

Raccomandata



Incarto n.
36.2005.134

Lugano
6 ottobre 2005

IR/td

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

**Il giudice delegato
del Tribunale cantonale delle assicurazioni**
Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 19 agosto 2005 interposta da

XXX, _____
rappr. da: avv. Xxx, _____

contro

Y **Assicurazioni SA**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

considerato,

in fatto

- A. **XXX** era assicurato, nel 2003, presso Y per la copertura dell'assicurazione obbligatoria voluta con la LAMal (con franchigia di CHF 1'500.--) e beneficiava delle coperture T , integrativa di cura per prestazioni speciali, H , integrativa ospedaliera in reparto comune in tutta la Svizzera, ed Advocare plus per la protezione giuridica. A seguito di degenza in reparto comune durata 6 giorni nel dicembre 2003 (dal 25 al 30 dicembre) l'Ospedale _____ di _____ ha emesso una fattura per un importo complessivo di CHF 2'047,35. L'assicuratore ha quindi operato il conteggio di sua competenza, ritenendo interamente la franchigia sino a quel momento non intaccata ed ha cifrato in CHF 1'554,75 l'importo a carico dell'assicurato. Visto il mancato pagamento dell'importo Y

ha sollecitato **XXX** il quale, con lettera 29 marzo 2004, ha contestato il debito siccome la somma sarebbe coperta con la complementare ospedaliera ed egli esentato perciò dalla partecipazione. **Y** ha contestato tale visione ed ha informato l'assicurato che, essendo stato curato nel cantone di domicilio, la copertura complementare non era intervenuta. Ulteriore scambio di corrispondenza tra le parti non ha aiutato al chiarimento del caso. Con domanda di esecuzione 14 ottobre 2004 **Y** ha chiesto che **XXX** fosse escusso per il debito maggiorato dei costi di mora e procedura (per complessivi CHF 60.--). **XXX** ha interposto opposizione al PE _____ dell'UE di _____ e l'assicuratore ha rigettato l'opposizione con decisione formale del 6 dicembre 2004.

- B. Con il patrocinio dell'avv. **Xxx XXX** ha formulato opposizione il 31 dicembre 2004 alla decisione del 6 dicembre precedente indicando come la complementare ospedaliera dovrebbe coprire la degenza nella sua integralità. L'assicurato ritiene non dovuta alcuna franchigia. L'amministrazione ha emanato, nell'ambito della LAMal, una decisione su opposizione il 20 luglio 2005 con cui ha ribadito il suo buon diritto all'incasso. Mediante allegato del suo patrocinatore di data 19 agosto 2005 **XXX** si è aggravato al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni indicando nuovamente come la copertura ospedaliera ECO avrebbe validità anche in Ticino ed imporrebbe l'assunzione integrale dei costi di ricovero all'assicuratore. Dal canto suo **Y** si oppone all'accoglimento del ricorso con argomenti che, se necessario, saranno ripresi in corso di motivazione. Al ricorrente è stata offerta la possibilità di ulteriormente esprimersi e di chiedere l'assunzione di specifiche prove.
- C. Nelle more della procedura, alla luce delle contestazioni mosse il giudice delegato ha comunicato all'assicurato, per il tramite del patrocinatore, che il ricorso veniva considerato anche quale petizione formulata nell'ambito delle coperture complementari.

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 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).

2. Con la sua impugnativa **XXX** solleva parallelamente due tematiche. Da un lato egli solleva un tema in ambito di assicurazione obbligatoria contro le malattie. Egli ritiene non applicabile la LAMal in concreto trattandosi di questione prettamente di diritto civile. D'altro canto egli evidenzia come Helsana debba pagare in virtù della copertura complementare la degenza in virtù della copertura Eco ospedaliera. Il tema riferito all'assicurazione obbligatoria contro le malattie è oggetto di decisione separata da parte di questo Tribunale e forma l'incarto 36.2005.
3. Secondo l'art. 1a 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 così definita mentre le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati 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. 7/8, pagg. 192-200; SPIRA, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 5/1995, 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*, 3/4, 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.

Recentemente, l'Assemblea federale ha approvato la nuova Legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), il cui art. 85 ha tenore simile all'art. 47 LSA attuale. Il termine di referendum è scaduto il 7 aprile 2005.

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 queste circostanze, trattandosi in concreto 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 Tribunale Cantonale delle Assicurazioni è competente a statuire sulla petizione di parte attrice in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

nel merito

4. Per interpretare i contratti d'assicurazione privata bisogna applicare le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali tratte dalla dottrina e dalla giurisprudenza dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22). L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA conviene tenere conto del loro valore normativo: dal momento che esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, è necessario che le stesse siano interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA). L'interpretazione di CGA che sono

oggetto di una larga diffusione deve lasciare uno spazio preponderante all'elemento sistematico (DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805). Inoltre, spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55). Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 248 ad art. 33 LCA). L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 248 ad art. 33 LCA).

Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, Droit des assurances privées, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b)aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Friburgo 1997, n. 209 pag. 72), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) invece che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). Rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342).

Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727).

In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più favorevole al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254). Si tratta del principio *in dubio contra assicuratorem*, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (*in dubio contra stipulatorem o proferentem*), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privat-versicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/ SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 1986, ad art. 1 CO, n. 109 pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e seg.).

5. In concreto le CSA del contratto H (HEco qui di seguito) appaiono del tutto comprensibili e chiare sui punti d'interesse per la procedura. Da un lato infatti è specificato che la copertura HEco interviene quando esista la premessa della necessità del trattamento medico, concetto questo che rientra specificatamente nel concetto di cure necessarie ai sensi dell'art. 32 LAMal. D'altra parte il riferimento a ricoveri necessari in ospedali per malattie acute "che figurano nel piano ospedaliero" richiama a sua volta chiaramente l'art. 39 LAMal. La natura stessa della prestazione che è "complementare" all'assicurazione obbligatoria contro le malattie impone l'applicazione della LAMal in primis e la copertura delle prestazioni non riconosciute in questo ambito mediante appunto la copertura complementare. Ulteriore elemento atto a confermare tale interpretazione è il richiamo specifico, per le cure dentarie, dell'art. 5.2 CSA. Le cure dentarie solo in

particolari casi vengono prese a carico dall'assicuratore malattie nell'ambito dell'obbligatoria. L'applicazione della HEco alle cure dentarie appare quindi specificatamente circoscritto ai casi in cui sia applicabile la LAMal obbligatoria. Anche il richiamo all'art. 41 cpv. 3 LAMal, formulato all'art. 3 della CSA, rinvia esplicitamente a concetti dell'assicurazione obbligatoria. Tutti questi elementi permettono di ritenere che la copertura in discussione non sia applicabile al di fuori della LAMal.

6. A ragione l'assicuratore evidenzia come le HEco intenda (art. 2.2 CSA) coprire le spese di ricovero in reparto comune di ospedali che, ai sensi del capoverso precedente, sono riconosciuti ai sensi della LAMal. Se ne deve forzatamente dedurre – vista l'obbligatorietà della LAMal e con essa l'obbligo di presa a carico dei ricoveri necessari in reparto comune di ospedali riconosciuti sulle liste del cantone di domicilio nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria – che, affinché la copertura in discussione abbia ragione d'essere, la stessa è riferita agli ospedali al di fuori del territorio cantonale. In effetti, a parte l'esistenza di motivi d'ordine medico, le cure in nosocomi fuori cantoni sono soggette a limitazioni nel rimborso (cfr. art. 41 LAMal).
7. Con il proprio ragionamento l'assicurato sembra ritenere che l'assicuratore, nell'ambito della copertura complementare, gli debba riconoscere l'importo della franchigia. Il tema è stato analizzato nell'ambito della decisione 36.2005.110 cui si rimanda. A norma dell'art. 64 cpv. 8 LAMal non è possibile assicurare la partecipazione ai costi. Tale divieto non può essere aggirato mediante coperture assicurative che tendano ad escludere l'applicazione della LAMal ed a far assumere interamente spese di ricovero da parte di un assicuratore nell'ambito di prestazioni sottoposte alla LCA.
8. La petizione va respinta alla luce dell'interpretazione della portata della condizioni d'assicurazione, della natura della copertura – comunque sussidiaria all'assicurazione obbligatoria – ed al fatto che la copertura in discussione si riferisce specificatamente ai ricoveri (necessari) in reparti comuni di ospedali svizzeri al di fuori del cantone di domicilio. Non si percepiscono tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili. La presente decisione è definitiva non essendo dati gli estremi di cui all'art. 43 OG per un'impugnazione in riforma dinanzi al Tribunale Federale di Losanna. La decisione viene intimata alle parti ed all'UFAP, Berna, ai sensi dell'art. 47 cpv. 4 LSA.

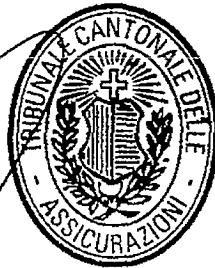
Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione é respinta.
- 2.- Non si percepiscono tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili.
- 3.- La presente decisione è definitiva.
- 4.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

- 7 OTT. 2005

TRIBUNALE CIVILE
DI SESTO CALENDE