

RACCOMANDATA



Incarico n.
36.2001.00001+100

Lugano
18 febbraio 2002

IR/nh

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei
giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

segretario:

Fabio Zocchetti

statuendo sul ricorso/petizione del 4 gennaio 2001 di

C

rappr. da:

contro

la decisione del 6 dicembre 2000 emanata da
Cassa Malati Y

in materia di assicurazione contro le malattie

in diritto

- 2.1. La LAMI - che regolamentava, sino al 31 dicembre 1995, l'assicurazione contro le malattie - è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Giusta l'art 102 LAMal, le previgenti assicurazioni delle cure medico-sanitarie e d'indennità giornaliere continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della LAMal: alla fattispecie ora sub judice - verificatasi nel 2000 - è, dunque, applicabile la LAMal.

- 2.2. Secondo quanto disposto dall'art 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa.

La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un'altrettanta netta cesura dei rimedi giuridici: se per



la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi civili (cfr. R. Spyra, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, *Revue suisse d'assurances/Schweizerische Versicherung-Zeitschrift* 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spyra, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 5/1995, p. 256259; P-Y Greber, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, in *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 3/4, 1996, p. 225-251).

Rilevato che il TCA è competente a dirimere, oltre alle vertenze fondate sull'assicurazione sociale contro le malattie, anche quelle riguardanti le assicurazioni ad essa complementari (art. 75 LCAMal), la questione sottoposta a giudizio verrà esaminata separatamente, sia dal profilo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che da quello delle assicurazioni complementari. In effetti C è assicurata, sempre presso la Y, sia per l'assicurazione medico sanitaria obbligatoria che per le spese di ospedalizzazione in reparto semi privato come rammentato dalle parti. C – nonostante il suo legale si sia limitato a redigere un ricorso ed abbia ommesso la redazione di una petizione – ha comunque chiesto la condanna della Y al pagamento delle spese di ospedalizzazione “proporzionalmente alla degenza nel reparto semi-privato...”.

B. assicurazione complementare per il ricovero in reparto privato

2.18. Oltre all'assicurazione di base C era assicurata presso la Y anche per talune complementari (v. pto. 1.1.) tra le quali l'Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione per il ricovero in reparto semi privato in ospedali che hanno ricevuto un mandato di prestazioni da un cantone. La copertura è retta dalle condizioni contrattuali che vincolano le parti (CGA rispettivamente dalle Condizioni complementari d'assicurazione – CCA – vigenti nell'anno 2000). Alla luce delle considerazioni che precedono la Clinica appare istituto ospedaliero abilitato all'esercizio ed è quindi da ritenere quale titolare di un mandato di prestazioni. D'altra parte lo stesso rappresentante della cassa, in sede di udienza di discussione di altra fattispecie del tutto simile a quella in discussione in re D nota alla Cassa (inc. 36.2001.38, udienza del 20 luglio 2001), ha ammesso che "in caso di ricovero a di persone con affezioni classiche ... la Cassa paga senza discussione" ritenendo che anche per quanto concerne le prestazioni complementari ciò avvenga senza problemi.

L'art. E1 CCA prevede che Y copra le spese cagionate da un trattamento stazionario per cure acute che non sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle spese medico sanitarie, escluse le spese strettamente personali (telefono, giornali, ecc.) come rammenta l'art. E4. Vista la natura del ricovero, imposto – come rammentato nelle considerazioni precedenti – sia dalle affezioni psichiche di cui soffriva la signora C ma anche dal suo complessivo e complesso status organico che non permetteva (come rammentato dal dott. G e dal dott. B doc. XIV e XV) un ricovero in una struttura quale la Clinica o presso la Clinica di ed imponeva invece il ricovero in una struttura adeguata al trattamento sia dell'affezione psichica che di quella organica, alla Cassa va imposto il pagamento integrale delle spese di ricovero in reparto semi privato.

In effetti – come più volte ripetuto – il ricovero presso la Clinica appariva necessario, per quanto accertato ed attestato dai medici interpellati da questo TCA, sia da un profilo organico che psichiatrico.

Nella misura in cui il ricorso costituisce anche petizione per le pretese scaturenti dalle assicurazioni complementari la stessa va accolta. In effetti, come rammenta la stessa signora C, essa gode di una copertura per reparto semi privato pur avendo accettato il ricovero in camera privata.

Secondo le condizioni d'assicurazione, come appare - per quanto qui d'interesse - al punto E nella versione gennaio 2000, Y fornisce all'assicurato le prestazioni previste dalla LAMal (assicurazione di base) mentre per le prestazioni non coperte la Cassa offre delle coperture facoltative a dipendenza della categoria d'assicurazione. L'art. E.2 prevede in particolare il rimborso delle spese per l'ospedalizzazione in classe semi privata, ossia in camera a due letti - eccezionalmente a più letti - di un ospedale. Se il ricovero avviene in una classe diversa da quella assicurata Y, come rammenta anche l'art. E.5:

"¹ Se un assicurato si reca in un reparto dell'ospedale di classe superiore rispetto a quella assicurata, le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione malattie facoltativa vengono prese a carico conformemente alla classe di prestazioni assicurata, sempreché possano essere calcolate esattamente in base alle tariffe. Se è impossibile effettuare un simile calcolo, le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione malattie facoltativa sono assunte dalla Y nel modo seguente:

1. classe di prestazioni 1 (reparto comune):
 - degenza nel reparto semiprivato:
40 per cento delle spese non coperte;
 - degenza nel reparto privato:
20 per cento delle spese non coperte;
2. classe di prestazioni 2 (reparto semiprivato):
 - degenza nel reparto privato:
75 per cento delle spese non coperte.

² Se, in caso di cambiamento di classe, l'assicurato produce una fattura pro forma del reparto assicurato gli vengono rimesse le spese di cui alla fattura pro forma. In questo caso non viene applicato il principio dell'indennizzo in percento giusta il capoverso 1."

Nel caso concreto appare che C ha beneficiato, come detto, di prestazioni di classe privata in luogo delle prestazioni di classe semi privata come alla sua copertura. In virtù delle condizioni d'assicurazione evocate, ritenuta la necessità di ricovero come alle considerazioni che precedono, all'assicurata (visto in particolare il cpv. 3 dell'art. E5) sono dovuti CHF 11'673.50 alla luce dell'accertamento svolto da questo TCA presso la Clinica (lettera 27 novembre 2001 doc. XVI e risposta della Clinica Luganese SA doc. XVIII).

assumersi la differenza tra le spese di cura in reparto privato e quello semi privato.

L'esito della petizione, favorevole all'assicurata, impone il carico delle tasse e spese giudiziarie allo Stato mentre la convenuta Y Assicurazioni va condannata a versare all'attrice, a titolo di ripetibili per la petizione in discussione, l'importo di CHF 500.-.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

B. Assicurazioni complementari

1.- La petizione è **accolta**.

§ C ha diritto al rimborso da parte della Y Assicurazioni dei costi insorti in seguito alla cura stazionaria presso la Clinica a cui si è sottoposta dal 10 al



29 gennaio 2000 alla tariffa del reparto semiprivato e meglio
CHF 11'673.50.

2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste
a carico dello Stato.

Y Assicurazioni verserà all'attrice l'importo di CHF 500.-
a titolo di ripetibili.

3.- Intimazione alle parti.

Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale
federale di Losanna ai sensi degli art. 43seg della Legge
federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Daniela Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti

