

Raccomandata

Incarico n.

36.2005.229

Lugano

2 febbraio 2006

IR/td

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 4 gennaio 2006 interposta da

XXX,
rappr. da: ka,

contro

Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico,

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- A. XXX è assicurata, per le coperture complementari, presso Y. Nel 2005 essa beneficiava, tra altre, anche delle coperture T, assicurazione integrativa per prestazioni speciali, e H, integrativa ospedaliera in reparto comune in tutta la Svizzera.

Dal 30 settembre al 10 ottobre XXX è stata ricoverata alla Clinica di , dove si è sottoposta ad un intervento chirurgico alle vene delle gambe.

Le prestazioni sono state fatturate dalla Clinica il 30 settembre 2005 ed alla signora XXX è stato chiesto il versamento di CHF 9'210.-- composto dalle spese per la camera (2 giorni) a CHF 580.-- al giorno, dalle spese di anestesia per CHF 1'850.-- (con dettaglio della fatturazione trasmesso all'assicurata), dalla "Operations-Grundpauschale" di CHF 1'300.-- e dai supplementi a questa posta per CHF 4'550.-- nonché dal forfait per materiale e medicinali cifrato in CHF 350.--.

Parallelamente il dott. _____ di _____ ha fatturato CHF 5'160.- per l'intervento (CHF 3'600.--), per l'assistenza (CHF 1'200.--) e per visite e rapporti (complessivamente CHF 360.--).

- B. Tramite il marito Xxx **XXX** ha trasmesso all'assicuratore di base _____ ed a Y le fatture _____ ha ricusato ogni intervento e, come accertato dal giudice delegato, non è stata chiesta l'emanazione di decisione formale. La procedura nei confronti di _____ e dipendente dallo scritto 20/23 dicembre 2005 è oggetto di separata decisione (inc. 36.2006.13).

Y ha ammesso un obbligo di intervento ed ha eseguito il conteggio della fattura del dott. _____ rettificandola di CHF 516.--, riconoscendola quindi per CHF 4'644.-- ed ammettendo prestazioni per CHF 1'857.60 (conteggio 19 novembre 2005 n° PPP) _____ poiché la partecipazione contrattualmente emessa assommerebbe al 40%. L'assicuratore Y ha poi considerato la fattura di CHF 1'850.- al dott. _____ per l'anestesia e l'ha conteggiata riconoscendo CHF 740.-- conteggio n° QQQ).

- C. Con scritto 20/23 dicembre 2005 XXX, rappresentata dal marito Xxx, si è rivolta al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, segnalando un rimborso _____ insufficiente di Y con il versamento di soli CHF 2'597.60 complessivi. XXX ha inoltre contestato l'agire di _____ che non ha assunto almeno in parte spese nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria. La vertenza relativa all'assicurazione di base è trattata separatamente (inc. 36.2006.13).

Con risposta di causa 10/16 gennaio 2006 Y propone la reiezione della petizione.

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 1-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., 1623/98).

2. Secondo quanto disposto dall'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. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA), 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. La nuova legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), il cui art. 85 6 simile all'art. 47LSA attuale, 6 entrato in vigore il 1° gennaio 2006 (FF 2005, N. 48, pag. 5269).

In ambito cantonale la LCAMal 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 concreto la causa concerne una vertenza relativa a copertura complementare alla LAMal, copertura esercitata da un assicuratore malattia autorizzato. Il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni 6 quindi competente a statuire.

nel merito

3. Il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni deve decidere se il complessivo versamento di CHF 2'597.60 per l'intervento subito dall'attrice e fatturato come descritto nelle considerazioni che precedono, sia corretto a fronte delle coperture assicurative complementari di cui beneficia XXX.

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. 1 b; 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. 1 b; 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. 1 b; 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 1128; DTF 116 11 189, 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 11 189, 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 11811 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. 1 b; 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. 1 a; 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 Privatversicherungsrecht, 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. Le condizioni d'assicurazione della complementare H (HE qui di seguito) della convenuta impongono l'assunzione dei costi di degenza e trattamento negli ospedali elencati dai cantoni nelle loro pianificazioni. Y copre in particolare i costi della degenza stazionaria in una camera a più letti del reparto comune. Se inesistente tale reparto, per l'art. 2.5 CSA, "trovano applicazione le stesse disposizioni come se la persona assicurata fosse degente nel reparto privato".

Per l'art. 5 CSA Y riconosce in caso di degenza ospedaliera di almeno 24 ore e di trattamento stazionario - e ciò nell'ambito delle tariffe riconosciute -, i costi di vitto, alloggio (in casu nel reparto comune), gli onorari dei medici, i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti, la cura medica in ospedale, i costi per medicinali, materiali di medicazione, sala operatoria e narcosi, i costi per mezzi ausiliari e gli oggetti presenti dell'ospedale.

Questi costi vengono assunti se sussiste - e qui non vi è discussione in proposito - obbligo di prestazione secondo la LAMal. In caso di copertura nel reparto comune e ricovero in reparto semi privato l'art. 7.1 CSA prevede per Y l'obbligo di versare il 40% delle prestazioni. Il contratto appare chiaro nella sua formulazione e nella sua interpretazione. Non contiene clausole dubbie od ambigue e non sembra che la disputa tra le parti abbia per oggetto la sua interpretazione. Occorre allora verificare se la convenuta ha correttamente eseguito i suoi obblighi contrattuali.

6. In concreto il ricovero e la cura in favore di XXX sono costati CHF 5'160.-- (fattura dott. _____) e CHF 9'210.-- (fattura Clinica _____ comprensiva della fattura del dott. per anestesia di CHF 1'850.--).

La fattura del dott. _____ è stata ammessa ma "rettificata" ossia diminuita del 10% poiché "stilata - effettivamente - in base alla tariffa per il ceto medio dell'Ordine dei medici di _____ ma, secondo Y" il medico avrebbe dovuto, automaticamente, procedere ad una "rettifica". Y non ha dimostrato, come a suo obbligo a fronte della fattura stilata dal professionista zurighese e prodotta da parte attrice, l'errore nella mancata deduzione del 10%. L'assicuratore non ha prodotto il tariffario per lui vincolante e non ha specificato il perché del sussistere degli estremi della deduzione operata se non con un ragionamento tautologico contenuto nella risposta di causa.

Su questo punto la petizione va accolta. Correttamente è stato ritenuto - alla luce del reparto semi privato del ricovero (circostanza non contestata dalle parti) - il coefficiente di copertura dei costi fissato nel 40%. Per la fatturazione del dott. Y avrebbe dovuto versare complessivamente l'importo di CHF 2'064.-- (parti a CHF 5'160.-- x 40:100) in luogo dei CHF 1'857.60 riconosciuti con il conteggio 75980711.

7. Per quanto attiene alle cure ospedaliere Y ha liquidato la fattura intestata: Praxisgemeinschaft für Anästhesiologie" "del dott. , per CHF 1'850.--. Non ha invece considerato la fattura complessiva della Clinica di CHF 9'210.-- comprensiva dei CHF 1'850.-- cui è cenno. La fattura della Clinica comprende, come evidenziato sub. A, sia i costi dell'anestesia, che la camera, i medicinali ed il materiale nonché i costi dell'operazione.

Si tratta, a ben vedere, di costi che rientrano tra quelli che l'assicuratore, in virtù delle CSA vincolanti, si è impegnato ad assumersi. Y deve quindi riconoscere alla signora **XXX**, sulla fattura della Clinica l'importo di CHF 3'684.-- (CHF 9'210.-- X 40 : 100).

8. Alla luce di quanto precede dunque XXX ha diritto di beneficiare di versamenti complessivi da parte di Y per complessivi CHF 3'684.-- + CHF 2'064.-- ossia 5'748.--. Di questo importo sono stati riconosciuti solo, complessivamente, CHF 2'597.60. La petizione va quindi accolta per l'importo di CHF 3'150.40. Non si percepiscono tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili. La presente sentenza è definitiva non essendo dati gli estremi di cui all'art. 43 OG per un'impugnazione in riforma dinanzi al Tribunale Federale di Losanna e viene intimata alle parti ed all'UFAP, Berna, ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LSA che fa obbligo ai Tribunali di trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **accolta** nel senso delle considerazioni esposte.
§ Di conseguenza Y Assicurazioni SA è condannata a versare ad **XXX**, _____, un ulteriore importo di CHF 3'150.40.

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

3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna ai sensi ed effetti di legge.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il segretario



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Con Lera", positioned to the right of the official seal.

INTEMAZIONE
- 6 FEB. 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI