

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 2 dicembre 2005 di

Y Assicurazione SA

contro

XXX

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. Nell'anno in cui è deceduta, **XXX** è stata assicurata presso Y Assicurazione SA sia per l'assicurazione di base LAMal sia per alcune coperture complementari, fra cui la standard plus (doc. Al).
- 1.2. XXX è stata ricoverata il 22 aprile 2002 presso il XXX a XXX per subire un intervento al cuore. Presso il nosocomio l'assicurata è morta il 26 maggio 2002.

Per quest'ospedalizzazione, il 4 dicembre 2002 (doc. A6) il XXX ha emesso nei confronti dell'assicuratore malattia una fattura di Fr. 77'426,35 ed un'altra di Fr. 26'446,90 (doc. A7).
Il 30 luglio 2003 (doc. A8) l'ospedale ha emanato un'ultima fattura di Fr. 302,40.

Il 13 gennaio 2004 l'assicuratore malattia ha inviato all'assicurata la richiesta di pagamento di Fr. 454,10 quale partecipazione del 10% su Fr. 26'446,90 (massimo Fr. 600.-/anno) trattandosi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche (doc. AI 1) e di Fr. 105,85 (doc. AI2) quale partecipazione del 35% su Fr. 302,40 (massimo Fr. 7'000.-/anno) a dipendenza della copertura complementare standard plus per la camera privata scelta.

In virtù di questa stessa copertura, il 20 gennaio 2004 (doc. A10) l'assicuratore ha chiesto a XXX il pagamento dell'importo di Fr. 6'894,15 quale partecipazione sul totale di Fr. 77'426,35.

Il 31 marzo ed il 30 aprile 2004 (doc. A15) l'assicuratore ha richiamato due volte XXX al pagamento del dovuto di Fr. 7'454,10, benché fosse deceduta da ormai due anni.

- 1.3. Il 25 settembre 2004 (doc. A16) XXX, sorella della defunta e rappresentante della comunione ereditaria (CE), ha comunicato all'assicuratore di non volersi fare carico della partecipazione di Fr. 7'000.-, poiché non avrebbe sottoscritto alcun impegno per il reparto privato e, a suo dire, la sorella sarebbe stata degente dapprima in camera comune, poi nel reparto di cure intense.

Il 1° ottobre 2004 (doc. A17) l'assicuratore ha confermato l'importo richiesto a dipendenza della degenza in camera privata, scelta dall'assicurata medesima.

- 1.4. Non ottenendo il pagamento reclamato agli eredi, il 6 dicembre 2004 (doc. X e A4) l'UE di XXX, a domanda del creditore procedente Y, ha escusso la rappresentante della CE con PE n. XXX per l'importo di Fr. 7'554,10 oltre interessi del 5% dal 16 maggio 2004, a cui l'erede si è opposta.

Il 27 gennaio 2005 (doc. A20) l'assicuratore ha emanato una decisione formale con cui ha confermato il suo credito di Fr. 7'554,10 oltre accessori ed ha rigettato l'opposizione al PE.

Il 1° dicembre 2005 (doc. A22) Y ha reso una decisione su opposizione che ha parzialmente accolto l'opposizione del 9 febbraio 2005 (doc. A21) della rappresentante della CE.

L'assicuratore ha rettificato il proprio credito in Fr. 454,10, pari alla partecipazione ai costi del 10% giusta l'art. 64 LAMal (cfr. fattura del 4 dicembre 2002 di Fr. 26'446,90), ammettendo di non poter inglobare in questa decisione anche gli ammontari maturati in virtù delle coperture complementari LCA. L'opposizione al PE è stata quindi rigettata soltanto nella misura di Fr. 454,10.

