

Raccomandata

Incarico n.

36.2006.177

Lugano

16 marzo 2007

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 13 settembre 2006 di

XXXX,

contro

La Caisse Y

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Nel 2006 XXXX è stata assicurata presso La Caisse Y per l'assicurazione complementare per quattro coperture, fra cui l'assicurazione combinata d'ospedalizzazione (HC) e l'ospedalizzazione in caso di gravidanza/parto (NATIVA).
- B. Dal 25 al 27 aprile 2006 compresi l'assicurata è stata degente in camera comune presso l'Ospedale _____ per parto. Il nosocomio ha trasmesso all'assicuratore malattia LAMaI la fattura di Fr. 1'468,50 del 10 maggio 2006 (doc. A5) per la diretta evasione.
Su questa base, il 5 giugno 2006 (doc. A4) l'assicurata ha chiesto all'assicuratore LCA il rimborso di Fr. 600.- in virtù della copertura complementare NATIVA, indennizzo che le è stato

tuttavia negato il 4 settembre 2006 (doc. A6) a motivo che è stata applicata la tariffa forfetaria APDRG indipendente dalla durata dell'ospedalizzazione.

- C. Con petizione del 13 settembre 2006 (doc. I) XXXX ha chiesto al TCA di riconoscerle la somma di Fr. 600.- a cui ha diritto giusta l'art. 4 dell'assicurazione NATIVA.

Evidenziando che l'ospedale in questione ha applicato la tariffa APDRG e quindi un forfait indipendentemente dai giorni di degenza — e dunque la durata della degenza non ha influenza sui costi -, con risposta del 29 settembre 2006 (doc. III) l'assicuratore ha respinto la richiesta dell'attrice, la quale non ha comunque prodotto nuovi mezzi di prova (doc. IV).

considerato

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), perciò il TCA può decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

nel merito

2. Il TCA deve determinare il diritto dell'attrice di poter beneficiare nel 2006 del rimborso di Fr. 600.- a dipendenza della durata di (soli) tre giorni della sua degenza ospedaliera per maternità. Occorre quindi verificare se le coperture complementari stipulate dall'attrice prevedano un tale diritto e, se sì, a quali condizioni.
3. L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in caso di gravidanza e parto (NATIVA) si assume i costi ospedalieri non coperti dalla LAMal in caso di trattamento della sterilità, della gravidanza e del parto (doc. 3). L'edizione del gennaio 1997 delle Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) illustra che questa assicurazione può essere conclusa soltanto congiuntamente con l'assicurazione complementare d'ospedalizzazione, le cui condizioni sono applicate fatte salve le specifiche disposizioni di NATIVA (art. 1 CPA). L'art. 4 CPA, intitolato "misure d'economia", recita che quando una persona assicurata partorisce, per ogni soggiorno inferiore ai 6 giorni,

l'assicuratore le riconosce un'indennità di Fr. 200.- per giorno d'ospedalizzazione così evitato, ossia Fr. 200.- per un soggiorno di 5 giorni, Fr. 400.- per una degenza di 4 giorni, Fr. 600.- per un soggiorno di 3 giorni, Fr. 800.- per una degenza da 1 a 2 giorni e Fr. 1'000.- per un parto ambulatoriale.

Il diritto a queste prestazioni sorge soltanto se è trascorso un determinato tempo d'attesa, che dipende dal gruppo di prestazioni scelto (cfr. art. 2 CPA HC).

4. È in applicazione del citato disposto art. 4 CPA che l'assicuratore ha rifiutato di corrispondere all'attrice le prestazioni che le spetterebbero in funzione della sua breve degenza ospedaliera per parto. A suo dire, infatti, la durata della degenza non ha avuto alcuna influenza sui costi del ricovero, poiché *l'ospedale* ha adottato il sistema di fatturazione a forfait per le ospedalizzazioni per maternità applicando la tariffa APDRG, indipendentemente quindi dai giorni effettivi di soggiorno. Ciononostante, secondo l'assicuratore, qualora l'attrice fosse stata degente in una *clinica* che applicava la diaria giornaliera, essa avrebbe per contro avuto diritto all'indennità prevista quale misura di risparmio in caso di parto; quindi, in specie, l'assicuratore le avrebbe rimborsato la somma di Fr. 600.-.

Dal canto suo, l'attrice ha semplicemente evidenziato che siccome il suo soggiorno in ospedale per parto è durato soltanto tre giorni, in virtù dell'art. 4 CPA NATIVA la stessa ha diritto di ricevere complessivamente l'importo di Fr. 600.-.

Per sapere se l'assicuratore debba riconoscere all'attrice il rimborso postulato occorre interpretare la norma suesposta.

5. Per costante giurisprudenza, al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (DTF 118 II 342 consid. la pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la "vera e concorde volontà dei contraenti", se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art 18 cpv. 1 CO). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice

ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: DTF 129 III 118 consid. 2.5 pag. 122; DTF 126 III 119 consid. 2a pag. 120; DTF 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1 b; DTF 125 III 305 consid. 2b pag. 308). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari: dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (DTF 128 III 212 consid. 2b/bb pag. 215, consid. 3c pag. 221; DTF 127 III 444 consid. 1 b; Christine Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444: l'interprétation d'un texte clair, in: SJ 2002 I pag. 155). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 *in fine* LCA ne è un'espressione (DTF 115 II 264 consid. 5a pag. 269). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; DTF 118 II 342 consid. 1 a pag. 344).

6. Scopo di questa opportunità (art. 4 CPA NATIVA) offerta dall'assicuratore convenuto, è di ridurre i costi ospedalieri e, di riflesso, della salute. Essa incita infatti le assicurate a diminuire il numero di giorni di degenza ospedaliera in caso di parto, favorendo un rapido rientro delle neomamme al proprio domicilio. Minore è il tempo che l'assicurata rimane in ospedale per partorire, maggiore è la ricompensa che essa riceve dall'assicuratore se la degenza è stata inferiore ai sei giorni, poiché i costi generati sono meno elevati.

Occorre meglio comprendere questa norma, ritenuta ambigua.

L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in caso di gravidanza e parto, come visto (art. 1 CPA NATIVA), può essere stipulata soltanto congiuntamente all'assicurazione complementare d'ospedalizzazione (HC). Quest'ultima copertura si fa carico dei costi ospedalieri non coperti interamente dalla LAMal (art. 1 CPA HC), eccetto i casi di maternità (coperti dall'assicurazione NATIVA). Questi costi ospedalieri variano a dipendenza del gruppo di prestazioni scelto (divisione generale, semi-privata, privata). Il gruppo 1 copre le spese ospedaliere in divisione generale (comune) di uno *stabilimento ospedaliero svizzero pubblico* in cure generali o psichiatriche, riconosciuto ai sensi dell'art. 39 LAMal, per gli assicurati affetti da malattie acute che necessitano misure mediche intensive e continue quando le disposizioni dell'art. 41 cpv. 3 LAMal non sono applicabili. Il gruppo 2 è identico al primo gruppo, ma copre pure i soggiorni in reparto semi-privato in tutti gli stabilimenti ospedalieri svizzeri riconosciuti dall'art. 39 LAMal. Il gruppo 3 contempla il settore privato alle medesime condizioni del gruppo precedente.

Da quanto precede discende, da un'interpretazione letterale dell'art. 4 CPA NATIVA, che soltanto i soggiorni in *ospedali pubblici* riconosciuti ai sensi dell'art. 39 LAMal rientrano nel novero della copertura NATIVA. L'art. 3 CPA NATIVA fa dipendere . la nascita del diritto alle prestazioni derivanti dall'assicurazione NATIVA soltanto dal gruppo di prestazioni scelto, il quale determina il periodo d'attesa per l'assicurata trascorso il quale è possibile beneficiare delle prestazioni offerte da questa copertura. Il gruppo di prestazioni è definito all'art. 2 CPA HC.

In concreto, l'attrice ha optato per il gruppo 1 che comprende la divisione comune e che prevede 270 giorni d'attesa dal momento dell'entrata in vigore della polizza NATIVA, periodo che è stato ampiamente adempiuto.

Inoltre, trattandosi di un parto avvenuto in un ospedale pubblico, sulla base del summenzionato art. 4 CPA NATIVA la convenuta sarebbe chiamata a versare all'assicurata delle indennità pari a Fr. 200.- per ogni giorno di ospedalizzazione evitato, che in specie si traduce nella somma di Fr. 600.-.

È opportuno quindi esaminare se l'attrice abbia diritto a ricevere questo importo in funzione dei tre giorni di ospedalizzazione per parto presso un nosocomio pubblico.

7. La fattura del 10 maggio 2006 (doc. A5) dell'Ospedale inviata all'assicuratore malattia LAMal per la diretta evasione, menziona tre giorni di degenza in classe comune ed il numero dell'APDRG (373) attribuito al tipo di degenza (maternità), che equivale ad un cost-weight di 0,4060. Moltiplicando questo fattore per il valore del punto (Fr. 3'617.-) si ottiene il costo della degenza ospedaliera in camera comune a carico dell'assicuratore LAMal (Fr. 1'468,50).

In calce alla fattura figura la seguente avvertenza:

"Per [ndr] accordo con gli Assicuratori malattia, dal 1 gennaio 2005 il sistema di fatturazione delle prestazioni ospedaliere a pazienti degenti in ospedale, comprese le prestazioni mediche, si fonda sulla patologia per la quale il paziente è stato curato e non più sulle giornate di cura trascorse in ospedale e le prestazioni mediche effettivamente ricevute. Il sistema utilizzato è basato sugli APDRG, sistema internazionale di classificazione dei pazienti in base alle patologie. Ogni paziente è classificato in un APDRG per il quale è definito un livello d'impegno per la cura (cost-weight) misurato in punti e valevole in tutta la Svizzera.

L'importo totale dovuto all'ospedale si calcola moltiplicando il numero di punti dell'APDRG in cui il paziente è classificato per il(i) valore(i) del punto concordato(i) con gli Assicuratori malattia. Per i ricoveri nel settore comune è esposta unicamente la prestazione di base, mentre per quelli nei settori privato e semiprivato, conformemente alle convenzioni in atto, sono esposte anche le prestazioni mediche e il supplemento per il settore scelto calcolati secondo la metodologia indicata."

Ora, con questa nuova metodologia di fatturazione lo scopo della copertura assicurativa prevista dalla convenuta e stipulata dall'attrice relativa alle misure d'economia in caso di parto e della corrispondente degenza ospedaliera sembra perdere di significato.

Infatti, sulla base di questa nuova regolamentazione, dal 2005 una degenza per parto da due a dodici giorni negli ospedali pubblici viene fatturata in maniera identica, quindi forfetaria, indipendentemente dall'effettiva durata del ricovero. Non v'è più interesse — finanziario — alla precoce dimissione poiché il costo della degenza in un ospedale pubblico dipende unicamente dal motivo del ricovero.

Questa novità di fatturazione esiste dal 2005.

Va a questo proposito evidenziato che ancora nel 2006 le Condizioni particolari d'assicurazione della copertura in oggetto erano le stesse valide sin dal 1997 e non sono state — apparentemente - cambiate in funzione del nuovo sistema di fatturazione ospedaliera applicato in tutta la Svizzera.

L'art. 4 CPA NATIVA, nel suo tenore attuale, va senza alcun

dubbio applicato all'attrice. Una soluzione diversa porterebbe ad un risultato manifestamente urtante. In effetti il rischio assicurato è chiaro le prestazioni assicurative pure e tutte le condizioni per l'intervento dell'assicuratore date. Poco importa se la convenuta non consegna "misure d'economia" (come recita la marginale dell'art. 4 CPA NATIVA a seguito del cambio di fatturazione. La norma contrattuale non vincola infatti all'effettivo conseguimento di un risparmio per la Cassa il versamento di prestazioni rispettivamente non vincola la prestazione al tariffario applicabile o alle sue condizioni d'applicazione. Poiché le condizioni contrattuali si sono chiaramente realizzate nel giudizio in esame, è a buon diritto che l'attrice debba beneficiare dei benefici che le apporta la copertura che ha sottoscritto nel 1996 e per la quale, non va dimenticato, da allora ha pagato un premio.

La petizione dell'attrice va integralmente accolta senza attribuzione di ripetibili in assenza di patrocinio.

L'assicuratore è condannato a versare la somma di Fr. 600.- a dipendenza dei tre giorni di ricovero per parto presso l'Ospedale
n e l l ' a p r i l e 2 0 0 6 .

8. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b **LTF**, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a CHF 30'000.-.

Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni

popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, BERNARD CORBOZ, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa di versamento formulata dall'attrice di Fr. 600.-.

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono quindi dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF).

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**.

§ La Caisse Y condannata a versare all'attrice la somma di Fr. 600.- quale rimborso per i tre giorni di degenza per parto.

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

3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.


Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione.

L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribu . É cantonale delle assicurazioni

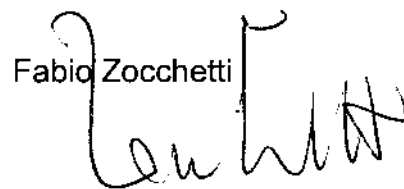
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

22 MAR. 2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI