

Raccomandata



Incarto n.  
36.2011.90

Lugano  
12 dicembre 2011

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 15 maggio 2011 di

**AT 1**

rappr. da: RA 1

contro

**CV 1 a**

rappr. da: RA 2 a

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto **in fatto**

- 1.1. RI 1, nato nel 1921, nell'anno 2009 era affiliato a CV 1 per alcune assicurazioni complementari secondo LCA, quali i trattamenti ospedalieri in ospedali convenzionati nella Svizzera, reparto comune secondo la tariffa riconosciuta da CV 1 (\_\_\_\_\_), i trattamenti ospedalieri in ospedali convenzionati nella Svizzera, reparto semiprivato secondo la tariffa riconosciuta da CV 1 (\_\_\_\_\_)

le prestazioni per trattamenti dentari (\_\_\_\_\_) (doc. 25 dell'inc. 36.2011.29; tutti i documenti qui citati appartengono a questo incarto parallelo concernente la LAMal).

- 1.2. A seguito di un intervento di nefrectomia eseguito il 9 novembre 2009 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, l'assicurato è stato ricoverato all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 25 novembre al 14 dicembre 2009 per la continuazione delle cure. Inizialmente la sua Cassa malati ha ammesso il pagamento della seconda degenza limitatamente a Fr. 82,50 al giorno (doc. 15), non essendo soddisfatte le condizioni mediche per una degenza ospedaliera (doc. 14). In seguito, il 26 gennaio 2010 (doc. 13) l'assicuratore ha riconosciuto l'assunzione dei costi per un trattamento stazionario, quale caso acuto, per 10 giorni dalla data del ricovero, mentre dal 5 al 14 dicembre 2009 si è nuovamente assunto i costi in analogia al trattamento in casa anziani, secondo la tariffa convenzionata, livello 4, ossia Fr. 82,50 a giorno.
- 1.3. Malgrado l'intervento del primario dell'Ospedale \_\_\_\_\_ presso la Cassa malati dell'assicurato (doc. 17), nel giugno (docc. 10-12) e nell'agosto 2010 (doc. 9) quest'ultima ha più volte ribadito il rifiuto di assumersi i costi per un trattamento stazionario oltre il 4 dicembre 2009. Di conseguenza, il 7 luglio 2010 (doc. 22) l'istituto \_\_\_\_\_ ha fatturato all'assicurato Fr. 492,50 di diaria per il reparto semiprivato di medicina dal 5 al 14 dicembre 2009, per una somma complessiva a suo carico di Fr. 4'925.-.
- 1.4. Il 28 aprile 2011 (doc. A) l'assicuratore malattia ha confermato il rifiuto dell'assunzione dei costi per la degenza presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ dal 5 al 14 dicembre 2009 per assenza di necessità di ospedalizzazione. Secondo l'assicuratore, che si è basato sul parere di un medico appositamente interpellato sulla questione, non ci sono state prestazioni mediche, ma unicamente infermieristiche in seguito alla nefrectomia. Pertanto, la necessità di ospedalizzazione non è stata provata, dato che i motivi del prolungamento del ricovero non sono stati confermati dal profilo medico, visto che dopo il 5 dicembre 2009 non sono stati eseguiti nuovi esami per il cuore, il rene, il diabete, mentre la fisioterapia poteva essere eseguita anche in ambulatorio o a casa del paziente. Ne discende che non v'era più la necessità di ospedalizzazione, ma solo bisogno di cure mediche, che potevano essere eseguite in una casa di cura a Fr. 82,50 al giorno. Implicitamente, quindi, nemmeno erano dati i presupposti per assumersi i costi della degenza in reparto semiprivato.
- 1.5. Con la petizione del 15 maggio 2011 (doc. I) e con le osservazioni del 25 ottobre 2011 (doc. XIII risposta n. 4) l'assicurato, patrocinato dall'avv. RA 1, ha chiesto il riconoscimento del rimborso dell'intera somma di Fr. 4'925.- fatturatagli dall'Ospedale \_\_\_\_\_. Tale importo comprende sia il costo della degenza in reparto comune a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria (il rifiuto del rimborso di questi costi in ambito LAMal è stato oggetto di una sentenza

parallela emanata in data odierna quale incarto n. 36.2011.29), sia la parte dei costi fatturati per il reparto semiprivato (oggetto del presente contendere).

A dire dell'attore, il suo stato di salute era tale, dopo l'asportazione del rene, da esigere la continuazione della cura in ospedale, così come confermato dai medici del nosocomio in cui è stato ricoverato. Infatti, la lista delle affezioni di cui soffriva comportava una condizione sanitaria tale da richiedere un costante trattamento medico in ospedale e non unicamente delle cure infermieristiche praticabili anche in una casa di cura. V'erano quindi tutti i motivi per riconoscere anche la seconda parte della degenza come acuta. Infine, l'attore ha contestato il parere espresso dal medico interpellato dal suo assicuratore, giacché egli non l'ha visitato personalmente, non ha rilasciato un certificato medico, non ha posto una diagnosi, non ha valutato il suo stato di salute e neppure ha motivato le proprie conclusioni. Non si può quindi definire il suo referto come una perizia indipendente, perciò vanno piuttosto considerate le conclusioni a cui sono giunti i suoi medici curanti "*con ben altre ragioni e giustificazioni (...) In perfetta conoscenza di causa, peraltro.*".

- 1.6. Nella risposta di causa del 23 giugno 2011 (doc. V) l'assicuratore malattia CV 1, rappresentato dall'avv. RA 2, ha chiesto di respingere la petizione. Riproponendo in parte le allegazioni esposte in precedenza, la convenuta ha ribadito le osservazioni del medico a cui ha sottoposto il caso dell'assicurato, concludendo che poiché quest'ultimo non ha addotto validi argomenti e nuove prove, si giustifica di confermare la propria presa di posizione del 28 aprile 2011, secondo cui dopo il 4 dicembre 2009 non v'era una necessità di ospedalizzazione e le cure avrebbero potuto essere eseguite in una casa di cura.
- 1.7. Parte attrice non ha prodotto ulteriori mezzi di prova, mentre il Tribunale ha interpellato sia l'Ospedale \_\_\_\_\_ riguardo alla fattura del 7 luglio 2010 inviata all'assicurato (doc. VII), sia quest'ultimo in merito al periodo pre/post detta degenza ospedaliera (doc. IX).  
Le risposte dell'Ospedale (doc. XII) e del patrocinatore dell'attore (doc. XIII), unitamente all'esito (doc. XVI) dell'accertamento del TCA esperito presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ (doc. XV), sono stati trasmessi alle parti (docc. XVII e XVIII) per un presa di posizione, le quali non si sono però ulteriormente espresse (docc. XIX e XX).

considerato

### **in diritto**

- 2.1. Nel 2009 l'attore beneficiava in particolare, per ciò che è qui di rilievo, dell'assicurazione complementare per i trattamenti ospedalieri in ospedali convenzionati nella Svizzera, reparto semiprivato secondo la tariffa riconosciuta da CV 1 (\_\_\_\_\_).

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni \_\_\_\_\_ secondo la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), edizione 1.1.2007 (doc. 26), trattano all'art. 35 della

corresponsione delle prestazioni.

L'art. 35.1 CGA prevede che le prestazioni di CV 1 vengono corrisposte a complemento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie obbligatorie, dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, dell'assicurazione militare federale, dell'assicurazione federale contro l'invalidità, dell'assicurazione federale per la vecchiaia ed i superstiti e di corrispondenti enti assicurativi esteri. Per l'art. 35.2 CGA, se non esiste un'assicurazione delle cure medico-sanitarie obbligatorie presso CV 1, le prestazioni legali vengono dedotte.

In concreto, ritenuto che nell'incarto parallelo concernente l'assicurato (36.2011.29), il Tribunale ha stabilito che la Cassa malati CV 1 è tenuta ad assumersi, in virtù dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo LAMal, i costi derivanti dalla degenza dal 5 al 14 dicembre 2009 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, secondo l'art. 35.2 CGA l'assicuratore malattia convenuto è quindi legittimamente qui chiamato a corrispondere all'attore le prestazioni scaturenti dalla copertura assicurativa complementare stipulata per il reparto semiprivato (\_\_\_\_\_).

- 2.2. Le Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) per la copertura \_\_\_\_\_, nell'edizione 1° maggio 2007 (doc. 28) applicabile al caso di specie, specificano anch'esse chiaramente che tale assicurazione è considerata come assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nell'ambito delle CGA di CV 1 per le assicurazioni complementari secondo la LCA (art. 1 CCA).  
L'attore beneficia di un'assicurazione per il reparto semiprivato con l'inclusione del rischio infortunio (art. 2.2 ed art. 2.3 CCA).

Per l'assicurazione di base, l'attore ha stipulato l'assicurazione medico di famiglia (\_\_\_\_\_) e quindi le sue assicurazioni complementari sono considerate come forme particolari di assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. I diritti e gli obblighi di queste persone sono costrittivi anche per le assicurazioni complementari. Passando all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i particolari diritti degli assicurati \_\_\_\_\_ vengono a mancare (art. 5.2 CCA). Le disposizioni limitanti per la fruizione delle prestazioni dell'assicurazione medico di famiglia \_\_\_\_\_ vigono anche per la fruizione di prestazioni dell'assicurazione complementare \_\_\_\_\_ (art. 5.3 CCA).

Per l'art. 6.1 CCA, le prestazioni ospedaliere sono concesse, se tenendo conto della diagnosi e dell'insieme della cura sussiste una necessità di ricovero in un ospedale adibito alla cura ospedaliera di malattie acute e ciò per ogni ospedale adibito alla cura ospedaliera di malattie acute o quel reparto ospedaliero, nel quale la persona assicurata deve essere ricoverata per motivi di natura medica. Secondo l'art. 6.2 CCA, se è soddisfatto uno dei requisiti seguenti, le prestazioni sono erogate nel caso di degenza nel reparto semiprivato o privato di un ospedale:

- l'ospedale figura nell'elenco degli ospedali del cantone di sede in conformità dell'art. 39 LAMal (ospedale dell'elenco) o
- CV 1 ha stipulato con il relativo ospedale un contratto (ospedale convenzionato) e la tariffa applicata è riconosciuta dall'CV 1.

CV 1 ha una lista degli ospedali contrattuali. Questa lista è aggiornata in continuazione e può essere visionata presso CV 1 o richiesta per estratto (art. 6.3 CCA).

Se conformemente al capoverso 1 fino a 3 uno dei requisiti non è soddisfatto, non sussiste nessun diritto a prestazione. Sono fatte salve le disposizioni in conformità all'art. 9 rispettivamente l'art. 13 (art. 6.4 CCA).

L'art. 7 CCA regola l'entità delle prestazioni.

Per l'art. 7.1 CCA, se e fintanto che i requisiti per le prestazioni sono soddisfatti, le prestazioni comprendono tutte le spese di degenza e di cura nel reparto di un ospedale dell'elenco o convenzionato.

Giusta l'art. 7.2 CCA, nel caso di degenza nel reparto semiprivato o privato di un ospedale contrattuale, si assumono le spese non coperte dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie.

CV 1 eroga le proprie prestazioni secondo le tariffe concordate con lei o da lei riconosciute. Se con l'ospedale o con i medici non esiste nessun accordo contrattuale, le prestazioni mediche in ospedale sono erogate al massimo secondo la tariffa riconosciuta dall'CV 1.

CV 1 ha una lista delle tariffe riconosciute. Questa lista è aggiornata in continuazione e può essere visionata presso CV 1 o richiesta per estratto.

Se attraverso un intervento ambulatoriale più a buon mercato (cura semiospedaliera) è possibile evitare una degenza ospedaliera o in un ospedale adibito alla cura ospedaliera di malattie acute, CV 1 assume le spese nell'ambito degli accordi presi con il relativo ospedale o con lo stabilimento semiospedaliero (art. 7.3 CCA).

Per quanto concerne la durata delle prestazioni, l'art. 8.1 CCA stabilisce che in caso di cura ospedaliera in un ospedale adibito alla cura ospedaliera di malattie acute, le prestazioni assicurate sono erogate senza limite di tempo, fintanto che esiste la necessità della degenza in un ospedale adibito alla cura ospedaliera di malattie acute.

- 2.3. Applicando le suesposte norme al caso di specie, emerge che l'assicuratore convenuto si deve fare carico dei costi di degenza di AT 1 in reparto semiprivato dal 5 al 14 dicembre 2009 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

Infatti, come evidenziato nell'incarto n. 36.2011.29, il ricovero stazionario dell'attore in un ospedale acuto era assolutamente necessario per motivi medici - e sociali -, perciò le prestazioni ospedaliere devono essere concesse (art. 6.1 CCA).

Inoltre, l'ospedale in cui l'assicurato è stato ricoverato in reparto semiprivato figura nell'elenco degli ospedali del cantone di domicilio secondo l'art. 39 LAMal (art. 6.2 CCA; cfr. Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico

dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 29 novembre 2005, RL 6.4.6.1.2).

Oltretutto, CV 1 ha stipulato un contratto con questo ospedale (ospedale convenzionato) e la tariffa applicata è riconosciuta dall'assicuratore (art. 6.2 CCA).

L'assicuratore malattia deve quindi assumersi tutte le spese di degenza e di cura nel reparto semiprivato dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (art. 7.1 CCA) fino al 15 dicembre 2009, finché, cioè, il requisito della necessità medica di ricovero in una struttura adibita alla cura ospedaliera di malattie acute era data (art. 8.1 CCA).

Vista la degenza nel reparto semiprivato di un ospedale contrattuale, le spese non coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria vengono assunte dall'assicuratore malattia secondo le tariffe concordate (art. 7.2 CCA). In specie, il Tribunale ha accertato pendente causa (doc. VII) che la tariffa concordata con CV 1 per il reparto semiprivato di medicina consiste in un forfait giornaliero di Fr. 575.-, composto di Fr. 334.- per il reparto comune LAMal e di Fr. 241.- per la differenza per il reparto semiprivato LCA (doc. XII).

Stante quanto precede l'assicuratore malattia deve farsi carico del costo della degenza ospedaliera dal 5 al 14 dicembre 2009 per il reparto semiprivato nella misura di Fr. 2'410.- (Fr. 241.- x 10 giorni).

- 2.4. Di conseguenza, la petizione è accolta limitatamente al riconoscimento della somma di Fr. 2'410.-, che si riferisce alla parte dei costi che l'assicuratore malattia si deve assumere dal profilo delle coperture complementari LCA stipulate dall'attore. L'importo di Fr. 4'925.- preteso da quest'ultimo comprende infatti sia i costi derivanti dal soggiorno in reparto comune sia quelli, appunto, per la degenza in camera semiprivata.

Fondamentalmente vincente in causa per la parte dell'assicurazione complementare, all'attore vanno attribuite delle ripetibili.

- 2.5. Nella commisurazione del valore di causa, esso è rappresentato dalla pretesa di versamento della differenza fra l'importo totale di Fr. 4'925.- fatturato all'attore dal nosocomio di \_\_\_\_\_ e l'importo a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria, quindi della parte derivante dall'assicurazione complementare \_\_\_\_\_ (Fr. 2'410.-).

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 è **accolta ai sensi dei considerandi**.

§ CV 1 è condannata al riconoscimento dei costi derivanti dalla degenza dell'attore nel reparto semiprivato dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 5 al 14 dicembre 2009, ammontanti a Fr. 2'410.-.

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

L'assicuratore malattia verserà all'attore l'importo di Fr. 500.- a titolo di ripetibili (IVA inclusa).

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.

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 sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario

Daniele Cattaneo

Fabio Zocchetti