- 1.5. Per quanto concerne il recupero della differenza di Fr. 7060.-, il 2 dicembre 2005 (doc. I) l'assicuratore Y ha formulato una petizione nei confronti di XXX sostenendo trattarsi della partecipazione massima ai costi di cura della defunta XXX per la degenza in camera privata dal 22 aprile al 26 maggio 2002 presso il XXX di XXX (Fr. 7'000.-), oltre alle spese per l'avvio di una procedura esecutiva.

La convenuta ha contestato integralmente di dovere l'importo richiesto dall'assicuratore oltre agli interessi del 5% dal 16 maggio 2004, a motivo che la sorella sarebbe stata degente in una camera a due letti e quindi non in reparto privato. Inoltre, la pretesa sarebbe perentoria siccome fatta valere dopo due anni esatti dall'emissione delle fatture da parte del XXX (4 dicembre 2002-4 dicembre 2004, quando ha ricevuto dette fatture).

Il 6 febbraio 2006 (doc. VIII) l'assicuratore attore ha spiegato il metodo di calcolo dei costi della degenza della sua assicurata, concludendo che *"La degenza della defunta assicurata presso il XXX dal 22.04.2002 al 26.05.2002 avveniva nel settore ospedaliero privato, settore scelto dall'assicurata (cfr. doc. 4a condizioni d'ospedalizzazione sottoscritte dall'assicurata). Nonostante il soggiorno sia avvenuto in una camera a due letti, il soggiorno è avvenuto in un settore "privato" (e non "semiprivato" cfr. doc. 6, doc. 26, 27). Conformemente alle condizioni contrattuali, per gli otto giorni in cui l'assicurata era degente in camera, il XXX ha correttamente applicato un supplemento per camera privata di fr. 100.- (anziché di fr. 150.- al giorno per camera privata a un letto, cfr. doc. 6 e doc. 24 all'art. 7.2 di cui all'annesso 3); per la sua successiva degenza in cure intense la diaria di fr. 100.- non è stata fatturata (cfr. doc. 6, 7, 8). Nonostante la degenza in cure intense, l'intero trattamento effettuato presso il XXX dev'essere ritenuto come "privato" (cfr. convenzione doc. 24). La Y ha di conseguenza correttamente posto a carico della convenuta la partecipazione massima prevista per la degenza nel settore privato (fr. 7'000.-); una sua attribuzione secondo quanto previsto per il settore privato non si giustificava."*

La convenuta non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. IX) mentre agli atti è stata acquisita copia della domanda d'esecuzione 3 dicembre 2004 inoltrata da Y all'UE di XXX documento sul quale l'opponente ha potuto esprimersi.

in diritto

In ordine

- 2.1. La convenuta solleva un'eccezione di prescrizione dell'azione introdotta dall'assicuratore. Essa sostiene che sarebbero trascorsi ben più di due anni dall'ospedalizzazione della sorella (maggio 2002), perciò la richiesta dell'attore di partecipare alle spese di cura di XXX sarebbe prescritto.

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione Y standard plus, nell'edizione 01.2001 valida per il contratto assicurativo stipulato dall'assicurata (doc. A2), prevedono che nella misura in cui non stabiliscono accordi derogatori, per il rapporto contrattuale tra Y e l'assicurata è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Poiché le CGA non prevedono norme particolari sulla prescrizione, trova dunque applicazione l'art. 46 cpv. 1 LCA, secondo cui i crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni *dal fatto su cui è fondata l'obbligazione*.

Con la formulazione dell'art. 46 LCA, il legislatore ha voluto derogare al diritto comune, come gli artt. 60 CO e 130 CO (DTF 75 II 227), poiché il *dies a quo* del termine di prescrizione non è il momento in cui il credito diventa esigibile né quando l'assicurato viene a conoscenza del danno (TA TI in RUA XIII n. 64), ma è un altro momento più preciso, ossia il sopraggiungere del fatto che fa nascere l'obbligazione dell'assicuratore.

Inizialmente, dottrina e giurisprudenza hanno considerato come fatto su cui è fondata l'obbligazione l'evento occorso con la conseguenza che il sinistro era il momento che faceva decorrere il termine. Questa teoria, tuttavia, aveva per effetto che, a dipendenza delle circostanze, la prescrizione poteva essere già realizzata prima ancora che il credito derivante dal contratto assicurativo fosse esigibile (ROELLI/KELLER, Kommentar zum VVG, vol. 1, pag. 669). La soluzione di far sempre decorrere il

termine di prescrizione dalla realizzazione del rischio non era quindi proponibile (DTF 118 II 447).

La dottrina e la giurisprudenza più recenti si distanziano dunque dalla soluzione unica, che assimila in maniera generale il punto di partenza della prescrizione con la realizzazione del rischio, e si fonda invece su degli eventi differenti a dipendenza del tipo d'assicurazione in esame e della pretesa per far partire il termine di prescrizione. Il punto di partenza del termine di prescrizione è dunque il momento in cui sono costituiti gli elementi di fatto che fondano l'obbligazione dell'assicuratore di fornire delle prestazioni (DTF 127 III 268 consid. 2b, DTF 118 II 447).

Nel caso di specie, è vero che XXX è stata degente in ospedale dal 22 aprile al 26 maggio 2002 e che per il trattamento ricevuto sono sorti dei costi che il nosocomio losannese ha direttamente accollato all'assicuratore qui attore, conformemente all'art. 5.1 lett. e della "Convenzione relativa all'ospedalizzazione degli assicurati che hanno sottoscritto un'assicurazione complementare, tra gli Ospizi cantonali vodesi e la Y Assicurazione SA" del 27 maggio 2002, in vigore dall'inizio di quell'anno.

Tuttavia, occorre distinguere i due rapporti contrattuali in essere: d'un canto il contratto fra l'ospedale e l'assicuratore, d'altro canto il contratto assicurativo fra l'assicuratore e l'assicurata.

Per i pazienti ospedalizzati in cure acute, la fatturazione avviene unicamente all'uscita del paziente dal nosocomio (art. 7 cpv. 3 Convenzione). Per convenzione l'assicuratore, a cui è stata inviata la fattura, la paga direttamente all'istituzione entro un termine fissato al massimo a trenta giorni dalla ricezione (art. 7 cpv. 7). Dall'uscita dall'ospedale decorre dunque un termine di prescrizione di cinque anni, entro il quale l'ospedale creditore deve far valere il proprio credito e quindi, preliminarmente, formulare la richiesta d'incasso mediante emissione di una fattura nei confronti dell'assicuratore. Con l'emissione del 4 dicembre 2002 (doc. A6), con l'assegnazione di un termine per il pagamento del dovuto (Fr. 77'426,35) entro il 3 gennaio 2003, i disposti legali sono stati dunque rispettati.

Con la ricezione della fattura ospedaliera Y è in grado di conoscere e di potere stabilire, da un lato, la pretesa del nosocomio e, dall'altro, il suo diritto di ottenere dall'assicurato il versamento (e la quantificazione) della partecipazione. La fatturazione dell'ospedale attiva il rapporto contrattuale tra Y e l'assicurata. L'assicuratore esegue l'obbligazione cui è tenuto,

direttamente verso il terzo come convenuto, e l'assicurato vede nascere il suo obbligo di versare la franchigia contrattualmente pattuita dalla ricezione della fattura Y ha infatti assunto la posizione di creditore nei confronti dell'assicurata, circostanza che gli ha dato il diritto di postulare presso la debitrice — e per la stessa i suoi eredi — il recupero di parte del credito fondato sulla copertura standard plus. È pertanto dal 4 dicembre 2002 che è iniziato a decorrere il termine di prescrizione di due anni contemplato dalla LCA. Infatti è la data indicata che va ritenuta e non la data del pagamento della fattura ospedaliera poiché in tal caso si lascerebbe al libero arbitrio dell'assicuratore l'inizio del termine di prescrizione dei suoi diritti per franchigie e partecipazioni verso l'assicurato contraente.

In queste circostanze, conformemente all'art. 135 cifra 2 CO, la domanda d'esecuzione che il 3 dicembre 2002 l'assicuratore ha inviato all'UE di XXX per l'escussione della qui convenuta — e che ha dato luogo all'emissione del PE n. XXX del 6 dicembre 2004 (doc. X e A4) - costituisce sufficiente adeguato e tempestivo atto interruttivo della prescrizione. Ciò comporta che l'assicuratore ha fatto valere per tempo la propria pretesa nei confronti degli eredi dell'assicurata.

Di conseguenza, siccome tempestiva, il TCA deve entrare nel merito della petizione presentata dall'assicuratore Y.

Nel merito

- 2.2. Questo TCA deve stabilire se la convenuta sia tenuta a versare all'assicuratore, per conto della comunione ereditaria fu XXX a cui appartiene, l'importo di Fr. 7'060.- oltre interessi del 5% dal 16 maggio 2004 a dipendenza della degenza di XXX nel reparto privato del XXX di XXX dal 22 aprile 2002 al 26 maggio 2002. La convenuta contesta che la sorella sia stata degente nel settore privato. Occorre quindi determinare la categoria d'ospedalizzazione dell'assicurata.
 - 2.3. Le CGA standard plus applicabili alla fattispecie regolano le prestazioni assicurative per i costi di guarigione. L'attore prende a carico i costi di trattamento e di soggiorno nella divisione comune, semiprivata o privata degli ospedali pubblici e privati in tutta la Svizzera, al momento del trattamento riportati su una delle liste ospedaliere vincolanti l'assicuratore secondo LAMaI. Al massimo al momento del ricovero in ospedale, l'assicurato può scegliere se soggiornare e sottoporsi a
-

trattamento nella divisione comune, semiprivata con camere a due letti oppure nella divisione privata con camera singola. In caso di soggiorno in una divisione ospedaliera comune, nell'ambito della presente assicurazione, non sarà applicata alcuna partecipazione ai costi. Il soggiorno nella divisione semiprivata o privata riconosciuta della Y è sottoposto all'obbligo di partecipazione ai costi ai sensi dell'art. 14 (art. 4.1 lett. n CGA). Per l'art. 14.1 CGA, un trattamento stazionario nella divisione privata comporta per l'assicurato una partecipazione pari al 20% dei costi (per la parte superante l'importo definito dalla LAMaI), fino a concorrenza dell'importo massimo per anno civile concordato con l'assicurato.

In caso di ricovero stazionario nella divisione privata, l'assicurato partecipa con il 35% ai costi (per la parte superante la LAMaI), fino a concorrenza dell'importo massimo per anno civile stabilito dalle parti (art. 14.2 CGA).

Giusta l'art. 14.3 CGA, la partecipazione ai costi nell'ambito dell'assicurazione Y standard plus decade, a condizione che l'assicurato soggiorni nella divisione comune.

Per il 2002, la polizza assicurativa dell'assicurata specifica che la sua copertura standard plus includeva il rischio malattia e infortunio e prevedeva una diversa ripartizione dei costi a dipendenza del reparto scelto. Per una degenza in *divisione comune*, l'assicurata non doveva partecipare ai costi; per la *divisione semiprivata*, la partecipazione ai costi pattuita era del 20%, ma fino ad un importo annuo di Fr. 4'000.-; per la *divisione privata*, infine, l'assicurata era tenuta a partecipare al 35% dei costi sorti, ma al massimo fino ad una somma annua di Fr. 7'000,

2.4. Il giorno del ricovero al XXX di XXX, il 22 aprile 2002 XXX ha sottoscritto le *Conditions d'hospitalisation en privé* (doc. 4a), che prevedono che l'ospedale può ammettere dei pazienti privati **"dans la mesure des places disponibles"** e alla domanda o con l'accordo del *"médecin cadre"* autorizzato ad avere una clientela privata (art. 1).

L'art. 2 definisce il paziente privato:

"un patient hospitalisé est considéré comme patient privé lorsqu'il demande à être soigné par un médecin cadre agréé par l'institution et qu'il bénéficie, dans les niveaux d'hospitalisation, d'une chambre à un lit. Si, par manque de disponibilité, il doit être hospitalisé dans une chambre à plus d'un lit, le tarif journalier de base sera réduit en conséquence."

" Le patient hospitalisé en privé accepte les conditions financières telles que décrites ci-dessous, notamment aux articles 6 (tarif d'hospitalisation), 7 (frais spéciaux) et 9 (honoraires médicaux)."

L'art. 5 ammette che un trasferimento dai servizio generale al servizio privato sia possibile:

"lorsque l'admission a dû avoir lieu d'urgence et que, faute de place ou faute de pouvoir en exprimer le désir, le patient a été tout d'abord hospitalisé dans le service général. Dès qu'il est en état de le faire, le patient signe le présent règlement. **Il accepte de ce fait que, bien qu'hospitalisé momentanément dans le service général, il désire être considéré d'emblée comme patient privé et en accepte toutes les conditions financières qui lui seront appliquées dès le premier jour de son hospitalisation.**"

La tariffa d'ospedalizzazione di base è regolata dall'art. 6. Essa comprende:

- "a) la taxe d'admission, par séjour (selon tarif annexé)
- b) chambre et pension "privé"
Le prix varie selon la chambre occupée et le type d'assurance, il est fixé à Frs 465.- au maximum, par jour
- c) la taxe de soins (selon tarif annexé)

Le tarif d'hospitalisation de base ne comprend pas:

- les frais spéciaux (art. 7)
- les honoraires médicaux (art. 9)
- les gardes et prestations particulières (art. 10)"

I costi speciali, non compresi nella tariffa d'ospedalizzazione di base, sono, a dipendenza del singolo caso:

"les frais de salle d'opération ou de salle d'accouchement, les soins intensifs, les soins continus, les soins renforcés, la taxe d'isolement, la désinfection spéciale de chambre, les médicaments, les pansements, les transfusions sanguines, les examens de radiologie et de laboratoire, les examens et traitements spéciaux, les consultations de diététique, les boissons et les plats commandés spécialement, les communications téléphoniques, la télévision."
(art. 7)

2.5. Y Assicurazioni ha stipulato con gli ospedali cantonali vodesi (tra cui il XXX) una convenzione relativa all'ospedalizzazione degli assicurati beneficiari di un'assicurazione complementare. Secondo l'art. 4 cpv. 1 lett. a, per le ospedalizzazioni di pazienti che presentano affezioni acute necessitanti cure mediche continue ed intense, e che sono al beneficio di un'assicurazione complementare privata, sono fatturabili soltanto i forfait ospedalieri ed i supplementi per la scelta del medico e del confort definiti negli annessi tariffari 3 e 4.

L'art. 6 lett. a precisa che lo stabilimento di cura s'impegna a farsi che siano ospedalizzati in divisione privata o semi privata soltanto i pazienti che lo domandano espressamente.

L'art. 7 cpv. 5 prevede che la fattura menziona, oltre al forfait ospedaliero definito all'annesso 3 (codice APDRG senza dettaglio), le coordinate personali dell'assicurato, il tipo di camera occupata se ciò dà luogo ad una fatturazione di un supplemento di confort secondo gli annessi 3, 5 o 6 (uno o due letti), il nome dei medici e le date di entrata ed uscita e la natura del caso (malattia o infortunio).

Giusta l'art. 7.6, i supplementi per la scelta del medico sono fatturati secondo l'annesso 4.

L'annesso 3 concerne le tariffe relative all'ospedalizzazione in divisione privata in cure acute e, per ciò che concerne il giudizio in esame, tratta anche del caso del paziente fuori cantone ospedalizzato per motivi medici, il cui cantone di domicilio ha sottoscritto la convenzione intercantonale d'ospedalizzazione fuori cantone (art. 5.1.2). La relativa tabella allestita a pagina 5 dell'annesso 3 precisa che le prestazioni complementari coprono i costi per la scelta del medico i cui supplementi sono stabiliti dal tariffario degli onorari privati (annesso 4) ed i costi per il confort alberghiero, dove una camera a un letto costa Fr. 150.- al giorno mentre una camera a due letti Fr. 100.- al giorno.

L'art. 6 tratta delle regole di fatturazione. Per quanto concerne il supplemento di confort, il capoverso 7.1 prevede che un supplemento di confort alberghiero è fatturabile quando il paziente soggiorna in una camera a un letto o a due letti. Il capoverso 7.2 specifica che il supplemento è di Fr. 150.- per una camera a un letto e di Fr. 100.- per una camera a due letti. Per contro, nessun supplemento di confort è fatturabile quando il paziente soggiorna in una camera a 3 o più letti, nelle cure intense o nelle cure continue (capoverso 7.3).

L'annesso 4 illustra i supplementi per la scelta del medico per l'ospedalizzazione privata (artt. 4 e 7 della Convenzione). L'art. 1 prevede che gli ospedali applicano la tariffa degli onorari d'ospedalizzazione privata, ossia: per le prestazioni normali, tariffa moltiplicata per 1,05; per le prestazioni particolarmente difficili, tariffa moltiplicata per 1,2. Questi costi del punto sono applicabili soltanto ai *médecins cadres* (art. 3).

2.6. Da tutte e tre le fatture emesse dal XXX (docc. A6, A7 e A8) si evince innanzitutto che i 35 giorni di degenza costituiscono un'*hospitalisation privée* di durata superiore alla norma. Per i

primi otto giorni l'assicurata è stata degente in una camera a due letti nel settore privato della chirurgia cardio-vascolare (*chambre à 2 lits — privé BH16216*), del costo giornaliero di Fr. 100.-; poi è stata trasferita nel reparto di cure intense di chirurgia, fino al giorno del decesso.

L'attestato del 21 settembre 2005 (doc. A26) rilasciato dall'ospedale all'assicuratore specifica che per il periodo di degenza dal 22 aprile al 26 maggio 2002, XXX, su sua richiesta, è stata ammessa con lo statuto "privato" ed ha soggiornato in una camera a due letti dal 23 aprile al 1 ° maggio 2002 (codice BH-16216). A complemento di questa dichiarazione, il 13 febbraio 2006 (doc. A27) l'ospedale ha precisato che al momento del ricovero presso il XXX, l'assicurata desiderava soggiornare in una camera ad un letto (Fr. 150.-/giorno). Ma per mancanza di disponibilità al servizio di chirurgia cardio-vascolare, la paziente è stata ricoverata in una camera a due letti (Fr. 100.-/giorno).

Questo stato di cose non lascia alcun dubbio: XXX è stata degente in *reparto privato* a due letti per mancanza di disponibilità di camere ad un solo letto. Questa circostanza, tuttavia, non influisce sullo statuto che ha acquistato ricoverandosi al XXX. Infatti, come da sua espressa volontà, l'assicurata è stata trattata come una paziente privata, avente quindi diritto a scegliere il medico ed il tipo di confort alberghiero. La non disponibilità, al momento del suo ricovero, di camere ad un letto nel reparto di chirurgia cardio-vascolare, non ha comunque modificato il suo statuto di paziente privata. Le condizioni d'ospedalizzazione che la stessa ha sottoscritto il giorno della sua ammissione recitano infatti espressamente che l'unica differenza di trattamento per i pazienti ricoverati in una camera ad uno o a due letti risiede soltanto nella tariffa giornaliera applicata per la stanza (Fr. 100.- anziché Fr. 150.-). Gli altri vantaggi, quali la scelta del medico con le conseguenze che ciò comporta, sono mantenuti. Le stesse condizioni d'ospedalizzazione prevedono proprio che il regime "privato" inizia dal primo giorno dell'ospedalizzazione (doc. 4a *in fine*), indipendentemente, quindi, dall'effettivo tipo di confort alberghiero che è stato assegnato al paziente. Un chiaro esempio di questa modalità di fatturazione è riportato al precitato art. 5 relativo al trasferimento del paziente dal servizio generale, dove viene ricoverato d'urgenza, al servizio privato: dal primo

giorno del ricovero al servizio generale sono applicate le tariffe per i pazienti privati (cfr. consid. 2.4).

L'assicurata era cosciente di questa particolarità di fatturazione, l'ha scelta e l'ha accettata sottoscrivendo le summenzionate condizioni d'ospedalizzazione privata il giorno stesso della sua ammissione al XXX (art. 4.1 lett. n CGA). È vero: malgrado abbia chiesto d'essere posta in una camera ad un solo letto, l'assicurata è stata in realtà ricoverata per otto giorni in una stanza con due letti, ciononostante *appartenente sempre al reparto privato*, come dispone l'art. 2 delle predette condizioni, e non al reparto comune, come sostiene la convenuta. Ha poi trascorso i successivi giorni di degenza nelle cure intense, per le quali non viene comunque fatturato alcun supplemento per il tipo di camera di cui si usufruisce (annesso 3 art. 7 capoverso 7.3).

Da quanto precede, il TCA conclude che la particolarità del XXX di trattare un paziente come privato sin dall'inizio del suo ricovero sia che sia degente in una camera ad un letto sia a due letti, fa sì che XXX debba essere considerata come un'assicurata privata anche per i primi otto giorni di degenza presso questo ospedale e che, di conseguenza, i costi sorti durante tutti i trentacinque giorni di permanenza siano fatturati secondo la tariffa degli onorari d'ospedalizzazione privata (cfr. consid. 2.5).

In proposito, esaminando le fatture del nosocomio, il TCA osserva che il costo del punto di praticamente tutti i trattamenti ed interventi forniti all'assicurata è di 1,05. Soltanto sei prestazioni sono state fatturate a 1,20 al punto. Ciò significa che l'ospedale ha ritenuto che l'assicurata, avendo sottoscritto le condizioni d'ospedalizzazione in reparto privato il giorno della sua ammissione, ha potuto scegliere i medici che l'hanno curata. Questa facoltà di scelta, che ha evidentemente un costo aggiuntivo comunque (in parte) coperto dall'assicurazione complementare standard plus stipulata dall'assicurata, ha comportato che ogni intervento da parte degli specialisti avesse un costo supplementare rispetto ad una degenza in divisione comune, fatturabile con un valore di punto di 1,05.

- 2.7. Alla luce di quanto precede, la fatturazione eseguita dall'ospedale di XXX che ha considerato l'assicurata come una paziente privata per *l'intera* degenza dal 22 aprile 2002 al 26 maggio 2002 è corretta.

Pertanto, sulla scorta dell'art. 14.2 CGA e della polizza assicurativa stipulata dall'assicurata, altrettanto corretta è la

messa a suo carico, da parte dell'attrice, del 35% dei costi fatturati dal XXX e saldati dall'assicurazione LCA il 13 rispettivamente il 20 gennaio 2004 (doc. VIII punto 3). Tuttavia, per i costi derivanti da una malattia e/o infortunio comportanti un ricovero ospedaliero volontario in divisione privata, le parti contraenti hanno pattuito un limite massimo annuo di partecipazione di Fr. 7'000.- (doc. A1). È dunque in questa misura che l'assicurata, e per essa i suoi eredi in virtù della copertura complementare standard plus, sono tenuti a partecipare ai costi LCA di Fr. 77'426,35 e di Fr. 302,40 fatturati dal nosocomio losannese per il ricovero, quale parte superante l'importo a carico dell'assicurazione obbligatoria (Fr. 26'446,90).

- 2.8. Occorre ancora verificare la legittimità dei Fr. 60.- accollati dall'attore alla rappresentante della CE a titolo di spese amministrative derivanti dall'avvio della procedura esecutiva per il recupero del credito da esso vantato nei suoi confronti, che a quel momento (6 dicembre 2004) inglobava anche la partecipazione del 10% per la LAMal qui non in discussione.

L'art. 18.2 CGA autorizza l'assicuratore ad applicare le spese amministrative e d'incasso pari a Fr. 50.- per il richiamo e Fr. 100.- per l'esecuzione.

Con la petizione l'attore ha spontaneamente ridotto a Fr. 60.- l'importo inizialmente fissato a Fr. 100.-. Data l'esistenza della citata procedura esecutiva sfociata nel PE n. XXX dell'UE di XXX, l'assicuratore è quindi in diritto di chiedere alla debitrice delle partecipazioni qui in oggetto l'importo di Fr. 60.-.

- 2.9. Quanto al computo degli interessi di mora del 5% fatti valere dall'attore su Fr. 7'060.- dal 16 maggio 2004, ossia dalla decorrenza del termine di pagamento fissato all'assicurata con l'ingiunzione di pagamento del 30 aprile 2004 (doc. A15), la soluzione è data dall'art. 104 cpv. 1 CO, che fissa gli interessi moratori al 5% all'anno ed al quale rinvia il citato art. 18.2 CGA, secondo cui fanno stato gli interessi di mora legali.

Di conseguenza, l'opposizione al PE n. XXX del 6 dicembre 2004 fatto spiccare dall'UE di XXX va definitivamente rigettata per l'importo appena citato comprensivo degli accessori.

Va rammentato che le spese esecutive non formano oggetto della sentenza di rigetto, ma seguono le sorti dell'esecuzione per la quale è stato concesso il rigetto (STFA del 22 luglio 2005 nella

causa L., K 114/03; STCA del 14 settembre 2004 nella causa H., 36.2004.79; RAMI 2003 KV 251 pag. 226 consid. 4; SZS 2001 pag. 568 consid. 5 con riferimenti; Panchaud/Caprez, La mainlevée de l'opposition, § 164, pag. 414; K. Ammon, Grundriss des Schuldbetreibungs- und konkursrechts, Berna 1983, pag. 106).

Non essendo oggetto della procedura di rigetto dell'opposizione, sull'importo relativo a queste spese esecutive non è ammissibile pronunciare il rigetto (STFA del 22 luglio 2005 nella causa L., K 114/03, STFA del 26 agosto 2004 nella causa M., K 68/04 e del 18 giugno 2004 nella causa **B.**, K 144/03).

- 2.10. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. Per l'art. 46 OG, nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiunge almeno un importo di Fr. 8'000.-.

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa in capitale fatta valere dall'attore nei confronti della convenuta. Siccome con la propria petizione Y Assicurazione pretende un importo che non supera i citati Fr. 8'000.-, non sono pertanto dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna.

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 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. S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **accolta**.
- 1.1. Di conseguenza, la convenuta **XXX** è condannata a pagare all'assicuratore Y l'importo di Fr. 7'060.- oltre interessi del 5% dal 16 maggio 2004.

- 1.2. Per l'importo di cui sopra è pronunciato il rigetto definitivo dell'opposizione interposta da XXX al PE n. XXX fatto spiccare il 6 dicembre 2004 dall'UE di XXX.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si assegnano ripetibili.
3. Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo



segretario

Fabio Zocchetti

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Fabio Zocchetti'.

INTIMAZIONE

11 LUG. 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI