

Raccomandata



Incarto n.
36.2003.86 e 87

Lugano
20 novembre 2003

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulle petizioni del 3 dicembre 2002 di

XXX,

contro

Cassa malati Y
rappr. da: Z Assicurazioni SA

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto, in fatto

- 1.1. **XXX**, nato nel 1931, nel 2001 era assicurato presso la Y assicurazioni malattia e infortuni per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (B) e per alcune assicurazioni complementari (T: assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali, HE: assicurazione integrativa ospedaliera, reparto comune e S: assicurazione integrativa di cura medica per prevenzione e medicina complementare, doc. 1 dell'Inc. n. 36.2002.143).
- 1.2. Dal 20 al 22 febbraio 2001 l'assicurato è stato ricoverato all'**XXX** per urolitiasi ureterale a sinistra e quindi per sottoporsi ad un intervento di asportazione di un calcolo renale. L'operazione non è riuscita, per cui l'interessato avrebbe dovuto ripresentarsi all'Ospedale dopo tre settimane (doc. XIV/1 dell'Inc. n. 36.2002.143).

- 1.3. Nel frattempo, su prescrizione del suo medico curante dr. XXX, dal 26 febbraio al 9 marzo 2001 XXX è stato degente presso la XXX "(...)" per bronchite febbrile acuta con importante dispnea e per scompenso depressivo *reattivo* ad un primo tentativo infruttuoso di asportazione di un calcolo renale "(...)" (doc. XIV/6 dell'Inc. n. 36.2002.143).
- 1.4. Dopo diversi altri ricoveri all'XXX nel reparto di urologia (docc. XIV/3-5 dell'Inc. n. 36.2002.143), dal 7 al 16 maggio 2001 l'assicurato ha soggiornato presso la XXX di XXX per "*iperplasia* prostatica con stato dopo TUR-P ■ 30.04.01, nefrolitiasi renale sx con stato dopo estrazione per via transuretrale ■ 03.01, ipotireosi trattata, *cardiopatía ischemica* con stato dopo IMA ■ 10.2000, sindrome lombospondilogenica su alterazioni degenerative (osteocondrosi L4/L5 e L5/S1), turbe *statiche* ed insufficienza muscolare." (doc. VII/1 dell'Inc. n. 36.2002.144).
- 1.5. La Cassa malati Z ha rimborsato a XXX i costi di tutti i ricoveri all'XXX, rifiutandosi per contro di prendere a carico gli importi concernenti le degenze presso la XXX e la XXX. Per la prima degenza essa sostiene che l'interessato soffriva "(...)" di disturbi non proprio legati direttamente al ricovero all'XXX ma, comunque, problematiche che potevano pure essere seguite e curate con successo a domicilio facendo capo, ad esempio, all'assistenza spitex. "(...)" (doc. A I dell'Inc. n. 36.2002.143). Per il ricovero alla XXX Z ritiene "(...)" che *un'assistenza* di tipo ambulatoriale sarebbe stata assolutamente adeguata rispetto alle esigenze fisiche del signor XXX." (doc. A I dell'Inc. n. 36.2002.144).
- 1.6. Il 3 dicembre 2002 XXX ha inoltrato presso questo TCA due distinte petizioni (docc. I degli Incc. n. 36.2003.86 e 87), postulando la copertura integrale delle spese ospedaliere sorte dalle cure stazionarie prestategli dalle succitate Cliniche.
- 1.7. A richiesta di questo TCA (doc. III), la Cassa ha specificato che per le cure prestate all'attore presso la XXX gli sarebbero stati rimborsati, secondo LAMal, Fr. 402,60 (doc. IV).

in diritto

In ordine

- 2.1. Le due petizioni presentate il 3 dicembre 2002 da XXX vengono congiunte a norma degli artt. 23 della Legge cantonale per i ricorsi al TCA e 72 CPC siccome relative allo stesso assicurato ed al medesimo assicuratore, nonché a due degenze ravvicinate

nel tempo che l'attore ritiene riconducibili alla medesima patologia.

- 2.2. Inoltre, 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 707100; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335100; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212100; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220100; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347198 pubblicata in RDAT 1-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304199; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., 1623198).
- 2.3. Secondo quanto disposto dall'art. 1 cpv. 1 LAMal, di tenore analogo rispetto all'art. 1 a LAMal in vigore dal 1° gennaio 2003, 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 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 (SPIRA, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, *Revue suisse d'assurances* | *Schweizerische Versicherung-Zeitschrift*, 1995, N. 718, pagg. 192-200; SPIRA, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 511995, pagg. 256-259; GREBER, *Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie*, in: *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 314, 1996, pagg. 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.

In specie, è accertato che dal 1° gennaio 2001 l'assicurato è vincolato ad Z Assicurazioni SA da un contratto di assicurazione sottoposto alla LCA (doc. 1 dell'Inc. n. XXXX) che si fonda sulle Condizioni generali e supplementari d'assicurazione (CGA/CSA) per le assicurazioni integrative di malattia (AIM) (doc. 2 dell'Inc. n. 36.2002.143). In queste circostanze, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing et Lichtenhahn 1996, pag. 134) - ambito nel quale le casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati ad emanare decisioni -, questo TCA è competente a statuire sulle petizioni presentate dall'attore in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

Nel caso concreto, mediante le citate petizioni l'assicurato fa sostanzialmente valere prestazioni derivanti sia dalla copertura prevista dalla LAMal che dall'assicurazione complementare. L'esame delle vertenze in discussione va eseguito alla luce della copertura complementare conclusa dall'assicurato, mentre per quanto concerne le prestazioni obbligatorie fissate dalla LAMal questo Tribunale si è già espresso con un unico giudizio separato.

Nel merito

- 2.4. **XXX** ha dunque, come visto, concluso delle assicurazioni complementari, e meglio la T, assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali, la HE, assicurazione integrativa ospedaliera, reparto comune e la S, assicurazione integrativa di cura medica per prevenzione e medicina complementare (doc. 1 dell'Inc. n. YYYY).

La H appare, di primo acchito, da considerare.
L'assicurazione integrativa ospedaliera copre "(...) i costi di degenza e trattamento in un ospedale (ospedale per malattie acute o clinica psichiatrica) e corrisponde contributi per cure termali e di convalescenza, per la cura medica a domicilio e l'aiuto domestico, come pure per le operazioni ambulatoriali. La premessa per il riconoscimento di tutte le prestazioni è data dalla necessità medica. (...) " (art. 1 CSA H).

In particolare la H E copre i costi della degenza stazionaria in camera a più letti del reparto comune di un ospedale (art. 2 cpv. 2 CSA H).

L'art. 4 CSA HOSPITAL, sotto il titolo "necessità del ricovero ospedaliero", prevede che "Le prestazioni per le terapie scientificamente riconosciute nell'ambito di una degenza ospedaliera vengono corrisposte se lo stato della persona assicurata richiede il trattamento stazionario in un ospedale, rispettivamente in quel reparto ospedaliero, nel quale la persona assicurata deve essere ricoverata per motivi medici."

Inoltre, secondo l'art. 8 cpv. 1 CSA H "In caso di trattamento stazionario in un ospedale per malattie acute, le prestazioni assicurate vengono corrisposte per una durata illimitata, fin tanto che, tenuto conto della diagnosi e della totalità del trattamento medico, la degenza nell'ospedale acuto è necessaria dal punto di vista medico." (sottolineature della redattrice).

Dal tenore delle succitate disposizioni risulta che i presupposti, in base all'assicurazione complementare, per l'assunzione dei costi da parte della Cassa malati Z per una cura stazionaria in ambiente ospedaliero in caso di ricovero acuto, corrispondono a quelli previsti dall'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal. Dev'essere cioè data la necessità di un'ospedalizzazione (cfr. consid. 2.3, 2.5.-2.8. della sentenza di cui agli Incc. nn. XXXX e YYYY).

Poiché, quindi, nella sentenza concernente l'assicurazione malattia obbligatoria LAMal (Incc. nn. 36.2002.143 e 144), questa Corte non ha riconosciuto per entrambe le situazioni la necessità di cure stazionarie in ambiente ospedaliero quali casi acuti, di conseguenza le medesime conclusioni devono essere tratte per quanto riguarda le fattispecie in esame portanti sull'assicurazione complementare.

2.5. Va poi rilevato che la Cassa malati Z ha scritto il 18 luglio 2002 (doc. 8 dell'Inc. n. YYYY) all'assicurato in merito al contestato soggiorno in XXX, affermando:

"(...)

2. Diritto alle prestazioni dalle assicurazioni integrative secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Preso atto delle coperture assicurative ex LCA da lei sottoscritta solo ed esclusivamente la HE eroga prestazioni per cure rientranti nel concetto di "cura di convalescenza".

Infatti, l'art. 10 delle Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA), prevede che:

"Per una cura di convalescenza, prescritta dal medico prima del suo inizio, necessario dal punto di vista medico per la guarigione o per ricupero dopo una grave malattia, si corrispondono *in Svizzera* e al giorno le seguenti prestazioni per i costi documentati al massimo 30 giorni per anno civile:

a) HE fino a fr. 30.- al giorno.

La cura deve essere eseguita in un Istituto di cura svizzero riconosciuto ai sensi dell'art. 39 LAMal.

In virtù di quanto sopra la nostra assicurazione le ha accordato un importo di fr. 30.- al giorno per un totale di fr. 360.- (...)."

Per cui la Cassa Z ha già riconosciuto in precedenza la necessità del ricovero per una cura di convalescenza. Ogni ulteriore pretesa, come visto nella sentenza di cui agli Incc. nn. XXXX e YYYY, non è invece giustificata.

Per quanto concerne la degenza presso la XXX, invece, in data 18 luglio 2002 (doc. 8 dell'Inc. n. YYYY) l'assicuratore ha comunicato all'interessato che

"(...)

2. Diritto alle prestazioni dalle assicurazioni integrative secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Nel presente caso, dalle succitate prestazioni ex LCA, nessuna prestazione può essere erogata. (...)"

A tale conclusione la Cassa è rettamente giunta sulla scorta dell'art. 6 CSA H relativo agli interventi ambulatoriali, il quale recita che se un intervento ambulatoriale meno costoso permette di evitare una degenza stazionaria in un ospedale per malattie acute, la Cassa malati Y assume i costi nell'ambito degli accordi presi con il relativo ospedale o con l'istituto semistazionario.

Siccome il medico di fiducia di Z ha ritenuto – e questo Tribunale, nella citata sentenza di cui agli Incc. nn. XXXX e YYYY, ne ha confermato l'operato – che **XXX** poteva essere curato nell'ambito di una cura ambulatoriale senza ricorrere alla degenza stazionaria presso la **XXX**, l'assicuratore si assume, in virtù del predetto art. 6, soltanto i costi stabiliti mediante accordi conclusi con i diversi istituti.

Nelle more istruttorie questo Tribunale ha interpellato la Cassa malati Z al fine di conoscere auali interventi ambulatoriali non coperti dall'assicurazione obbligatoria fossero presi a carico dall'assicurazione complementare LCA (doc. III). Con scritto del 29 ottobre 2003 (doc. IV) l'assicuratore ha precisato quanto segue:

"(...)

2. nel caso specifico, il signor **XXX** ha ricevuto una fattura facente riferimento ad un forfait omnicomprensivo di CHF 200.-/giorno in caso di degenza. Orbene, per meglio comprendere la situazione necessita esaminare copia del "giornale di *valorizzazione*" qui compiegata (doc. 1). Più precisamente, da tale documento si può evincere il genere di trattamento effettuato nonché tutti gli interventi ambulatoriali che sono a carico dell'assicuratore malattia e meglio CHF 402.60. Detto importo sarà bonificato nei prossimi giorni dalla cassa Y;
3. visto quanto sopra le cure dispensate all'assicurato non possono essere prese a carico della LCA come cure ambulatoriali e ciò non solo perché già comprese nell'assicurazione di base ma pure poiché dalle coperture assicurative integrative contratte dal signor **XXX** (T, H E, S) non vi sono prestazioni che in riferimento alla fattispecie impongano un obbligo prestativo."

Come risulta dal giornale di valorizzazione prodotto dalla Cassa (doc. IV/1), gli interventi ambulatoriali prestati a **XXX** durante la degenza presso la **XXX** assommano a Fr. 2'447,85, di cui Fr. 2'000.- per la sola diaria giornaliera di Fr. 200.-. Ora, in virtù dell'assicurazione obbligatoria LAMal, essi incombono all'assicuratore nella misura di Fr. 402,60 (doc. IV), mentre la diaria di Fr. 2'000.- per la degenza stazionaria di dieci giorni rimane, per i motivi precedentemente illustrati (Incc. nn. XXXX e YYYY), a carico dell'attore.

Pertanto, siccome l'assicurazione sociale si è già accollata il pagamento delle cure ambulatoriali dispensate (Fr. 402,60) descritte nel summenzionato giornale di valorizzazione e secondo suo conteggio, ne discende che non v'è più spazio per un intervento sul medesimo oggetto da parte della LCA.

In conclusione, nella misura in cui tendevano a far riconoscere i ricoveri presso le XXX e XXX quali casi acuti, entrambe le petizioni vanno respinte.

- 2.6. Si osserva, infine, che 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 citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

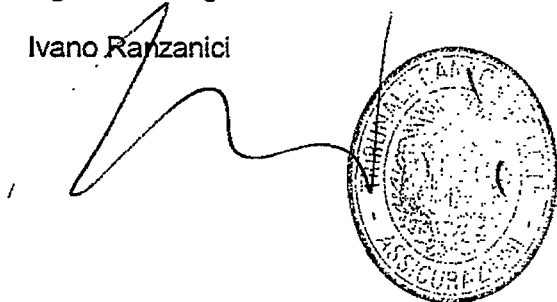
Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- Le petizioni, congiunte, sono **respinte**.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

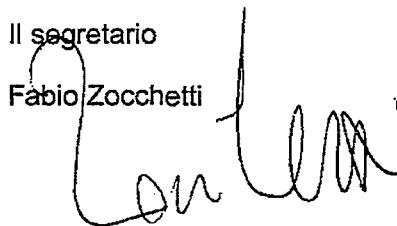
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

24 NOV. 2003

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI