

Raccomandata



Incarto n.  
36.2003.42

Lugano  
22 settembre 2003

IR/sn

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

## **Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni**

Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 6 marzo 2003 di

**XXX**, 6500 Bellinzona

contro

**Cassa malati F** , 1920 Martigny

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

1.1. **XXX**, 29 dicembre 1979, è assicurato presso la Cassa Malati F del Groupe U sia per l'assicurazione obbligatoria di base, compreso l'infortunio, che per la copertura complementare denominata assicurazione combinata d'ospedalizzazione che garantisce la presa a carico di determinate prestazioni in caso di ricovero ospedaliero (doc. 1).

1.2. Il 4 luglio 2001, durante una permanenza in Italia, **XXX** si è procurato un grave trauma cranico nonché la rottura del polso, della clavicola e del gomito destri. Ricoverato presso **XXX**, al reparto di Pronto Soccorso, lo stato di salute ne ha imposto il ricovero presso l'Ospedale **XXX**, specializzato in neurochirurgia e traumatologia cranica, sino al 20 luglio 2001.

Nel periodo di degenza ospedaliera **XXX** è stato sottoposto a diversi interventi chirurgici. Il dott. **XXX**, direttore dell'Ospedale, ha attestato il ricovero conseguente a grave trauma cranico e rischio per la vita dell'assicurato.

1.3. Il 20 luglio 2001 **XXX** ha potuto lasciare l'Ospedale italiano in cui era ricoverato e, con un trasporto speciale della **XXX**, ha potuto

raggiungere l'XXX con ricovero nel reparto delle cure intense. L'XXX ha fatturato le prestazioni complessivamente 49'866,29 euro mentre l'assicuratore malattie ha rimborsato complessivamente l'importo di CHF 21'624.- con un carico all'assicurato, ed un mancato riconoscimento della spesa, per complessivi CHF 52'000.- circa (pari a euro 35'399,40). L'assicuratore ha confermato la presa di posizione da ultimo con decisione su opposizione.

- 1.4. XXX ha impugnato la decisione chiedendo - da ultimo - il riconoscimento integrale delle spese sopportate (euro 35'399,40) previa erezione di perizia per chiarire il carattere d'urgenza del ricovero.

All'accoglimento della domanda si oppone l'assicuratore che, a proposito dei diritti sottoposti alla LCA vantati dall'attore, rileva:

"L'articolo 6 cpv. 3 delle condizioni particolari dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione cita che se l'assicurato si ammala all'estero o è vittima di un infortunio ed è quivi ospedalizzato, l'assicuratore gli versa le prestazioni nei limiti del gruppo delle prestazioni scelto e al massimo per 60 giorni per anno civile: nel caso concreto con la HC 1 (classe 1) massimo fr. 500.00 al giorno." (cfr. doc. III)

A XXX è stata offerta la possibilità di prendere posizione in merito alla risposta di causa dell'assicuratore rispettivamente di offrire l'assunzione di nuova prove. Egli è rimasto silente. Il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni ha ritenuto di dovere chiedere ulteriori informazioni di carattere medico al prof. dott. R , la cui risposta è stata trasmessa alle parti per una presa di posizione. L'assicurato con scritto 27 luglio 2003 ha ribadito le sue richieste.

**in diritto**

In ordine

- 2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1a 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'altrettanto 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 complementare 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 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.

Nel caso concreto l'assicurato fa sostanzialmente valere prestazioni derivanti sia dalla copertura prevista dalla LAMal che dall'assicurazione complementare. L'esame del caso va eseguito sia nell'ottica delle prestazioni obbligatorie fissate dalla LAMal ed è oggetto di separato giudizio (36.2003.28) di data odierna, che alla luce della copertura complementare conclusa dall'assicurato analizzato nel presente giudizio.

- 2.2. 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 degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti

al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98).

#### Nel merito

- 2.3. Come indicato nelle considerazioni di fatto **XXX** beneficiava presso la convenuta non solo della copertura per le cure medico sanitarie obbligatoria ma anche di una assicurazione complementare denominata "combinata d'ospedalizzazione" in virtù della quale (art. 6 delle Condizioni particolari d'assicurazione combinata d'ospedalizzazione, CPA qui di seguito) in caso di ospedalizzazione all'estero nel caso di un infortunio l'assicuratore versa, nei limiti del gruppo di prestazioni scelto e per un massimo di 60 giorni, determinati importi. Le prestazioni variano da CHF 500.- (classe 1) ad un massimo di CHF 3'000.- (classe 4) per giorno di ospedalizzazione. **XXX** è assicurato in classe 1 così come definita all'art. 2 CPA. In effetti la sua copertura combinata d'ospedalizzazione è prevista per la camera comune, ciò che definisce la classe d'appartenenza e, quindi, le prestazioni dovute nel caso di realizzazione dell'evento. **F** ha quindi correttamente riconosciuto il suo obbligo, per i 17 giorni di ricovero ospedaliero in Italia, di versare CHF 500.- al giorno ossia complessivamente CHF 8'500.-.

**XXX** non può quindi vantare, nei confronti dell'assicuratore malattie, sulla scorta dell'assicurazione complementare di cui è beneficiario, alcuna ulteriore pretesa di rimborso.

La petizione va quindi respinta senza carico di tasse di giustizia e spese. Per quanto riguarda la richiesta di assunzione probatoria contenuta nel ricorso/petizione si evidenzia come la richiesta di erezione di una perizia sia superata dalle ammissioni delle parti e dal rapporto del prof. **XXX**.

D'altra parte gli atti prodotti dall'assicuratore, consistenti nei rapporti medici allestiti dagli specialisti italiani, sono senz'altro sufficienti per stabilire la necessità di un ricovero d'urgenza per tutto il periodo di degenza in Italia, e ciò senza che un rapporto peritale sia necessario. L'assicuratore non contesta tale circostanza. Gli elementi prodotti dalle parti unitamente ai loro

allegati e quanto acquisito in sede di istruttoria hanno permesso di accertare sufficientemente ed adeguatamente i fatti. Non si vede come l'erezione di una perizia possa permettere migliore accertamento della gravità oggettiva delle conseguenze dell'incidente od accertare la necessità di un ricovero d'urgenza come detto comprovata dagli atti medici (doc. A 11) e confermata implicitamente dal Prof. Dott. **XXX**.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

In concreto questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

- 2.4. Secondo l'art. 47 cpv. 4 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.

Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse.

Alla luce della LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

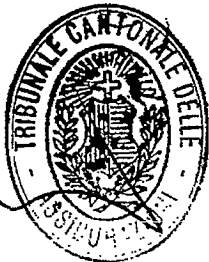
Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

- 1.- La petizione é **respinta**.
- 2.- Non si percepisce **tassa di giustizia**, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.  
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 giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

**INTIMAZIONE**

**30 SET. 2003**

**TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI**