

Incarto n.
36.2007.113

Lugano
16 giugno 2008

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 9 luglio 2007 di

XXX

contro

Cassa malati A, 8021 Zurigo

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- 1.1. Nel 2006 **XXX**, **XXX**, era assicurato presso **A** anche per le coperture complementari Classic per il trattamento ambulatoriale e Hospital Comfort Liberty per il reparto semi-privato in tutti gli ospedali acuti della Svizzera (doc. A9).
L'11 settembre 2006 egli è stato ricoverato d'urgenza all'Ospedale **XXX** di **XXX** a causa di sofferenza respiratoria su probabile polmonite virale. Questa degenza è durata fino all'11 ottobre 2006, al termine della quale l'assicurato, per sua stessa volontà, è stato ricoverato presso la **XXX** di **XXX** fino al 28 ottobre 2006, ciò che ha comportato un costo di Fr. 1'440.- per il supplemento della camera semi-privata e di Fr. 10'152.- per l'assicurazione malattia obbligatoria (doc. A6).

- 1.2. Il 5 giugno 2007 (doc. A11) l'assicuratore malattia ha affermato che non sussiste il diritto al rimborso dei costi ospedalieri dall'assicurazione complementare ospedaliera, siccome la copertura complementare per le cure stazionarie interviene esclusivamente a complemento delle prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMal. Ritenuto come non era data una necessità medica d'essere ricoverato in maniera stazionaria fuori Cantone e quindi che il trattamento ricevuto non corrispondeva ai criteri di economicità ed appropriatezza previsti dall'art. 32 LAMal, la Cassa malati ha negato l'assunzione del costo della fattura della Clinica **XXX** per quanto concerne l'assicurazione malattia di base LAMal (cfr. inc. 36.2007.112). Basandosi quindi sulla documentazione medica raccolta, A ha concluso che dato che la cura ad **XXX** è servita alla convalescenza ed alla stabilizzazione dello stato di salute, è possibile erogare prestazioni assicurative di Fr. 40.- al giorno previste per le cure termali in virtù dell'art. 11 delle Condizioni complementari Hospital Standard Liberty. L'assicuratore avrebbe però versato il relativo importo non appena la decisione su opposizione emanata contestualmente fosse cresciuta incontestata in giudicato.
- 1.3. Con petizione del 9 luglio 2007 (doc. I) l'assicurato, rappresentato dall'avv. **XXX**, ha chiesto il rimborso del supplemento per la camera semi-privata fatturato dalla Clinica **XXX** per le due settimane di degenza, durante le quali egli ha riacquisito le sue condizioni psicofisiche abituali. A suo dire, le cure intraprese non potevano avvenire ambulatorialmente come preteso dalla Cassa malati, la quale si è basata però unicamente su documenti medici senza mai visitare l'assicurato. L'attore ha contestato di essere stato semplicemente in convalescenza ed ha sostenuto di avere ricevuto cure in vista della sua riabilitazione medica, che doveva per forza avvenire in ambiente ospedaliero.
- 1.4. Con risposta del 4 settembre 2007 (doc. V) l'assicuratore ha negato che vi fosse la necessità di ulteriore cura ospedaliera stazionaria, mentre, eventualmente, la cura medica ancora necessaria sarebbe stata garantita dall'impiego dei servizi spitex. Pertanto, dato che la copertura complementare di cui disponeva interviene esclusivamente a complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base LAMal, l'attore non ha diritto al riconoscimento del supplemento per la camera semi-privata.

1.5. A ha osservato che *"La degenza non si sarebbe verosimilmente prolungata per ragioni mediche perché il rapporto del 11 dicembre 2006 non contiene nessuna disposizione medica per continuare una terapia quassia nella clinica XXX."* (doc. XII).

Il Tribunale ha richiesto della documentazione e sottoposto dei quesiti alla Clinica di XXX (doc. XIV); gli atti medici trasmessi (doc. XV) sono stati inviati alle parti (doc. XVI) per una presa di posizione (doc. XVII). Il TCA ha poi interpellato il medico fiduciario della Cassa malati (doc. XVIII), sulle cui risposte (doc. XIX) si sono potute pronunciare entrambe le parti (doc. XXI).

considerato

in diritto

2.1. Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) di A, edizione 2004 – versione 2006 (doc. 2), prevedono, all'art. 2 cpv. 2, che i costi vengono rimborsati successivamente alle prestazioni della LAMal, della LAINF, della LAI e dell'assicurazione militare. Per l'art. 3 cpv. 1 CGA, le prestazioni vengono rimborsate nell'ambito dei costi non coperti. Inoltre, l'art. 7 CGA esclude espressamente l'erogazione di prestazioni per cure e misure che non sono efficaci, appropriate o economiche.

Le Condizioni complementari (CC) della copertura Hospital Standard Liberty scelta dall'attore, nell'edizione 2004 (doc. 3) applicabile alla fattispecie, prevedono anch'esse espressamente che i costi supplementari di degenze stazionarie e di cure nel reparto comune di ospedali convenzionati vengono rimborsati successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria (cfr. scopo e basi legali).

Giusta l'art. 1 cpv. 4 CC, si ha una degenza ospedaliera stazionaria se la durata del soggiorno è di almeno 24 ore. Una cura acuta è una cura dalla quale ci si può attendere un miglioramento dello stato di salute (art. 1 cpv. 5 CC).

Per le degenze ospedaliere in Svizzera, sono assicurati i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura per cure acute stazionarie nel reparto comune in tutti gli ospedali convenzionati in Svizzera (art. 2 cpv. 1 CC).

In virtù dell'art. 2 cpv. 2 CC, per degenze in reparti semi-privati di ospedali convenzionati viene pagato il 75% dei costi complessivi per vitto, alloggio, assistenza e cura, che non sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure LAMal. La partecipazione ai costi massima della persona assicurata ammonta a Fr. 10'000.- per anno civile.

Secondo l'art. 11 cpv. 1 CC, per degenze ospedaliere le prestazioni assicurate vengono pagate fino a quando, in base all'indicazione medica, sussiste la necessità di una degenza in un ospedale per casi acuti.

Per l'art. 11 cpv. 4 CC, le prestazioni per soggiorni di cura vengono pagate solo se le cure sono necessarie per motivi d'ordine medico e sono state prescritte, nell'ambito di una cura medica, da un medico autorizzato ad esercitare in Svizzera e se la prescrizione della cura perviene alla A 2 settimane prima dell'inizio della stessa.

- 2.2. Affinché l'assicurato abbia diritto a prestazioni assicurative in virtù della copertura complementare sottoscritta, occorre dunque che le cure ricevute siano state dispensate per un motivo medico. Inoltre, è necessario che le prestazioni mediche ricevute siano (state) riconosciute dall'assicuratore sociale e da questi rimborsate, in difetto di che l'attore non ha diritto a prestazioni da parte della sua assicurazione complementare.

Per decidere in merito si può fare ampio riferimento al giudizio, di data odierna, emesso da questo Tribunale nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMal, a seguito del ricorso del 9 luglio 2007 dello stesso assicurato contro la decisione su opposizione dell'assicuratore A (inc. n. 36.2007.112), così come descritto nelle considerazioni di fatto. In quell'ambito, dopo avere esposto i principi di diritto che reggono la materia dell'assicurazione di base, il TCA ha così concluso:

"(...)

- 2.11. Ora, considerato il quadro clinico appena esposto, secondo questo Tribunale la Cassa malati è tenuta a finanziare il soggiorno ospedaliero del ricorrente *in un nosocomio ticinese*, poiché la sua ripresa in salute a **XXX** non è stata totale ma, come evidenziato, il suo organismo mostrava ancora delle debolezze.

D'altronde, lo stesso medico fiduciario della Cassa malati, dr. med. **XXX**, su cui bisogna fare affidamento in virtù della summenzionata giurisprudenza e dell'art. 57 LAMal, aveva a quel tempo (doc. 3: 6 ottobre 2006 rispettivamente doc. 7: 23 ottobre 2006) espressamente accordato all'assicurato il prolungamento della sua degenza per una settimana presso quella medesima struttura, non senza dimenticare in particolare lo stato depressivo medio-grave ancora presente, che peraltro viene proprio curato in quel nosocomio. Sulla base del primo parere del medico interpellato, il 9 ottobre 2006 (doc. 4) A ha così inviato direttamente all'Ospedale **XXX** uno scritto con cui comunicava la concessione della

garanzia della copertura dei costi ospedalieri a favore dell'assicurato fino al 14 ottobre 2006.

Pertanto, ritenuto che, comunque, v'era una reale necessità medica che l'assicurato fosse a tutti gli effetti curato stazionariamente in un ospedale acuto *del Cantone di domicilio* almeno ancora per qualche giorno dopo l'avvenuta dimissione, questa Corte conclude che *fino al 14 ottobre 2006 compreso* la Cassa malati è chiamata a riconoscere all'insorgente – e quindi a farsi carico - le relative spese di ricovero a **XXX** secondo la tariffa applicata per questa struttura ticinese.

Non occorre qui, infine, determinare se un ricovero stazionario era *anche* necessario dal profilo sociale. Come evidenziato ai considerandi 2.3 e 2.5, infatti, secondo il TFA (DTF 126 V 326 consid. 2b), un'ospedalizzazione diventa necessaria anche quando essa si giustifica dal profilo soggettivo: determinante non è soltanto il quadro clinico, ma anche numerosi altri fattori riconducibili alla situazione personale del malato (mancanza di cure a domicilio, particolarità sociali, ...). Il diritto alle prestazioni ospedaliere deve essere riconosciuto non soltanto quando la patologia dell'assicurato necessita un trattamento medico intensivo, ma anche quando tale stato rende necessario un soggiorno in ambiente ospedaliero (RAMI 1989 pag. 154).

Alla luce di quanto precede, questo Tribunale giungé quindi alla conclusione che il ricovero stazionario dell'assicurato in una struttura acuta *nel Cantone Ticino* si imponeva comunque per qualche giorno ancora oltre l'11 ottobre 2006, e ciò per motivi d'ordine medico, come indicato dal dott. **XXX** e ritenuto implicitamente dall'assicuratore. Vi sono pertanto in concreto tutti gli elementi per ammettere un ricovero dell'insorgente in un nosocomio del suo Cantone di domicilio - in luogo e vece, come visto, del trasferimento ad **XXX**.

Di conseguenza, ritenuta l'ospedalizzazione del ricorrente, che doveva avvenire nel Cantone di domicilio, ma è avvenuta nella Clinica di **XXX**, la Cassa malati deve riconoscere all'assicurato al massimo i costi ospedalieri secondo la tariffa che avrebbe applicato al ricorrente nel caso della continuazione *fino al 14 ottobre 2006* del suo precedente ricovero presso l'Ospedale **XXX** di **XXX** (art. 41 cpv. 1 LAMal).

Conformandosi a questa conclusione, **A** dovrà dunque emanare una nuova decisione formale contemplante l'ammontare definitivo che riconoscerà come a suo carico sulla pretesa iniziale di Fr. 10'152.- pretesi dal ricorrente.

- 2.3. Pertanto, ritenuto che v'erano motivi medici giustificanti la necessità di effettuare un soggiorno di cura stazionaria in un nosocomio ticinese, l'assicurato ha diritto a che la sua Cassa malati si assuma parte dell'importo fatturato della **XXX** per il suo soggiorno stazionario, ma soltanto nella misura che essa si sarebbe dovuta ugualmente accollare se la cura medica fosse avvenuta in un ospedale situato nel Cantone di domicilio

dell'assicurato, quindi in applicazione delle tariffe vigenti in Ticino.

Di conseguenza, per quanto concerne l'assicurazione complementare, considerato, come visto, che la copertura Hospital Standard Liberty interviene soltanto *successivamente* all'erogazione di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria, questa copertura complementare può (e deve) dunque coprire i costi che la LAMal non si assume.

Richiamata perciò la variante stipulata dall'attore, l'assicuratore si accollerà il 75% dei costi d'ospedalizzazione non coperti dall'assicurazione obbligatoria in virtù di quanto deciso nella sentenza parallela (art. 2 cpv. 2 CC) e ciò limitatamente al periodo sino al 14 ottobre 2006.

La petizione va pertanto parzialmente accolta, con conseguente attribuzione di ripetibili parziali all'attore, patrocinato.

- 2.4. 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 che l'assicuratore prenda a suo carico l'intero costo (Fr. 11'592.-) derivante dal ricovero dell'attore presso la **XXX** di **XXX** dall'11 al 18 ottobre 2006.

Questo importo non raggiunge la soglia minima di Fr. 30'000.-, perciò, trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono 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).

In queste circostanze, 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.

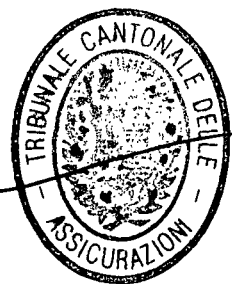
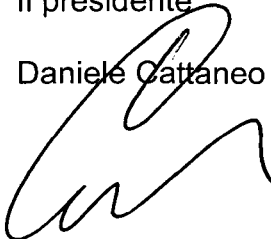
Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **parzialmente accolta** nel senso delle considerazioni esposte.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La Cassa malati A verserà all'attore delle ripetibili ridotte ammontanti a Fr. 600.- (IVA inclusa).
3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
Contro il presente giudizio (come dettagliatamente indicato nelle considerazioni del giudizio) è dato ricorso al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione, come specificato nelle motivazioni.
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.

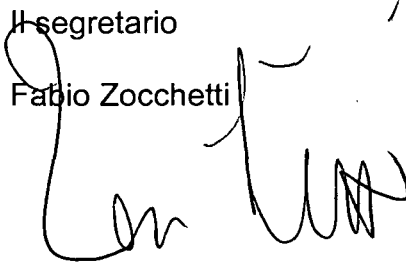
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

17 GIU. 2008

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI