

Raccomandata



Incarto n.
36.2017.107

Lugano
5 aprile 2018

CS

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 5 dicembre 2017 di

AT 1
rappr. da: RA 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione contro le
malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. AT 1, nata nel 1939, è affiliata presso _____ per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. Essa dispone inoltre di alcune assicurazioni complementari presso CV 1, tra cui l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione in reparto semi-privato in Svizzera.
- 1.2. Dal 9 marzo 2017 al 12 aprile 2017 AT 1 è stata degente presso la Clinica _____ di _____. L'assicuratore sociale ha soluto tutte le prestazioni LAMal fatturate dal nosocomio. CV 1 ha invece fornito la garanzia di rimborso dei costi del reparto semi-privato fino al 26 marzo 2017, ritenendo che le condizioni di assicurazione prevedono la copertura illimitata dei costi per un massimo di 60 giorni sull'arco di 5 anni civili in caso di soggiorno per riabilitazione (doc. C).

- 1.3. Il 23 marzo 2017 AT 1 ha scritto a "CV 1" contestando l'applicazione dell'art. _____ delle Condizioni speciali delle assicurazioni complementari, sostenendo di dover beneficiare di una copertura illimitata essendo il suo un caso acuto e non di riabilitazione stazionaria (doc. G).
- 1.4. Il 29 marzo 2017 CV 1 ha risposto all'interessata ritenendo corretta l'applicazione dell'art. _____ delle condizioni speciali di assicurazione in complemento alle CGA relative all'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (doc. H).
- 1.5. Il 4 aprile 2017 AT 1 ha chiesto all'assicuratore l'emissione di una decisione formale nella quale siano indicati i motivi per i quali il soggiorno presso la Clinica _____ non è stato ritenuto alla stregua di un'ospedalizzazione ma è stato considerato quale soggiorno di riabilitazione (doc. M). Il 14 luglio 2017 l'interessata ha sollecitato l'emissione della chiesta decisione (doc. N).
- 1.6. Il 28 luglio 2017 l'assicuratore ha preso posizione, rilevando che tutte le prestazioni soggette alla LAMal sono state solute ed evidenziando di non poter emettere una decisione formale poiché la questione circa la qualifica della degenza concerne le assicurazioni complementari rette dal diritto privato (LCA). CV 1 ha evidenziato che in caso di disaccordo l'interessata deve rivolgersi direttamente al Tribunale cantonale delle assicurazioni competente per decidere nel merito delle vertenze soggette alla LCA (doc. O).
- 1.7. In data 5 dicembre 2017 AT 1 ha inoltrato una petizione al TCA, sottoscritta dal figlio, chiedendo che l'assicuratore sia condannato *"ad assumere i costi della degenza presso la Clinica _____ (dal 9 marzo al 12 aprile 2017) in funzione del tenore delle CS, assicurazione delle spese ospedalizzazione _____ (doc. L) e più precisamente dell'art. _____ che prevede come "se si tratta di caso "acuto" la copertura è illimitata in funzione della classe di prestazione assicurata"* (doc. I).
- 1.8. Con risposta dell'11 gennaio 2018 l'assicuratore ha proposto la reiezione della petizione, rilevando che la degenza è riabilitativa, che in ogni caso nessuna fattura è stata emessa dopo il 27 marzo 2017 poiché l'attrice non ha più soggiornato in camera semi-privata e che la petizione è stata firmata dal figlio, che non vi è alcuna procura agli atti e che il caso deve essere valutato sulla base dell'art. 68 CPC.
- 1.9. L'11 febbraio 2018 è stata prodotta una procura di AT 1 a favore di suo figlio RA 1 (doc. VIII).
- 1.10. Il 5 marzo 2018 CV 1 e RA 1 sono stati sentiti nel corso di un'udienza da cui è emerso:
- " (...)
- Il sig. RA 1 ribadisce in questa sede le ragioni che hanno condotto la mamma a inoltrare la petizione in oggetto, in particolare la natura della patologia che è ingravescente e comporta sempre più difficoltà d'ordine fisico, oggi la mamma ha anche problemi di natura respiratoria che cominciano ad affacciarsi, e ritiene pertanto che non si possa parlare propriamente di una riabilitazione ma più specificatamente, come ha fatto la sig.ra _____ nel doc. C ossia nella comunicazione CV 1/ _____ del 16.3.2017 di un ricovero di natura acuta.
- Il sig. RA 1 precisa che, vista l'imposizione impartita da CV 1 che dal 27.3.17 compreso non ha più riconosciuto l'assunzione dei costi in camera semi-privata, la sig.ra AT 1 è stata spostata nel reparto comune per non gravare la situazione economica dei genitori già aggravata da una difficoltà umana derivata da una malattia.
- Dal canto suo CV 1 ribadisce che l'istituto è riabilitativo, la sig.ra AT 1 non necessitava un ricovero acuto in senso classico e le terapie ricevute in seno all' _____ sono di natura riabilitativa in ambiente stazionario.

Le parti concordano che la data del 26.3.2017 è quella in cui è scaduto il termine di 60 giorni previsto dall'art. _____ CSA ossia il termine dei 60 giorni di copertura della semi-privata.

Il sig. RA 1 precisa che se vi fossero necessarie informazioni mediche ulteriori è possibile far capo al neurologo curante dott. _____ che ha diagnosticato la SLA alla mamma. Alla luce delle condizioni fisiche della sig.ra AT 1 il qui rappresentante sottoscrive a suo nome lo svincolo professionale del dott. _____ in modo che questi possa rispondere senza remore.

CV 1 produce le condizioni assicurative della _____ nelle tre lingue nazionali.

In conclusione parte attrice produce un testo intestato osservazioni che chiede sia integrato nel presente verbale. Copia è già consegnata all'assicuratore motivo per cui al documento viene conferito un numero di atto successivo al presente verbale." (doc. X)

1.11. Con scritto 7 marzo 2018 l'assicuratore ha preso posizione sulle osservazioni prodotte in sede di udienza, affermando che:

" (...)

Preso atto delle pertinenti osservazioni scritte prodotte dalla controparte durante l'udienza, così come del legittimo interrogativo che ci si è posti circa lo scopo perseguito dalla condizione assicurativa in esame e le condizioni alle quali essa soggiace, accogliamo favorevolmente l'invito propostoci per puntualizzare brevemente quanto segue.

Non corrisponde al vero quanto sostenuto dalla controparte, ossia che le condizioni assicurative applicabili alla fattispecie risultino inapplicabili nel Cantone Ticino. Infatti, anche il Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (6.4.6.1.2), del 15 dicembre 2015, pratica chiaramente una scissione tra istituti somatico-acuti e Istituti di riabilitazione, così come fatto parimenti da CV 1 con l'art. _____

delle CS dell'Assicurazione delle spese di ospedalizzazione _____.

Adirittura, come confermato in separata sede dal Servizio del medico fiduciario di CV 1, la limitazione a 60 giorni per la riabilitazione stazionaria, entro un arco di 5 anni civili, si applica ad esempio parimenti al Centro

_____ di _____, una referenza a livello nazionale che figura

tra gli istituti riconosciuti fuori cantone. Benché il _____ sia una clinica specialistica privata, riconosciuta a livello nazionale, per l'assistenza primaria, il trattamento in fase acuta e la riabilitazione globale di pazienti paraplegici (fonte: _____, anch'ella soggiace alla limitazione di cui sopra, per le prestazioni di riabilitazione stazionaria.

Complici le osservazioni di controparte, del 5 marzo 2018, il Servizio giuridico di CV 1 si è dunque nuovamente posto l'interrogativo, a sapere se limitarsi alla categoria di istituto ove è effettuata la prestazione, ossia all'ospedale per le cure acute, in contrapposizione alla clinica di riabilitazione, non sia forse riduttivo e tale da non rispecchiare l'iniziale scopo perseguito dalla litigiosa limitazione contenuta nelle CS.

A tal uopo, senza voler sembrare sibillino, già la semplice interpretazione letteraria dell'art. _____ permette di concludere che se le prestazioni al giorno in un ospedale per cure acute fruiscono di una copertura illimitata dei costi, come da reparto assicurato e in base alla classe di prestazioni, per la riabilitazione stazionaria la copertura è chiaramente limitata ad un massimo di 60 giorni entro l'arco di 5 anni civili.

L'interpretazione teleologica, che pone l'accento sugli obiettivi perseguiti dall'assicuratore con la stesura della norma in questione porta a concludere che anche in caso di degenza ospedaliera ai fini di riabilitazione, la CV 1 garantisce la copertura integrale dei costi nella divisione assicurata durante 60 giorni al massimo per un periodo di 5 anni civili.

Ecco dunque che la limitazione non viene più posta sulla struttura del fornitore di prestazione, ciò che creerebbe chiaramente confusione per l'assicurato, bensì sulla natura della prestazione, Spingendo il

ragionamento all'eccesso, se ne deduce addirittura che anche una riabilitazione stazionaria eseguita in un ospedale per le cure acute soggiace alla limitazione di 60 giorni entro un arco di cinque anni civili.

È dunque plausibile ritenere che dall'interpretazione del art. _____

risulti primordiale lo scopo perseguito con la degenza, limitando chiaramente la presa a carico della riabilitazione stazionaria. Ne deriva la copertura illimitata dei costi, conformemente al reparto assicurato, per degenze in ospedali per cure acute, mentre per la riabilitazione stazionaria la copertura è chiaramente limitata ad un massimo di 60 giorni entro l'arco di cinque anni civili, indipendentemente dalla categoria di istituto, nozione quest'ultima forse troppo tecnica che, come giustamente ricordato dalla controparte, rischierebbe di svantaggiare l'assicurato.

Si ricorda che all'origine della fattispecie litigiosa, il Dr. _____ sollecitava espressamente alla Clinica _____ "un periodo di cure riabilitative stazionarie" (documento B1, già prodotto da CV 1).

In conclusione, si concorda con la controparte circa la necessità dell'interpretazione della disposizione contrattuale da parte del Lodevole Tribunale delle assicurazioni." (doc. XIII)

1.12. Lo scritto è stato trasmesso all'attrice per conoscenza (doc. XIV).

in diritto

2.1. La petizione del 5 dicembre 2017 è stata inoltrata da AT 1, ma è stata firmata, per ordine dell'interessata, dal figlio (doc. I), che si è presentato all'udienza del 5 marzo 2018 quale rappresentante della madre che l'8 febbraio 2018 ha sottoscritto una procura in suo favore (doc. VIII).

L'art. 243 cpv. 2 lett. f CPC prevede che senza riguardo al valore litigioso, la procedura semplificata si applica nelle controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie secondo la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie.

Per l'art. 68 cpv. 1 CPC ogni parte con capacità processuale può farsi rappresentare nel processo.

Come rammenta la dottrina (cfr. Trezzini in: Commentario pratico del Codice di diritto processuale civile svizzero, IIa edizione, Vol. 1, n. 5 ad art. 68, pag. 311) quale rappresentante in giudizio può di principio fungere chiunque abbia la fiducia della parte e ciò in tutti i tipi di procedure a meno che svolga questa attività a titolo professionale, nel qual caso sottostà ai limiti del cpv. 2 (cfr. anche Sutter-Somm, Hasenböhler, Leuenberger in: Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3a edizione 2016, pag. 625, n. 3 ad art. 68: "[...] Bei diesem sog. gewillkürten Vertreter kann es sich grundsätzlich um jede beliebige Person des Vertrauens handeln, sofern diese nicht berufsmässig handelt. Handelt der Vertreter berufsmässig, so muss es sich um eine Person handeln, die die Voraussetzungen zur berufsmässigen Vertretung gemäss art. 68 Abs. 2 ZPO erfüllt"). A questo proposito in DTF 140 III 555 il TF ha stabilito che un rappresentante agisce professionalmente in giudizio già quando è disposto ad intervenire in un numero indeterminato di casi. Quel che conta non è che egli riceva un compenso o che eserciti la rappresentanza a scopo di lucro.

In concreto l'attrice è rappresentata dal proprio figlio che non risulta aver agito a titolo professionale. La rappresentanza va di conseguenza riconosciuta.

2.2. Con la petizione viene chiesto che l'assicuratore sia condannato "ad assumere i costi della degenza presso la Clinica _____ (dal 9 marzo al 12 aprile 2017) in funzione del tenore delle CS, assicurazione delle spese ospedalizzazione _____ (doc. L) e più precisamente dell'art. _____ che prevede come "se si tratta di caso "acuto" la copertura è illimitata in funzione della classe di prestazione assicurata" (doc. I).

Come accertato in corso di causa, la convenuta ha rimborsato tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal; cfr. anche sentenza 36.2017.106 dell'8 gennaio 2018) e tutti i costi della camera semi-privata fino al 26 marzo 2017 (cfr. doc. D, E, F, O).

Dal 27 marzo 2017 al 12 aprile 2017 l'attrice non ha più soggiornato in camera semi-privata, bensì in camera comune.

L'assicuratore non deve pertanto più rimborsare alcunché.

Dal tenore della petizione e dalle osservazioni del 5 marzo 2018 emerge che l'azione è intesa anche a far accertare che la degenza era di carattere acuto e non riabilitativo e che eventuali futuri ricoveri in camera semi-privata presso la Clinica _____, se qualificati di acuti, dovranno essere rimborsati dall'assicuratore convenuto.

Per l'art. 88 CPC con l'azione di accertamento l'attore chiede che sia accertata giudizialmente l'esistenza o l'inesistenza di un diritto o di un rapporto giuridico determinato.

Affinché l'azione di accertamento ai sensi dell'art. 88 CPC sia ricevibile, l'attore deve avere un interesse di fatto o di diritto degno di protezione alla constatazione immediata della situazione di diritto (cfr. art. 59 cpv. 2 lett. a CPC; cfr. sentenza 4A_679/2016 del 22 maggio 2017, consid. 2.1; sentenza 4A_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3; cfr. anche sentenza 4A_618/2017 dell'11 gennaio 2018, consid. 5.2).

Secondo la giurisprudenza (sentenza 4A_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3.1) occorre (1) che vi sia un'incertezza circa i diritti dell'attore (2) che la fine dell'incertezza sia giustificata nel senso che non si può esigere dall'attore che tolleri ancora a lungo la persistenza dell'incertezza perché è d'impedimento nella sua libertà di decisione (3) che l'incertezza possa essere tolta tramite l'accertamento giudiziario (4) che un'azione condannatoria (o esecutiva: "*Leistungsklage*") o formatrice (o in modificazione del diritto: "*Gestaltungsklage*") che gli permetterebbe d'ottenere direttamente il rispetto del suo diritto o l'esecuzione dell'obbligazione non sia possibile (cfr. DTF 135 III 375 consid. 2.2 con i rinvii).

In concreto la ricevibilità della richiesta di accertare che la degenza dal 27 marzo 2017 al 12 aprile 2017 e quelle future presso la Clinica _____ sono acute e non riabilitative appare dubbia.

Del resto ogni degenza va esaminata caso per caso sulla base di dati medici concreti ed oggettivi.

La questione della ricevibilità dell'azione di accertamento può qui rimanere aperta, poiché essa, per i motivi che seguono, nella misura in cui non è divenuta priva di oggetto per acquiescenza, va comunque respinta.

2.3. Nella presente fattispecie trovano applicazione le Condizioni generali d'assicurazione delle assicurazioni complementari secondo la LCA (_____; di seguito: CGA) e le condizioni speciali in complemento alle CGA dell'assicurazione delle spese di ospedalizzazione (_____; di seguito: CS).

Secondo l'art. _____ CS l'assicuratore si fa carico delle prestazioni indicate dall'art. _____, e in particolar modo dei costi di un trattamento stazionario in un ospedale per cure acute, in una clinica di riabilitazione oppure in una clinica psichiatrica, in aggiunta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dell'assicurazione malattia facoltativa di CV 1 con le seguenti classi di prestazione _____:

_____ : tutti gli ospedali per cure acute, cliniche di riabilitazione oppure cliniche psichiatriche in Svizzera

_____ : solo negli ospedali pubblici o sovvenzionati per cure acute cliniche di riabilitazione o cliniche psichiatriche in Svizzera (limitazione della scelta ospedaliera).

Condizioni:

- l'ospedale è riportato nell'elenco degli ospedali del cantone di domicilio e ha un mandato di prestazione per il mandato previsto;
- l'ospedale e il medico fatturano in base a una convenzione tariffaria riconosciuta da CV 1.

Se queste condizioni non sono adempiute, non c'è diritto alle prestazioni.

Secondo l'art. _____ in un ospedale per cure acute vi è una copertura illimitata dei costi nel reparto assicurato e in base alla classe di prestazioni assicurate. In caso di riabilitazione stazionaria vi è una copertura illimitata dei costi nel reparto assicurato per un massimo di 60 giorni entro l'arco di 5 anni civili.

- 2.4. 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 (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2; DTF 118 III 342 consid. 1a 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; sentenza 4A_152/2017 del 2 novembre 2017, consid. 4.1, sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constatata 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: sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 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. 1b; 125 III 305 consid. 2b). 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 (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). 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 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). 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; 118 II consid. 1a).

2.5. In concreto l'assicuratore sosteneva inizialmente la tesi secondo la quale ai sensi dell'art. _____ CS il suo obbligo prestativo illimitato per le spese stazionarie per cure acute era limitato alle degenze presso gli istituti figuranti quali "istituti somatico-acuti" nella lista del Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 15 dicembre 2015. Se la degenza, come in concreto, avveniva invece in un ospedale figurante nella lista degli istituti di riabilitazione la copertura illimitata era dovuta solo per 60 giorni nell'arco di 5 anni civili.

Lo stesso assicuratore, tuttavia, in seguito all'udienza tenutasi il 5 marzo 2018 innanzi al TCA, nello scritto del 7 marzo 2018 (cfr. consid. 1.11, doc. XIII), ha affermato che *"complici le osservazioni della controparte, del 5 marzo 2018, il Servizio giuridico di CV 1 si è dunque nuovamente posto l'interrogativo, a sapere se limitarsi alla categoria di istituto ove è effettuata la prestazione, ossia all'ospedale per le cure acute, in contrapposizione alla clinica di riabilitazione, non sia forse riduttivo e tale da non rispecchiare l'iniziale scopo perseguito dalla litigiosa limitazione contenuta nelle CS"*, che *"la limitazione non viene più posta sulla struttura del fornitore di prestazione, ciò che creerebbe chiaramente confusione per l'assicurato, bensì sulla natura della prestazione. Spingendo il ragionamento all'eccesso, se ne deduce addirittura che anche una riabilitazione stazionaria eseguita in un ospedale per le cure acute soggiace alla limitazione di 60 giorni entro un arco di cinque anni civili. È dunque plausibile ritenere che dall'interpretazione del art. _____ risulti primordiale lo scopo perseguito con la degenza, limitando chiaramente la presa a carico della riabilitazione stazionaria. Ne deriva la copertura illimitata dei costi, conformemente al reparto assicurato, per degenze in ospedali per cure acute, mentre per la riabilitazione stazionaria la copertura è chiaramente limitata ad un massimo di 60 giorni entro l'arco di cinque anni civili, indipendentemente dalla categoria di istituto, nozione quest'ultima forse troppo tecnica che, come giustamente ricordato dalla controparte, rischierebbe di svantaggiare l'assicurato"* e concludendo che *"si concorda con la controparte circa la necessità dell'interpretazione della disposizione contrattuale da parte"* del TCA (doc. XIII).

Lo stesso assicuratore, premesso che il nosocomio deve comunque far parte degli ospedali riconosciuti in Svizzera, rileva che determinante per stabilire se il rimborso della degenza in camera semi-privata va garantito illimitatamente o per un massimo di 60 giorni nell'arco di 5 anni è lo scopo del ricovero indipendentemente dalla categoria dell'istituto.

Se lo scopo è la riabilitazione stazionaria la copertura illimitata dei costi nel reparto assicurato va riconosciuta per un massimo di 60 giorni entro 5 anni civili (art. _____ CS). Se invece lo scopo è esclusivamente quello del ricovero acuto, la copertura dei costi è illimitata nel reparto assicurato e in base alla classe di prestazioni assicurate (art. _____ CS).

Ne segue che anche una degenza presso la Clinica _____ potrebbe essere classificata tra le cure acute, mentre una degenza in un istituto somatico-acuto se ha per scopo una riabilitazione stazionaria va classificato quale ricovero riabilitativo e rientra nel limite temporale previsto dall'art. _____ CS (doc. XIII e consid. 1.11).

Unica divergenza tra le parti rimane la questione sollevata dall'attrice secondo cui occorrerebbe ancora distinguere tra una riabilitazione "classica", ossia mirata e che si concretizza in seguito ad un intervento chirurgico (ad esempio in caso di protesi all'anca) ed una riabilitazione imposta da uno stato ingravescente di una malattia "acuta" e che in sostanza impone una riabilitazione più lunga (doc. XII).

Sennonché, su questo punto non vi possono essere dubbi.

In ambito LAMal l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007) nella DTF 126 V 323, citata anche dall'attrice (doc. I), ha già fornito una definizione di riabilitazione, affermando che quest'ultima ha per scopo di *ripristinare*, con l'ausilio di mezzi di ordine medico, funzioni perdute o di *migliorare* funzioni ridotte ("*...* Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens [...]"; cfr. anche la sentenza 9C_193/2007 dell'11 gennaio 2008 dove il TF al consid. 3 ha rilevato che "*...* Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letzteren Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist [...]"; cfr. anche la sentenza 9C_413/2012 del 14 febbraio 2013 al consid. 3.2." "*...* Ein Rehabilitationspotenzial setzt somit voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann bzw. bei progredienten Erkrankungen - wenigstens - mit einer Stabilisierung) [...]", sottolineatura del redattore).

Per cui la nozione di riabilitazione dipende dallo scopo della cura (*ripristinare*, con l'ausilio di mezzi di ordine medico, funzioni perdute o *migliorare* funzioni ridotte) e non dal lasso di tempo necessario per la guarigione della patologia.

La circostanza sollevata dall'attrice secondo cui la sua ospedalizzazione è necessaria ("*Spitalbedürftigkeit*") non significa ancora che l'assicuratore che opera in regime di assicurazione complementare alla LAMal debba rimborsare tutte le prestazioni richieste come in ambito LAMal.

Se è vero che l'assicuratore malattie delle cure medico-sanitarie (LAMal) ha soluto tutti gli importi fatturati per la totalità della degenza avvenuta presso _____ dal 9 marzo 2017 al 12 aprile 2017, d'altra parte ciò non impedisce all'assicuratore che agisce nell'ambito delle assicurazioni complementari di mettere dei limiti al suo obbligo prestativo prevedendoli esplicitamente nel contratto e nelle rispettive CGA o CS (cfr. anche l'art. 33 LCA per il quale salvo disposizione contraria della LCA l'assicuratore risponde di tutti gli avvenimenti che presentino i caratteri del rischio contro le conseguenze del quale l'assicurazione fu conchiusa, eccettoché il contratto non escluda dall'assicurazione singoli avvenimenti in modo preciso, non equivoco).

In concreto all'art. _____ CS figura che per le cure di *riabilitazione* stazionaria la copertura è limitata a 60 giorni nell'arco di 5 anni civili.

Per quanto concerne la degenza dal 9 marzo 2017 al 12 aprile 2017 presso la Clinica _____ non vi può essere alcun dubbio che sia stato un ricovero riabilitativo che rientra nel rimborso massimo di 60 giorni nell'arco di 5 anni conformemente all'art.

_____ CS. Lo stesso medico curante, dr. med. _____, FMH fisiatria specialista in reumatologia ha infatti chiesto alla Clinica _____ di prevedere un "*periodo di cure riabilitative stazionarie (camera semi-privata)*" poiché "*data l'insufficiente risposta sia alle cure medicamentose (...) che fisioterapiche ed ergoterapiche a domicilio ritengo indicata un'intensificazione delle cure fisioterapiche-riabilitative in ambiente stazionario con l'obiettivo sia della diminuzione della sintomatologia algica che di un recupero funzionale mirati al mantenimento dell'autosufficienza a domicilio*" (doc. III/1, sottolineature del redattore).

Ciò è confermato anche dal rapporto medico provvisorio della Clinica _____ del 12 aprile 2017 per il quale è stata eseguita una "*riabilitazione intensiva multidisciplinare in regime stazionario, finalizzato a ridurre la sintomatologia algica polidistrettuale in particolare il peggioramento della sindrome algica lombare e lombocurale all'anca sin e amiotrofia agli arti superiori maggiore a des., contrastare l'ipotrofismo muscolare e la conseguente astenia, con l'obiettivo di mantenere la capacità funzionale residua*" (doc. B, sottolineature del redattore).

Ritenuto che nel mese di marzo e aprile 2017 l'interessata ha beneficiato proprio di una riabilitazione stazionaria (cfr. B e III/1; DTF 126 V 323 e sentenza 9C_413/2012 del 14 febbraio 2013, consid. 3.2), a giusta ragione la convenuta l'ha qualificata come tale. In altre parole, la necessità di un ricovero stazionario a scopo riabilitativo causato da una malattia ingravescente non implica automaticamente, in ambito di diritto privato, per l'assicuratore, l'obbligo di rimborsare le prestazioni ospedaliere. Il suo obbligo prestativo dipende dalle pattuizioni tra le parti che in concreto prevedono, per la riabilitazione stazionaria, una limitazione temporale.

La circostanza che in uno scritto inviato alla Clinica _____ un funzionario dell'assicuratore ha affermato che "*il trattamento sarà considerato acuto fino al 12 aprile 2017*" non può essere di giovamento all'attrice poiché nel medesimo scritto è stato indicato che per il reparto semi-privato la copertura illimitata sarebbe stata riconosciuta fino al 26 marzo 2017 e che dal 27 marzo 2017 la differenza di classe sarebbe rimasta a carico dell'attrice (doc. C) e da quel giorno l'interessata è stata spostata nel reparto comune. Come spiegato dall'assicuratore, in tale scritto, il termine "*acuto*" è stato utilizzato in contrapposizione al termine "*ambulatoriale*" e serviva a confermare al nosocomio la necessità di un trattamento "*stazionario*".

Per quanto concerne le eventuali future degenze presso la Clinica _____ occorrerà esaminare, sulla base delle valutazioni mediche, lo scopo del ricovero.

Se lo scopo è una riabilitazione stazionaria, come lo è stata la degenza dal 9 marzo 2017 al 12 aprile 2017 (cfr. scritto del 7 febbraio 2017 del dr. med. _____ [doc. 1] e rapporto medico provvisorio della Clinica _____ del 12 aprile 2017 [doc. B]), la copertura illimitata dei costi nel reparto assicurato va riconosciuta per un massimo di 60 giorni entro 5 anni civili (art. _____ CS). Se invece lo scopo è *esclusivamente* quello del ricovero acuto, la copertura dei costi è illimitata nel reparto assicurato e in base alla classe di prestazioni assicurate (art. _____ CS; cfr. doc. XIII).

Alla luce di tutto quanto sopra esposto la petizione, nella misura in cui è ricevibile e non è divenuta priva di oggetto per acquiescenza, va respinta.

2.6. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013 l'Alta Corte ha affermato che:

" (...) Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)."

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'attrice.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione, nella misura in cui è ricevibile e non è divenuta priva di oggetto per acquiescenza, è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, 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 Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario

Gianluca Menghetti