

## **TI\_GERICHTE 36.2001.24 vom 5. September 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-09-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2001.24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.24)

FR: TI\_GERICHTE 36.2001.24 du 5 septembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 36.2001.24 del 5 settembre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

agosto 1999 in ambito di assicurazione malattia mentre esclusa nell'ambito di un'azione promossa dalla Cassa di compensazione ex art. 52 LAVS siccome il diritto federale esclude la possibilità del datore di lavoro di far valere una pretesa di regresso nei confronti di un terzo per mezzo appunto di una denuncia in lite (DTF 112 V 261). Nell'evenienza specifica la patrocinatrice giurista della signora \_\_\_\_\_ non ha chiesto che fosse denunciata la lite al nosocomio che ha curato il signor \_\_\_\_\_, anche alla luce della limitata possibilità di opporre al denunciato in lite l'esito della vertenza. In effetti, come rammentano Bruno Cocchi e Francesco Trezzini (Commentario del Codice di Procedura Civile ticinese massimato e commentato, Ed. ADV, 2000, pag. 178 nota 5 ad art. 60) "l'istituto della denuncia di lite (analogamente a quello dell'intervento accessorio) non conferisce all'interveniente la qualità di parte vera e propria tanto che egli non può essere oggetto del giudizio che non cresce in giudicato nei suoi confronti. Anzi il suo ruolo non è neppure quello di difendere o di promuovere se stesso e cioè le sue proprie rivendicazioni in fatto e in diritto, quanto piuttosto di aiutare la parte che l'ha chiamato ... a difendere le di lei ragioni. In sintesi, dunque, pur non trattandosi di un terzo disinteressato, poiché su di lui pende il rischio di una chiamata in garanzia o regresso, il suo intervento in causa non ha quale scopo la difesa di se stesso, quanto piuttosto di allearsi con la parte principale per meglio organizzare la difesa di quest'ultima". Nei confronti di colui cui è stata denunciata la lite vi è quindi una "res judicata imperfecta" (DTF 125 III 8 c. 3a) e quindi una opponibilità parziale di determinati accertamenti fattuali anche se "non necessariamente l'integralità del primo giudizio, dei suoi dispositivi e degli accertamenti che ne stanno alla base, sono vincolanti per il litisdenunciato" (Cocchi/Trezzini, op. cit. loc. cit.). Nel caso di specie la parte attrice, patrocinata da avvocatessa, ha invece propriamente chiesto che l'Ospedale fosse chiamato in causa per potergli opporre "visto che lo stesso (nosocomio n.d.r.) si ritiene in diritto di esigere l'importo in litigioso che le convenute (\_\_\_\_\_n.d.r.) si rifiutano di assumere" le pretese ritenute non dovute. Esclusa come detto una denuncia di lite nel caso specifico anche la chiamata in causa non può essere ammessa. Va rilevato anzitutto come la richiesta di chiamata in causa non obblighi il giudice ad ordinare l'intervento nella lite del terzo, in effetti il giudice "può" ordinare tale intervento. La norma vuole poi che il terzo abbia un interesse legittimo all'esito della causa. In casu l'interesse legittimo dell'Ospedale non appare dato. Il nosocomio \_\_\_\_\_ ha accolto il signor \_\_\_\_\_, ha fornito le prestazioni che il caso imponeva e quelle desiderate dalla famiglia, ha fatturato secondo un tariffario che la ricorrente ritiene non le possa essere opposto. Unica debitrice nei confronti

dell'Ospedale è l'erede dell'assicurato ed i suoi rapporti di natura contrattuale con la \_\_\_\_\_ non sono rilevanti per il fornitore della prestazione sanitaria. Ora la signora \_\_\_\_\_ vuole chiamare in causa l'Ospedale nell'ambito di una controversia che la vede opposta alla Cassa malati che assicurava il marito per le prestazioni complementari, e quindi in una azione tendente sostanzialmente all'esecuzione del contratto concluso tra \_\_\_\_\_ ed il signor \_\_\_\_\_. È fuor di dubbio che la compagnia d'assicurazione agisca, nel caso concreto, in ambito di LCA. Fine dell'azione è ottenere il pagamento di prestazioni che sono state poste a carico dell'erede per prestazioni eseguite da taluni medici. La parte attrice non ha messo assolutamente in dubbio l'esecuzione del mandato da parte dei predetti medici e non ha neppure discusso minimamente la qualità di quanto posto in essere dai sanitari dott. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, contestando unicamente la possibilità per l'Ospedale di fatturare secondo la Convenzione tra \_\_\_\_\_ e la Federazione Ticinese delle Casse Malati. La questione sottoposta al TCA come detto, ha attinenza con il rapporto contrattuale di natura civile tra lo stesso signor \_\_\_\_\_ (ed ora la sua erede) e la \_\_\_\_\_ per le coperture assicurative, rispettivamente per l'ampiezza del rimborso dovuto dalla cassa alla vedova dell'assicurato. In tale rapporto non ha interesse il nosocomio. La domanda di chiamata in causa va quindi respinta in questa sede.

2.2. L'assicurazione contro le malattie è stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995 dalla LAMI che è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo quanto disposto dall'art 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati (art. 13 OAMal) e gli altri rami d'assicurazione (art. 14 OAMal) sono diventate di puro diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Dal profilo procedurale, la LAMal ha operato una cesura completa fra i rimedi giuridici nell'assicurazione malattia sociale e nelle assicurazioni complementari: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa (cfr. 85ss LAMal), per le vertenze relative alle seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile. Giusta l'art 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che " le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni. È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA." 2.3. Secondo l'art. 102 cpv. 1 LAMal " Le previgenti assicurazioni delle cure medico sanitarie e d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge." Nel caso di specie, come anticipato nelle considerazioni che precedono, la vertenza che oppone la \_\_\_\_\_ alla vedova

dell'assicurato signora \_\_\_\_\_ si fonda sulle coperture assicurative complementari, in specie la copertura per le spese di ospedalizzazione in reparto semi privato in ospedali svizzeri con mandato di prestazione, e meglio come alle condizioni generali di assicurazione (edizione 01.97). In queste circostanze, quindi, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (cfr. A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing e Lichtenhahn, 1996, pag. 134) ambito nel quale le Casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati ad emanare decisioni, il TCA è competente in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal. 2.4. Secondo le condizioni d'assicurazione, come appare - per quanto qui d'interesse - al punto E nella versione gennaio 1997 (doc. \_), \_\_\_\_\_ fornisce all'assicurato le prestazioni previste dalla LAMal (assicurazione di base) mentre per le prestazioni non coperte la Cassa offre delle coperture facoltative a dipendenza della categoria d'assicurazione. L'art. \_\_\_ prevede in particolare, per quanto attiene alla copertura voluta dal marito della ricorrente, il rimborso delle spese per l'ospedalizzazione in classe semi privata, ossia in camera a due letti - eccezionalmente a più letti - di un ospedale in Svizzera purché il nosocomio "ait été intégré dans la planification hospitalière d'un canton et qu'il ait reçu un mandat de ce dernier". In altri termini, come rammenta anche l'art. \_\_: " ... Lorsqu'un assuré se rend dans la division hospitalière correspondant à la classe de prestations assurée, la \_\_\_\_\_ prend en charge la totalité des frais de traitement et de séjour économiques, appropriés et efficaces qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins ou par l'assurance-maladie facultative, à l'exception des frais personnels ..." (Doc. \_) In caso di cambiamento di classe l'art. \_ prevede esplicitamente che: " ... Lorsqu'un assuré se rend dans une division hospitalière supérieure à la division assurée, les frais non couverts par l'assurance obligatoire des soins ou par l'assurance-maladie facultative sont pris en charge conformément à la classe de prestations assurées, si ceux-ci peuvent être calculés de manière précise à l'aide des tarifs. ..." (Doc. \_) 2.5. Nel caso concreto appare indiscutibile che la Cassa abbia fornito al signor \_\_\_\_\_ le prestazioni dovute allo stesso in virtù della copertura assicurativa da questi conclusa con \_\_\_\_\_. Le prestazioni appaiono fornite in maniera completa e conformemente ai contenuti del contratto sottoscritto dalle parti. In sostanza per prestazioni fornite in un reparto privato di un ospedale in Svizzera che ha ottenuto un mandato dal Cantone, come è il caso dell'Ospedale \_\_\_\_\_, la Cassa deve pagare conformemente alla classe di prestazione assicurata secondo i tariffari convenuti. In casu \_\_\_\_\_ ha fornito la sua prestazione come alle condizioni generali d'assicurazione pagando le stesse in virtù della LAMal (assicurazione obbligatoria) da un lato e versando, conformemente alla Convenzione conclusa tra l'\_\_\_\_\_, da un lato, e la Federazione Ticinese delle Casse Malati, l'importo dovuto per le prestazioni in classe semi privata. Si ribadisce quindi che la Cassa ha onorato il contratto concluso con l'assicurato da un lato in applicazione del tariffario che la stessa ricorrente riconosce (ammettendo la correttezza della fatturazione di CHF 623.- per il reparto semiprivato, petizione pt. 3, pag. 5) ed ha fronteggiato le spese dovute in virtù della LAMal, ciò che non appare contestato dalla patrocinatrice della parte attrice. La signora \_\_\_\_\_ non ha contestato validamente le pretese dell'Ospedale nelle dovute forme e dinanzi alle competenti autorità giudiziarie civili come avrebbe potuto fare, essa è quindi mal venuta - dinanzi a questo TCA - a contestare la fatturazione posta in atto dall'\_\_\_\_\_. Queste pretese dell'\_\_\_\_\_ e meglio dell'Ospedale \_\_\_\_\_ non possono essere poste in discussione, nell'ambito di una petizione proposta dall'erede di un assicurato contro la Compagnia assicurativa che copre, in virtù della LCA, le spese per l'ospedalizzazione che

vanno al di là delle prestazioni dovute per legge in virtù della LAMal. Non va dimenticato, come rammenta la Cassa nella propria risposta di causa (non contestata su questo punto), che la sezione della \_\_\_\_\_ cui era assicurato \_\_\_\_\_, avvisò i famigliari che la garanzia per le spese veniva accordata solo nei limiti della copertura assicurativa conclusa. Non v'è quindi chi non veda come, compatibilmente con il suo stato di salute l'assicurato rispettivamente chi lo rappresentava all'epoca ed i suoi famigliari interessati in merito (ai quali come detto la Cassa aveva comunicato i limiti della sua copertura conformemente agli accordi conclusi), dovevano sincerarsi dei costi derivati dal cambiamento della classe ospedaliera voluta (da semi privata a privata) e quali erano i maggiori costi che ciò comportava. L'Ospedale \_\_\_\_\_ ha fatturato le sue prestazioni rifacendosi alla Convenzione esistente tra \_\_\_\_\_ e FTAM, ha fissato un importo giornaliero per la camera in classe privata (che \_\_\_\_\_ condivide ritenendo così vincolante il tariffario) ed ha fatturato prestazioni mediche )sulla legittimità di tale modo di procedere; cfr. Maurer Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung, in LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société de droit des assurances, IRAL, Losanna 1997, pag. 703 e segg.). Chiedendo un ricovero in camera privata \_\_\_\_\_, e quindi i suoi eredi in diritto, dovevano attendersi una fatturazione a loro carico, diretta, di prestazioni non coperte dalla Cassa. A loro incombeva accertare modalità di fatturazione ed importi prevedibili. Essi non possono oggi pretendere, con argomenti quali la medicina a due classi, di caricare sulle spalle dell'assicuratore malattia delle prestazioni allo stesso non imputabili. Nella stessa sentenza citata nella petizione vi è ampia spiegazione del perché nell'ambito del trattamento stazionario vi siano differenze tariffali che giustificano l'esistenza di coperture complementari (c. 3 pto. b pag. 350). In casu, come detto, \_\_\_\_\_ ha dato completo seguito al contratto che la vincolava la signor \_\_\_\_\_ con il versamento pieno delle prestazioni complementari per il ricovero in camera semiprivata. 2.6. Nel caso di specie va ancora osservato come all'art. \_\_, più sopra citato in esteso, si faccia riferimento alle tariffe applicabili al calcolo delle prestazioni. Le CGA prevedono in sostanza che gli assicurati sono, di principio, i debitori degli onorari in favore dei fornitori di prestazioni e che (art. \_\_) non vi è diritto a prestazioni dalla Cassa se non nel quadro delle tariffe riconosciute dalla \_\_\_\_\_ per il fornitore di prestazione interessato. Le tariffe riconosciute dalla \_\_\_\_\_ per le assicurazioni sociali e per le prestazioni private servono da base per la copertura delle spese e quindi per la presa a carico delle prestazioni di cui l'assicurato ha beneficiato. In quest'ottica alla parte attrice può senz'altro essere opposta la convenzione conclusa tra \_\_\_\_\_ e FTAM per il preciso rimando contenuto nelle condizioni generali di assicurazione. Se ne deve concludere, alla luce del pagamento integrale delle prestazioni eseguito dalla Cassa in adempimento dei suoi obblighi contrattuali e conformemente alle tariffe che regolano la materia ed alle quali fanno riferimento le condizioni generali di assicurazione, che la petizione deve essere integralmente respinta senza carico di tasse e spese e senza il riconoscimento di ripetibili.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.