

## **TI\_GERICHTE 36.2017.107 vom 5. April 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-04-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2017.107](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.107)

FR: TI\_GERICHTE 36.2017.107 du 5 avril 2018

IT: TI\_GERICHTE 36.2017.107 del 5 aprile 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 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 dell'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.

2.5. 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 complice 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).

Senonché, su questo punto non vi possono essere dubbi.

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).

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).

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.

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