

RACCOMANDATA



Incarico n.
36.2001.00104

Lugano
22 aprile 2002

IR/cd

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 sulla petizione del 5 dicembre 2001 di

J.

contro

Y

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto, **in fatto**

1.1. J è assicurata presso la Y dal 1994. La sua copertura comprende le cure medico sanitarie obbligatorie ed assicurazioni complementari, in particolare la copertura denominata MA (X2) per le spese di degenza in divisione privata valida per gli ospedali pubblici o privati.

Il 18 giugno 2001 J è stata ricoverata nella camera Jella Clinica ed il successivo 21 giugno 2001 la direzione dell'istituto ha chiesto all'assicuratore malattia della signora la garanzia per le spese (doc. 2a). Quale diagnosi è stata segnalata, per quanto leggibile, una lombalgia acuta su alterazioni statico degenerative, ernie discali. La

diagnosi è stata precisata in una lettera 22 giugno 2001 del dott. M. ., generalista, all'attenzione del dott. P. medico fiduciario della Cassa. Nello scritto il curante ha segnalato l'ospedalizzazione :

"(...)
per una esacerbazione delle problematiche osteo-articolari a carico della colonna vertebrale con la comparsa di una lombalgia acuta, refrattaria al trattamento antidolorifico antinfiammatorio orale. La suddetta sintomatologia dolorosa ha presentato un tendenziale peggioramento nell'ambito di alcuni giorni, per cui si decideva un ricovero in ambiente ospedaliero onde effettuare adeguati accertamenti in merito ed un trattamento intensivo combinato farmacologico-fisioterapico, una volta escluse eventuali altre concause determinanti l'esacerbazione dolorosa (fratture, lesioni di altra natura,). Collateralmente viene trattato lo scompenso psichico determinato dalla sintomatologia dolorosa." (Doc. 3)

Lo scritto della Clinica si è incrociato con lettera, sempre del 22 giugno 2001, dell'assicuratore malattia della signora J. che - a fronte della richiesta iniziale di garanzia - ha ammesso la stessa unicamente per il ricovero in camera comune trattandosi di cure riabilitative (doc. 4a).

- 1.2. Lo scritto 22 giugno 2001 del dott. M. è stato esaminato dal medico di fiducia della Cassa dott. P. che, inizialmente, ha ribadito la proposta di rifiuto della garanzia (doc. 6 annotazione datata 26 giugno 2001) salvo poi, a fronte delle informazioni ottenute verbalmente dal dott. M. il 28 giugno 2001, ammettere necessità di ricovero con indicazione psichiatrica (doc. 6 annotazione 2 luglio 2001).

La Cassa ha quindi comunicato alla Clinica . con lettera 18 luglio 2001 trasmessa in copia all'assicurata, l'ammissione della garanzia nei seguenti termini:

- "(...)
• Le nostre prestazioni sono limitate alla tariffa convenzionata per la divisione comune equivalente a Fr. 200.-- al giorno + il 50 % delle rimanenti spese (mediche, farmaceutiche e ospedaliere) non rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure (classe IM) per la divisione privata, ma fino ad un massimo di Fr. 30'000.-- per anno civile.

Visto quanto precede, spetta a voi richiamare l'attenzione della nostra assicurata sul fatto che se non verrà trasferita nella divisione generale della vostra Clinica, dovrà assumersi una parte importante delle spese riconducibili alla differenza di tariffa che abbiamo evidenziato." (Doc. 7a)

A seguito dell'intervento dell'assicurata, tendente al pagamento della fattura della clinica per un importo di CHF 6'714,15 non rimborsata integralmente dall'assicuratore, Y ha comunicato il pagamento di CHF 3'357,10 pari al 50% dell'importo richiesto dalla clinica con la fattura relativa alla degenza durata sino al 28 giugno 2001.

- 1.3. Con petizione del 5 dicembre 2001 J si è rivolta al TCA chiedendo il pagamento integrale della fattura per il ricovero in reparto privato della Clinica nel periodo dal 18 al 28 giugno 2001. Per l'attrice il ricovero era dovuto a caso acuto, a sostegno della sua posizione J ha prodotto un certificato medico del dott. M e corrispondenza intervenuta con Y

L'assicuratore si oppone all'accoglimento della petizione con risposta di causa del 12 febbraio 2002 in cui evidenzia:

"La questione da risolvere, è di sapere se Y ha il diritto di rifiutare la presa a carico totale del soggiorno alla Clinica dal 18 al 28 giugno 2001 sull'assicurazione complementare delle spese d'ospedalizzazione in divisione privata.

(...)

Secondo la premessa delle Condizioni speciali dell'assicurazione complementare delle spese d'ospedalizzazione (qui sotto: CSA, Ed. 1997), la cassa prende a suo carico le spese generate dal trattamento delle malattie e/o degli infortuni, nei limiti delle condizioni d'assicurazione. Dietro riserva delle disposizioni contenute negli articoli 4, 6 et 8, Y prende quindi a carico la differenza tra le prestazioni dovute dall'assicurazione obbligatoria delle cure e le spese fatturate dall'istituto ospedaliero come pure gli onorari medici per le cure fornite all'ospedale (art. 3 cpv. 1 CSA). In base all'articolo 8 CSA in caso di malattia mentale o nervosa, le prestazioni sono limitate al 50% della parte delle spese superiori a quello che è rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ma al massimo a CHF 30'000.- per anno civile per le classi X2/Y2 (prova: documento 9).

Nella misura in cui conviene dare alle parole utilizzate l'accettazione usuale che hanno nel linguaggio quotidiano (ATF 104 II 281) secondo l'uso e la buona fede, bisogna ammettere che la nozione di malattia mentale o nervosa deve essere intesa come l'opposto delle affezioni organiche o fisiologiche.

In questo caso, in base ai documenti medici che figurano nel dossier, l'ospedalizzazione della richiedente dal 18 al 28 giugno 2001 è stata resa necessaria da una depressione (prova: documenti 6 e 10). Ora, poiché la depressione fa parte della malattia nervosa, Supra ha il diritto di limitare la presa a carico da parte dell'assicurazione -

complementare delle spese d'ospedalizzazione conformemente all'articolo 8 CSA. Per questo motivo le spese di soggiorno della Clinica sono state rimborsate il 4 e 13 settembre 2001 nella misura di CHF 200.- al giorno sull'assicurazione obbligatoria delle cure, rispettivamente CHF 3'357.10 - cioè il 50% di CHF 6'714.15 - sull'assicurazione complementare (prova: documenti 11 a - c). È quindi a torto che la richiedente adduce che Y rifiuta di pagare il soggiorno del litigio." (Doc. VII)

Con presa di posizione del 18 febbraio 2002 J ha ribadito la sua posizione rilevando quanto segue in particolare:

"Mi assumo il non indifferente onere per la camera privata per poterne Usufruire quando mi serve.

Nessuno va a cercarsi le malattie ma quando queste arrivano bisogna curarle di qualsiasi tipo esse siano. Dato, per mia sfortuna, che sono soggetta a periodi di depressione, oltre ai medicinali mi necessita la Quietè, per questo mi sono tutelata assicurandomi in divisione privata. (...)" (Doc. IX)

in diritto

2.1. La parte attrice contesta il mancato pagamento da parte della Cassa Malati Y dell'importo integrale della fattura di CHF 6'714,15 per il ricovero presso la Clinica. 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 di diritto civile (cfr. R. Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, Revue suisse d'assurances/ Schweizerische Versicherung-Zeitschrift 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 5/1995, p. 256-259; 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).

Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1 gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementari all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Il 1. gennaio 1996 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che dell'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.

- 2.2. Come indicato J è beneficiaria, in particolare, della copertura complementare MA (X2). Nel suo gravame l'assicurata non specifica dettagliatamente le sue pretese chiedendo che la Cassa venga astretta al pagamento integrale delle prestazioni di cui essa ha beneficiato durante il ricovero.

Secondo le condizioni speciali dell'assicurazione complementare X2 (denominata anche Ma sulle CGA edizione 1999), cui ha aderito la parte attrice, la Cassa - in caso di ricovero in un ospedale da essa non inserito in una lista di preclusione (art. 4 CSA) - copre i costi derivanti dalla differenza tra le prestazioni obbligatorie e quelle - complete - previste per la divisione privata. Tra le cure ed i rischi esclusi, già secondo l'art. 21 delle condizioni generali di assicurazione (CGA qui di seguito), vi sono:

"l) le cure di riposo, di rivitalizzazione e di ristabilimento"

oltre che:

"c) i costi di una cura inefficace, inadeguata o non economica. Non è economico il provvedimento medico che non si limita all'interesse della persona assicurata e non è conforme allo scopo della cura. L'efficacia va provata con metodi scientifici."

Occorre quindi interpretare i termini "reintegrazione" rispettivamente "rivitalizzazione e ristabilimento" - in sé diversi letteralmente dall'espressione riabilitazione rammentata all'art. 3 lettera f CGA - per comprenderne il significato e la portata.

Va comunque sin d'ora sottolineato che, per quanto attiene le cure di natura psichiatrica, laddove un ricovero ospedaliero appaia necessario, le prestazioni sono limitate contrattualmente alla presa a carico del 50% della parte delle spese superiore a quanto è rimborsato dall'assicurazione obbligatoria, ma al massimo – per la copertura di cui beneficia la signora J – CHF 30'000.- annui.

In altri termini in caso di ricovero necessario per ragioni somatiche la copertura è integrale, mentre che – in caso di ricovero per "reintegrazione" somatica – non vi è copertura delle spese per il reparto privato. Se invece il ricovero è dovuto a ragioni psichiatriche, ancorché si tratti di un ricovero necessario, la copertura massima è quella poc'anzi indicata.

- 2.3. Giusta l'art 33 LCA, l'assicuratore risponde di tutti gli avvenimenti che presentino i caratteri del rischio contro le conseguenze del quale l'assicurazione venne conclusa, a meno che il contratto non escluda dall'assicurazione singoli avvenimenti in modo preciso e non equivoco.

Secondo questa disposizione tocca alle parti definire di comune accordo il o i rischi assicurati: in pratica sono le condizioni d'assicurazione (generalì o particolari) che definiscono, in modo astratto, i rischi di cui l'assicuratore risponde e precisano, con clausole d'esclusione, alcuni aspetti di tale rischio che non sono coperti dall'assicurazione (B. Viret, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurich, p. 92).

Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione - e, quindi, anche le singole clausole d'esclusione (DTF 116 II 348) - deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268; B. Viret, op. cit. pag. 92). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, con la riserva di accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Fribourg 1997 pag. 72). L'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione

sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep. 1993 213ss; DTF 112 II 253ss; A. Maurer, *Privatversicherungsrecht* 1986, p. 231; DTF 116 II 345, Roelli/Keller, *Kommentar z. BG über den Versicherungsvertrag*, ed 1968 p. 459).

Secondo la giurisprudenza le clausole d'esclusione devono essere interpretate restrittivamente. Tuttavia, l'art 33 LCA non richiede un'enumerazione di tutti gli eventi esclusi; è sufficiente descriverne la categoria in modo preciso e non equivoco così che non sussista, tenuto conto del contesto, alcun dubbio sulla portata del rischio assicurato (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Fribourg 1997 pag. 72.; p. 77; cfr., sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189; JdT 1990 I 612 citate in B. Caron, op. cit. p. 97).

L'interpretazione della clausola d'esclusione deve fondarsi sul principio della buona fede sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della singola clausola d'esclusione di cui si impone l'interpretazione (Roelli/Keller, op. cit. p. 462-463).

In caso di dubbio, ossia quando il senso e la portata della clausola di esclusione non possono essere determinati con sicurezza, l'assicuratore non potrà prevalersi della clausola d'esclusione in virtù del principio in dubio contra stipulatorem secondo cui una clausola, nel dubbio, va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (DTF 115 II 268ss; A. Maurer, op. cit. p. 145; Kramer/Schmidlin, *Berner Kommentar*, ed 1986, ad art 1 CO, n. 109, p. 142; Rep. 1993 213ss; B. Viret, op. cit. pag. 92) ritenuto, comunque, che tale principio può essere applicato soltanto quando, dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, risulta che una locuzione può essere, in buona fede, compresa in diversi modi. Ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio "in dubio contra stipulatorem" - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1966 623 seg.).

- 2.4. Nel caso concreto le parti hanno voluto escludere dalla copertura quelle prestazioni che appaiono inefficaci inadeguate e non economiche e quelle che tendono non alla cura vera e propria ma allo ristabilimento della persona ossia a rivitalizzare il paziente ed a reintegrare lo stesso.

L'espressione ristabilimento e meglio ristabilire significa il rimettere stabilmente in vigore, il ricostituire, ossia il rendere di

nuovo sano e rimettere in salute ed ancora il rimettersi in forze (Il nuovo Zingarelli, undicesima edizione 1988, Milano, pag. 1641). Anche la reintegrazione ha senso analogo significando la ricollocazione di qualcuno nella posizione precedente il verificarsi di un evento dannoso (in questo senso Zingarelli citato, pag. 1565).

Palesamente (Zingarelli cit., pag. 1650) anche il termine "rivitalizzazione" tende a significare una riabilitazione riferendosi al rivificare di nuovo (in senso figurato).

Tutti i termini impiegati dalle condizioni contrattuali, interpretati nella loro accezione letterale indicano, inequivocabilmente, la volontà di escludere dai rischi coperti quelli riferiti all'ospedalizzazione per una riabilitazione, ossia quelle cure che permettono al paziente, dopo una fase di ricovero acuto, di recuperare le funzioni affette dalla malattia o dall'infortunio. Il senso delle espressioni usate e la volontà delle parti appaiono manifesti, chiari ed inequivoci.

Per verificare se le cure debbano essere coperte in reparto privato da parte della Y occorre verificare se le patologie somatiche alla schiena imponevano un ricovero ospedaliero. In merito alla necessità del ricovero ospedaliero va rilevato come – in ambito di assicurazione medico sanitaria obbligatoria – secondo la giurisprudenza 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; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b; DTF 120 V pag. 206 e seg. consid. 6; RAMI 1969 pag. 32 e seg; 1977 pag. 167 e seg; 1989 pag. 154 e seg; Eugster, Krankenversicherung, p. 70). La necessità dell'applicazione di un determinato provvedimento va stabilita in base a criteri obbiettivi (Eugster, op. cit. p. 52). 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. Il TFA si è, al proposito, così espresso:

"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).

..." (STFA 26.11.1998 in re E.F. e H.F. c. Konkordia).

Il presupposto della necessità 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; STFA del 31 gennaio 2001 in re P. non pubbl. consid. 2b ; cfr. Eugster p. 70; DTF 120 V 206 consid. 6a e giurisprudenza citata). Determinante per stabilire la necessità è lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'entrata all'ospedale (RAMI 1994 K 939).

Va inoltre ancora rilevato che l'esecuzione di una terapia intensiva secondo un programma medico definito non modifica la natura della cura: il TFA ha infatti già negato la necessità di cura ospedaliera per caso acuto in casi in cui era prescritta un'intensa fisioterapia poiché, secondo la Corte federale, la ginnastica medica e la ginnastica in acqua svolte allo scopo di rafforzare e stabilizzare la schiena e per migliorarne le funzioni possono, di regola, essere effettuate ambulatoriamente. Il TFA ha aggiunto che "non rappresenta un motivo oggettivo e sufficiente a fondare la necessità di cura ospedaliera (n.d.r: cioè di cura come caso acuto) il fatto che, in una clinica reumatologica, le terapie fisiche vengono suddivise durante tutta la giornata con pause di recupero e di riposo" (STFA 8 ottobre 1992 in re C. non pubbl.). Secondo il TFA, una cura balneologica può fondare l'obbligo per le casse di concedere le prestazioni previste in caso di cura ospedaliera soltanto in presenza di patologie concomitanti (quali affezioni internistiche o affezioni all'apparato locomotorio) che rendono necessario un controllo medico intenso e l'utilizzo di infrastrutture presenti soltanto in ambiente ospedaliero (RAMI 1990, p. 24ss; 1987 109ss; STFA 3 giugno 1992 in re O. c. F. , pubbl. parzialmente in RDAT II 1992 p. 143-144).

Nel caso specifico, senza che appaia necessario far esperire una perizia, si può senz'altro concludere che i problemi di salute presentati alla schiena dalla signora J , ad essi soli, non imponevano un ricovero ospedaliero. Si trattava infatti di una lombalgia esacerbata, acuta, nei confronti della quale il trattamento orale antidolorifico si era rivelato inefficace. Secondo il dott. M il ricovero sarebbe stato imposto dalla necessità di eseguire "accertamenti" e per un "trattamento intensivo combinato farmacologico-fisioterapico".

La fattura presentata dall'assicurata alla Y indica la natura delle cure prestate consistenti sostanzialmente – per quanto attiene sempre la cura della patologia somatica – in massaggi. A non averne dubbio tali prestazioni e la patologia presentata non imponevano il ricovero in ospedale. J per le sue problematiche, avrebbe senz'altro potuto far capo a prestazioni ambulatoriali, di fisioterapia, senza essere ricoverata. Nell'ottica delle affezioni somatiche lamentate, i massaggi di cui la signora J ha beneficiato, costituiscono quindi solo cure rigeneranti.

Le cure offerte per la lombalgia all'assicurata rivestono dunque il carattere di riabilitazione, nel senso più sopra specificato, e comunque non appaiono manifestamente rispettose del principio di economicità ripreso nelle condizioni contrattuali.

- 2.5. Il ricovero di J è stato ammesso dall'assicuratore, su indicazione del dott. M, quale ricovero acuto unicamente per l'aspetto psichiatrico. La circostanza è stata ammessa dalla Cassa che in merito ha interpellato il proprio medico fiduciario. Il dott. dopo avere sentito le informazioni del dott. M, ha accettato l'indicazione psichiatrica del ricovero. L'ospedalizzazione appariva quindi necessaria in ottica psichiatrica unicamente.

Per tale genere di ricovero le condizioni contrattuali pongono delle restrizioni nella copertura. La regola posta dall'art. 8 CSA appare comunque chiara e va interpretata letteralmente. In caso di malattia mentale o nervosa, quale è senz'altro la patologia presentata dalla signora J al momento del suo ricovero, l'assicuratore paga unicamente il 50% delle spese costituite dalla differenza tra il rimborso della camera comune e le prestazioni del reparto privato. Nel caso concreto il dott. M ha indicato – v. doc. 10 – come il ricovero fosse dettato da una depressione reattiva in fase di scompenso, circostanza questa che è sorretta dalla valutazione del dott. P medico fiduciario della Cassa, e dalla fattura per le prestazioni eseguite in favore della signora J.

A proposito del medico fiduciario e della valutazione da parte dello stesso non va dimenticato che, per la nuova LAMal che regola la materia all'art 56:

⁴ Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

⁵ Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni".

La LAMal attribuisce quindi 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 (cfr. Eugster, op. cit. p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 in re V K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata).

E' ben vero che, nel caso di specie, si tratta di applicare le condizioni relative ad assicurazioni complementari che garantiscono la copertura delle spese per il ricovero in reparto privato e non invece di verifica dell'esistenza o meno di un obbligo della Cassa di prestare in virtù dell'assicurazione medico sanitaria di base. Questa considerazione non toglie comunque valenza all'esame del fiduciario della cassa ed alla sua valutazione. Il medico fiduciario appare indipendente nel suo esame della situazione che, nel caso concreto - come evidenziato -, è adeguatamente motivato e sorretto da un lato dalla fattura dettagliata delle prestazioni eseguite in favore della signora e dall'altro dalle attestazioni del dott. M

Il ricovero ospedaliero, acuto, dal 18 al 26 giugno 2001 è avvenuto per ragioni psichiatriche, circostanza questa che non viene contestata dalla signora J. Ciò ha imposto alla Y il pagamento delle prestazioni eseguite dai sanitari ed in ospedale in virtù dell'assicurazione obbligatorie delle cure medico sanitarie. Per quanto attiene invece alle spese per le cure prestate in reparto privato, oggetto della copertura MAXI (X2), questa Corte deve ritenere che le parti hanno pattuito un rimborso solo parziale, limitato - come evidenziato - al 50% dei costi supplementari.

Se ne deve concludere che l'assicuratore ha rettamente limitato le sue prestazioni al versamento, operato direttamente alla Clinica, di CHF 3'357,10. Il resto della somma è dovuto dall'assicurata.

La petizione va quindi respinta senza carico di tasse e spese e senza riconoscimento di ripetibili.


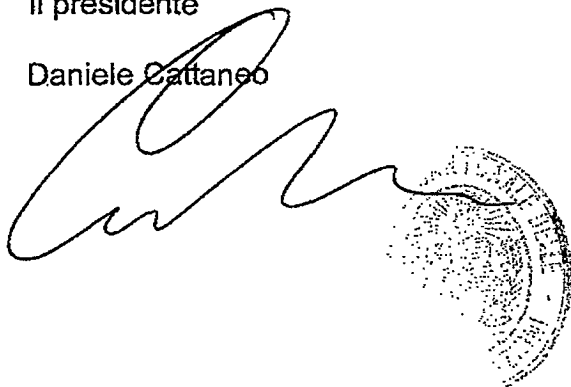
Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione 5 dicembre 2001 di J é respinta.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si assegnano 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

Daniele Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti

