicurata di Fr. 1'200.-, ritenuto, come detto, che non vi erano motivi medici giustificanti la necessità di effettuare un soggiorno di cura stazionaria a _____, e neppure le terapie ambulatoriali non avrebbero avuto successo.

Alla luce di quanto esposto, l'assicurata non può vantare alcuna pretesa di rimborso dei costi di soggiorno alberghiero sorti nel 2005 a _____, né in virtù della LAMaI né in virtù della LCA.

6. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

Per quanto concerne invece la copertura complementare LCA, causa di diritto civile, la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a Fr. 30'000.--. Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale. L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e).

A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante

per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF).

Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

In specie, il valore litigioso è rappresentato dal rimborso dei costi di soggiorno pretesi dall'assicurata, ovvero Fr. 1'320.- ([Fr. 10.- al dì x 12 giorni per la LAMa] + [Fr. 100.- al dì x 12 giorni per la LCA]). Questo importo non raggiunge la soglia minima di Fr. 30'000.-, perciò, trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

In queste circostanze, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

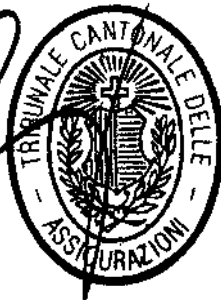
1. La petizione formulata il 29 novembre 2006 da XXX é **respinta.**
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione, come specificato nelle motivazioni. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzani



Il segretario
Fa Zocchetti



INTIMAZIONE

13SET,2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI