

Raccomandata



Incarto n.
36.2010.104
36.2011.12

Lugano
24 febbraio 2011

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/ricorso del 16 settembre 2010 di

AT 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

A. AT 1, nato nel 1982, dal 2003 è affiliato a CV 1 con tre coperture complementari secondo la LCA: l'assicurazione delle cure plus, l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione e l'assicurazione delle cure dentarie (doc. 1A).

B. Tra il 31 luglio ed il 1° agosto 2006, alle 3 di mattina, l'assicurato è stato colpito al volto con dei pugni da un suo conoscente, ciò che gli ha causato la frattura mandibolare a sinistra, la rottura del dente 26 e la scheggiatura del dente 13 (docc. A10 e A11).

L'assicurato è stato visitato d'urgenza quella stessa notte dal Servizio medico dentario della _____ di _____ (doc.

A12), dal sostituto del suo medico curante il 4 agosto 2006 (doc. A13) e dal suo dentista curante l'8 agosto 2006 (doc. A14), il quale ha scoperto la frattura mandibolare e l'ha immediatamente ricoverato all'_____ di _____, dove è stato degente dal 9 al 14 agosto 2006 (doc. A15) ed è stato operato dal dr. med. _____, chirurgo maxillo-facciale (doc. A15).

A causa di una forte reazione allergica "che gli ha causato fiacche e afte dolorosissime sul palato", l'interessato è stato ricoverato presso l'Ospedale _____ di _____ dal 16 al 23 agosto 2006.

In seguito, durante un controllo, il chirurgo ha riscontrato un'infezione tra la mandibola e la placca metallica, ciò che ha comportato un ricovero dal 26 al 28 ottobre 2006 all'Ospedale _____ di _____ per un intervento di rimozione della placca (doc. A16).

C. Nell'ambito della copertura obbligatoria delle cure (LAMal), l'assicuratore convenuto si è assunto i costi (Fr. 9'470,35) per i trattamenti che si sono resi necessari a seguito dal citato infortunio, mentre non si è fatto carico delle spese derivanti dalla differenza di classe in camera semiprivata. Al riguardo, il 27 marzo 2007 (doc. A2) CV 1 ha motivato all'interessato l'esclusione di ogni sua partecipazione a questi costi nel caso di un coinvolgimento attivo in una rissa o baruffa (art. 4 cpv. 1 CGA).

Uno scambio di corrispondenza durante il 2007 tra l'interessato ed il suo assicuratore non ha portato quest'ultimo ad assumersi le spese del reparto semiprivato (docc. A5-A8).

D. Con petizione del 16 settembre 2010 (doc. I) AT 1 ha chiesto che il suo assicuratore malattia sia condannato al risarcimento di tutti i danni subiti in relazione all'evento del 1° agosto 2006, quantificandoli in Fr. 13'520,35, con l'eventuale aggiunta del rimborso dell'ultima fattura del 2009 del dr. med. _____ di Fr. 1'419,60, di cui l'assicuratore ha già riconosciuto Fr. 300.-.

L'attore ha esposto nel dettaglio i fatti all'origine dell'infortunio che ha subito nell'estate 2006, osservando che i pugni che ha ricevuto in volto gli hanno causato la frattura della mandibola e di un dente, a cui sono seguite delle operazioni chirurgiche. Dal profilo assicurativo, però, CV 1 non si è assunto tutti i costi derivanti dall'infortunio del 1° agosto 2006 quantificati in Fr. 13'520,35, poiché, a suo dire, egli avrebbe partecipato ad una rissa o baruffa e quindi il rimborso delle prestazioni sarebbe escluso in virtù dell'art. 4 cpv. 1 CGA. Al riguardo, l'attore ha invece precisato di non avere in alcun modo provocato l'altra persona - nei confronti della quale è stato emesso un decreto d'accusa per lesioni semplici, cresciuto in giudicato (doc. A9) -, quindi ciò che gli è occorso va definito come un'aggressione nei suoi confronti e non una sua partecipazione ad una rissa o baruffa.

E. Il 27 settembre 2010 (doc. III) l'assicuratore malattia ha proposto di respingere la petizione dell'attore sia perché non ha mai concesso la necessaria garanzia per effettuare le ospedalizzazioni in camera semiprivata, sia perché anche qualora il credito rivendicato dall'interessato dovesse rivelarsi fondato, tuttavia esso sarebbe prescritto ex art. 46 LCA. Quanto alla nota d'onorario del dr. med. _____ per prestazioni dentarie effettuate nel gennaio e nel febbraio 2009, nella sua risposta l'assicuratore ha osservato di avere

già versato l'importo massimo previsto dalla copertura complementare (Fr. 300. - annui). Pertanto, altre pretese nei confronti della Cassa malati devono, semmai, essere fatte valere in ambito LAMal e quindi seguire l'iter previsto dalla LPGA.

L'attore non ha prodotto ulteriori 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). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STF H 180/06 del 21 dicembre 2007, STFA I 707/00 del 21 luglio 2003).

2. 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. 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. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2010 applicabile alla fattispecie siccome trattasi di una causa introdotta prima della modifica, il 1° gennaio 2011, di questa norma, per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale, la LCAMal all'art. 75 cpv. 1 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 (art. 75 cpv. 2 LCAMal anch'esso in essere solo fino al 31 dicembre 2010).

In concreto, la causa concerne una vertenza relativa al rimborso dei costi delle degenze dell'attore in reparto semiprivato e quindi derivanti da un contratto d'assicurazione complementare retto dalla LCA e praticato da un assicuratore sociale autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Il 1° gennaio 2011 è entrato in vigore l'art. 7 CPC (Codice di procedura civile), secondo cui i Cantoni possono designare un tribunale competente a decidere, in istanza cantonale unica, le controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie secondo la LAMal.

Giusta l'art. 1 cpv. 2 LPTCA, il TCA giudica le altre contestazioni fondate sul diritto federale e sul diritto cantonale che gli sono attribuite dalle singole leggi, quindi anche le contestazioni in ambito d'assicurazione complementare all'assicurazione sociale.

Questo Tribunale è pertanto competente a decidere nel merito della petizione.

nel merito

3. L'attore pretende che l'assicuratore malattia gli versi l'importo di Fr. 13'520,35 che egli ha dovuto assumersi a seguito dell'infortunio del 1° agosto 2006. Malgrado l'assicurato disponga di tre coperture complementari, il suo assicuratore malattia non gli ha riconosciuto alcunché a dipendenza delle degenze ospedaliere in reparto semiprivato, dato che ha applicato l'esclusione delle prestazioni in caso di rissa o baruffa di cui all'art. 4 cpv. 1 CGA.
4. Al riguardo, va innanzitutto evidenziato che l'assicuratore convenuto ha sollevato l'eccezione di prescrizione della pretesa dell'attore, visto che sarebbero passati più dei due anni previsti dall'art. 46 LCA tra le degenze ospedaliere del 2006 rispettivamente anche dalle fatturazioni del 2007 emesse dagli istituti interessati e l'attuale rivendicazione del rimborso dei relativi costi in reparto semiprivato assunti, ad oggi, dall'assicurato.
Poiché né le Condizioni Generali d'Assicurazione per le assicurazioni complementari secondo la LCA applicabili in specie, stato 2004 (doc. 1B), né le Condizioni _____ delle CGA per l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione, stato 2004 (doc. 1C) e neppure le Condizioni _____ alle CGA per l'assicurazione per le cure dentarie (doc. 1D), applicabili alla fattispecie, prevedono norme particolari circa la prescrizione, in concreto trova applicazione la LCA, come d'altronde implicitamente previsto dall'art. 1 CGA (doc. 1B).

A questo proposito, l'art. 46 LCA stabilisce che:

" 1 I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione. L'articolo 41 della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è riservato.

2 Sono nulli i patti che assoggettano il credito verso l'assicuratore ad una prescrizione o ad un termine più breve. Rimane ferma la disposizione dell'articolo 39 capoverso 2 numero 2 della presente legge."

Questa norma è semi-imperativa (art. 98 cpv. 1 LCA) siccome non derogabile a danno dello stipulante o dell'avente diritto. Carré, in: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319, ricorda in proposito:

" Force obligatoire

Les prescriptions de cet art. ne peuvent pas être modifiées conventionnellement au détriment du preneur ou de l'ayant droit, selon l'art. 98 LCA. Elle est

impérative pour toutes les branches d'assurances, sous réserve de celle de l'assurance-transport: cf. plus bas (Tciv. BS RBA V n° 209/219). Elle n'est cependant pas d'ordre public, ni d'ailleurs contraire aux moeurs, si le droit étranger, applicable au contrat, y déroge (CJ GE RBA X n° 50; Tciv. BS RBA V n° 209/219 all.).

Ainsi, les parties peuvent valablement convenir d'un délai de prescription, ou de déchéance, plus long que le délai légal (ATF 74 II 97 all., JdT 1948 I 592, RBA X n° 49; ATF 60 II 445 all., JdT 1935 I 208, rés. SJ 1935 p. 349, RBA VII n° 182).

La jurisprudence a écarté la théorie selon laquelle l'art. 46 LCA aurait été rangé par inadvertance dans les dispositions relativement impératives de la loi, et non dans celles, qui sont absolument impératives au sens de l'art. 97 LCA (ATF 48 II 284, JdT 1923 I 162, RBA V n° 213; CCC FR RBA XIII n° 56).

Un autre délai, plus court, de prescription, ou de péremption (cf. ci-après), peut en effet être stipulé en matière d'assurance-transport (...)."

Nello stesso senso V. Brulhart in Droit des assurances privées, Stämpfli 2008, n° 870 pag. 387.

5. In concreto, l'attore è stato degente presso l'_____ di _____ dal 9 al 14 agosto 2006, presso l'Ospedale _____ di _____ dal 16 al 23 agosto 2006 ed all'Ospedale _____ di _____ dal 26 al 28 settembre 2006.

La petizione al TCA per ottenere il rimborso dei costi sorti anche con i ricoveri in reparto semiprivato è del 16 settembre 2010.

Per domandare al convenuto il rimborso della differenza di classe assunta personalmente, l'attore avrebbe invece dovuto inoltrare la petizione entro due anni a decorrere dal "*dies a quo*" ossia dal fatto dal quale nasce l'obbligazione. Secondo la dottrina il "*dies a quo*" non coincide sempre e comunque con la sopravvenienza del rischio ma deve essere esaminato in relazione al tipo di copertura assicurativa. Per ogni tipo di copertura vanno quindi analizzati i criteri fondanti il diritto dell'avente diritto o del prenditore a far valere le sue pretese nei confronti dell'assicurazione.

Su questi aspetti V. Brulhart, op.cit., n° 871-874, pag. 388 a 400 e Jean-Benoît Meuwli, La durée de la couverture d'assurance privée, tesi Friburgo 1994.

In casu sia che il "*dies a quo*" sia costituito dalle degenze ospedaliere sia dalla fatturazione nulla cambia. Pertanto, la sua richiesta è prescritta in virtù del citato art. 46 LCA.

Tuttavia, la prescrizione può essere interrotta mediante degli atti interruttivi, quali quelli esaustivamente previsti dall'art. 135 CO:

" La prescrizione è interrotta:

1. mediante riconoscimento del debito per parte del debitore, in ispecie mediante il pagamento di interessi o di acconti e la dazione di pegni o fideiussioni;
2. mediante atti di esecuzione, azione od eccezione avanti un giudice od un arbitro, e così pure mediante insinuazione nel fallimento o citazione avanti l'ufficio di conciliazione."

Con l'interruzione incomincia a decorrere una nuova prescrizione (art. 137 cpv. 1 CO).

Quando la prescrizione sia interrotta mediante azione o eccezione, comincia a decorrere nel corso della procedura una nuova

prescrizione ad ogni atto giudiziale delle parti e ad ogni provvedimento o decisione del giudice (art. 138 cpv. 1 CO).

Quando l'interruzione avviene mediante esecuzione per debiti, la prescrizione ricomincia ad ogni singolo atto esecutivo (art. 138 cpv. 2 CO).

Quando l'interruzione ha luogo mediante insinuazione nel fallimento, la nuova prescrizione comincia dal momento nel quale, a norma della procedura sul fallimento, si può nuovamente far valere il credito (art. 138 cpv. 3 CO).

In specie, a seguito delle degenze in questione e dello scritto del 27 marzo 2007 (doc. A2) dell'assicuratore che informava l'interessato che non gli avrebbe accordato alcuna prestazione dalle assicurazioni complementari riferendosi quindi al rimborso dei costi di ricovero in reparto semiprivato, AT 1 ha reagito il 16 ottobre 2007 (doc. A5) tramite il suo legale il quale, però, si è limitato a contestare *"l'intenzione di non accordare nessun tipo di prestazione per le conseguenze da lui subite in occasione di una aggressione perpetrata in data 01 agosto 2006"* e dunque a chiedere di assicurargli la copertura dell'infortunio.

Anche il 7 novembre 2007 (doc. A7) il legale dell'assicurato ha chiesto al suo assicuratore il rimborso di tutti i danni subiti dall'aggressione, ritenendo non trattarsi della partecipazione ad una rissa o baruffa nel senso inteso dall'art. 4 cpv. 1 CGA.

Questi semplici scritti dell'attore non sono certo sufficienti per essere considerati giuridicamente degli atti interruttivi della prescrizione prevista dall'art. 46 LCA.

Infatti, essi non adempiono manifestamente i criteri previsti dall'art. 135 CO, secondo cui l'assicurato avrebbe dovuto formulare una domanda di esecuzione nei confronti di CV 1 che sfociasse in un precetto esecutivo oppure un'azione civile (petizione) per rivendicare il rimborso del suo (presunto) credito di Fr. 13'520,35 o, eventualmente, ottenere un riconoscimento del debito da parte dell'assicuratore malattia.

Gli atti non contemplano neppure una rinuncia a sollevare l'eccezione di prescrizione da parte del debitore.

In conclusione, l'unica azione intentata dal creditore e diretta contro il debitore (PICHONNAZ, in: Commentaire Romand, Code des Obligations I, Basilea 2003, pag. 777, n. 15 ad art. 135) per recuperare dall'assicuratore gli importi che l'attore ha già versato ai summenzionati nosocomi per la differenza di classe in reparto semiprivato è costituita dalla presente petizione del 16 settembre 2010 che, tuttavia, risulta manifestamente promossa oltre i due anni di tempo previsti dall'art. 46 LCA.

Ne discende che il diritto è prescritto e la petizione deve quindi essere respinta.

In queste circostanze, per le cure ricevute ex LCA, l'attore non ha validamente interrotto il termine di prescrizione di 2 anni dell'art. 46

LCA, ciò anche se si volesse considerare il termine di prescrizione della pretesa dell'assicurato di rimborso delle spese di degenza in reparto semiprivato non assunte dal convenuto decorrere da quando egli ha effettivamente saldato personalmente le relative fatture emesse dai nosocomi in questione.

Infatti, la fattura di Fr. 1'298.- per le prestazioni del dottor _____ del 10 agosto 2006 è stata pagata il 5 gennaio 2007 (doc. A15), la fattura di Fr. 5'059,85 dell'_____ è stata saldata dall'attore il 9 febbraio 2008 (doc. A15), mentre la fattura del 22 giugno 2007 di Fr. 333,60 per gli onorari del 17 agosto 2006 dei dottori _____ e _____ (doc. A16) e le fatture del 2 luglio 2007 (doc. A16) di Fr. 1'312. - dell'Ospedale _____ per il supplemento per 8 giorni di degenza in classe semiprivata nell'agosto 2006, di Fr. 3'676,80 per le prestazioni fornite il 27 settembre 2006 dal dottor _____ ed il 28 settembre 2006 dal dottor _____ sempre in quell'ospedale e di Fr. 492. - per il supplemento di tre giorni di ricovero nel settembre 2006 (doc. A16) all'Ospedale _____, sono tutte state saldate l'8 febbraio 2008 dopo sollecito del nosocomio del 3 gennaio 2008 (doc. A16).

Anche in tale evenienza, una pretesa di risarcimento delle spese assunte dall'attore nel 2007 e nel 2008 e con attinenza alle sue assicurazioni complementari è dunque prescritta.

6. In queste circostanze, la petizione del 16 settembre 2010 riguardante la richiesta di condanna dell'assicuratore convenuto al pagamento dell'importo di Fr. 13'520,35 non può essere accolta, nella misura in cui si riferisce a pretese prescritte in virtù dell'art. 46 LCA.

7. La petizione formulata dall'assicurato deve essere comunque esaminata anche nell'ottica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (per tale motivo questo Tribunale cantonale delle assicurazioni ha proceduto alla registrazione di ulteriore numero d'incarto qui evaso con il medesimo giudizio riferito alla petizione relativa alle prestazioni complementari).

In effetti l'assicurato indica, nel suo atto 16 settembre 2010, di avere dovuto *"rimuovere altri due denti del giudizio di destra"* per *"riequilibrare la dentatura"* con rimborso intervenuto solo sulla base di complementari e non sull'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie.

Egli sembra ricondurre questo intervento all'evento poi oggetto di punizione da parte della PP avv. _____.

Resta quindi da esaminare la richiesta dell'attore di assunzione, da parte dell'assicuratore malattia, della fattura di Fr. 1'419,60 del 18 marzo 2009 (doc. A18) emessa dal dr. med. _____.

Le prestazioni del 27 gennaio, del 3 e del 12 febbraio 2009 fornite dal chirurgo maxillo-facciale concernono l'estrazione dei due denti del giudizio della parte destra. Come indicato, questo ulteriore intervento si è reso necessario per riequilibrare la dentatura

dell'assicurato a seguito della frattura della mandibola sinistra che aveva già comportato, quale immediata misura terapeutica, la fissazione intermassellare rigida, l'osteosintesi e l'asportazione dei denti del giudizio di sinistra 28 e 38 (doc. 9).

L'assicuratore deve verificare se queste nuove estrazioni, seppure siano avvenute ad oltre due anni di distanza dall'evento del 1° agosto 2006, siano la conseguenza dell'infortunio. In caso affermativo le prestazioni fornite dal dottor _____ dovranno essere assunte dalla Cassa malati dell'assicurato alla stessa stregua di tutte le altre fatture ospedaliere e note di onorario già riconosciute da _____ (Fr. 9'470,35) nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria (artt. 25 e 28 LAMal).

In tale evenienza, quindi, la Cassa malati dell'assicurato (e non l'assicuratore complementare qui convenuto) si dovrà pronunciare mediante l'emanazione di una decisione formale sulla presa a carico della fattura di Fr. 1'419,60 secondo la LAMal e ciò nei tempi più brevi.

8. Stante quanto precede, la petizione deve essere respinta mentre, per quanto riguarda la copertura obbligatoria gli atti vanno trasmessi alla Cassa malati dell'assicurato per i suoi incombenti precedentemente illustrati.

9. Il valore di causa è rappresentato dalla pretesa attorea di riconoscergli la somma di Fr. 13'520,35 per tutti i danni subiti dall'infortunio del 1° agosto 2006, oltre al rimborso di Fr. 1'119,60 per la fattura del 18 marzo 2009 del dottor _____.

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione tendente ad ottenere la condanna di CV 1 al pagamento di fr. 13'520.35, è **respinta**.

2. Nella misura in cui lo scritto 16 settembre 2010 costituisce ricorso per denegata giustizia nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie la procedura è evasa nel senso delle considerazioni esposte e gli atti vanno trasmessi a _____ affinché si pronunci, dal profilo dell'assicurazione malattia obbligatoria (LAMal), sul diritto dell'assicurato al rimborso della fattura di Fr. 1'419,60 del 2009 del dr. med. _____, essendo in stretta correlazione con l'infortunio del 1° agosto 2006 occorso all'assicurato e già assunto dalla sua Cassa malati per quanto di sua

competenza.

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

4. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.

Contro la presente sentenza (punto 1 che precede) è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF).

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.

Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi.

Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF).

Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso subsidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

5. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare (punto 2 che precede) il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione.

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 giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario

Fabio Zocchetti