

# TI\_GERICHTE 36.2019.21 vom 28. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.21](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.21)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.21 du 28 mai 2019

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.21 del 28 maggio 2019

## Regeste

Assicurazione complementare di ospedalizzazione in reparto semiprivato. Degenza avvenuta in camera a 4 letti ma con prestazioni secondo copertura semiprivata. Calcolo della franchigia dovuta dall'attrice. Calcolo del numero di giorni di ricovero

## Erwägungen

### E. 1

Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA nel reparto semi-privato le spese di degenza e di cura, come pure gli onorari medici, vengono assunti in base agli accordi contrattuali e tariffari. Laddove non trova applicazione alcuna tariffa contrattuale, vengono pagati i contributi globali in conformità all'art. \_\_\_\_\_ delle condizioni complementari. CV 1 allestisce un elenco degli ospedali convenzionati. Gli assicurati si possono informare presso CV 1. L'art. \_\_\_\_\_ CGA prevede che in caso di scelta di un reparto ospedaliero non corrispondente all'assicurazione stipulata e in caso di ospedalizzazione all'estero, a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sono accordate le prestazioni elencate di seguito: (...) variante \_\_\_\_\_ fino a 100 franchi al giorno per i costi di pensione e fino a 10000 franchi per anno civile per le spese di cura. Ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ CGA se un assicurato per il reparto privato o semi-privato con una variante di partecipazione ai costi per giorno di degenza in ospedale (secondo l'art. \_\_\_\_\_) sceglie di farsi curare nel reparto comune, la partecipazione ai costi non è richiesta. Se un assicurato per il reparto privato con una variante di partecipazione ai costi per giorno di degenza in ospedale (secondo l'art. \_\_\_\_\_) sceglie di farsi curare nel reparto semi-privato, la partecipazione ai costi si riduce a 300 franchi al giorno fino a un massimo di 6000 franchi all'anno. Va ancora evidenziato che nel glossario alle condizioni generali d'assicurazione, circa la partecipazione ai costi, è previsto che "quando un assicurato usufruisce di prestazioni mediche (come ad esempio una visita medica, medicinali, trattamenti di terapisti), egli deve assumere personalmente una parte di questi costi. Questa parte pagata personalmente dal paziente è detta partecipazione ai costi e consiste in: - la franchigia dell'assicurazione di base - l'aliquota percentuale dell'assicurazione di base - la partecipazione ai costi dell'assicurazione complementare. La partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) viene conteggiata su tutte le assicurazioni stipulate presso CV 1. Questo è un notevole vantaggio di CV 1 rispetto alla concorrenza. Presso CV 1 le partecipazioni ai costi di tutte le assicurazioni stipulate si sommano ." 2.3. Va ancora rammentato che 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 II 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 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). 2.4. In concreto è pacifico che l'attrice è stata degente presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 6 al 12 luglio 2018 e presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 7 all'8 agosto 2018. Controversa per la prima degenza è la richiesta della partecipazione ai costi di fr. 300 al giorno poiché l'assicurata sostiene di dover essere trattata come una paziente ricoverata in camera comune e di essere stata in cura 6 giorni e non 7, mentre per la seconda degenza viene contestata la partecipazione ai costi di fr. 300 della seconda giornata. Preliminarmente va rilevato che di per sé non è contestata la fattura finale di fr. 3'378.10 (doc. A4), emessa dal nosocomio \_\_\_\_\_, il quale, in seguito al reclamo della madre, ha dedotto l'importo del supplemento per camera semi-privata, ma ha mantenuto quello relativo alle prestazioni mediche. Del resto, come emerge dalle sentenze K 59/02 del 12 novembre 2002, consid. 1.2, DTF 134 V 269 consid. 2.8 e 9C\_220/2017 consid. 1.2 del 9 aprile 2018, il TF ha stabilito che di principio il Tribunale può esprimersi, laddove necessario, a titolo pregiudiziale, sulla correttezza della fatturazione del fornitore di prestazioni (sentenza 9C\_220/2017 del 9 aprile 2018 "[...] 1.2. Streitigkeiten zwischen einer versicherten Person und einem Versicherer bezüglich der Anwendung eines Tarifs im Einzelfall sind entweder vom kantonalen Versicherungsgericht nach Art. 57 ATSG (bis 31. Dezember 2002: Art. 86 KVG) zu entscheiden oder aber vom kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG, wenn die versicherte Person vom Versicherer verlangt, dass dieser beim

Schiedsgericht gegen den Leistungserbringer klagt (BGE 124 V 128 E. 2 S. 129). Ist, wie im vorliegenden Fall, die Höhe der Kostenbeteiligung im Zusammenhang mit einer vom Versicherer direkt dem Leistungserbringer vergüteten Leistung (System des Tiers payant; Art. 42 Abs. 2 KVG) umstritten, liegt keine Streitigkeit zwischen einem Versicherer und einem Leistungserbringer gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG vor (vgl. BGE 131 V 191 E. 4 S. 194). Ob in einem solchen Fall Art. 89 Abs. 3 KVG (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG) analog anwendbar wäre, kann offenbleiben. Es verletzt jedenfalls kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz auf die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2016 eingetreten ist und "vorfrageweise über die Richtigkeit der Rechnungstellung des Leistungserbringers entschieden hat" (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 59/02 vom 12. November 2002 E. 1.2; vgl. Auch BGE 134 V 269 E. 2.8 S. 276; ferner Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 876 Rz. 1565 f.) [...]"). Nel caso di specie dalle tavole processuali emerge che AT 1 è stata degente presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 6 al 12 luglio 2018 nel reparto di cure intense ("IPS", ossia "Intensivpflegestation"). I genitori avevano chiesto di ricoverarla in una camera semiprivata. In assenza di posti liberi, ha tuttavia dovuto essere portata in un reparto con 4 letti (doc. VII/1). In seguito ad un reclamo della mamma di AT 1 presso il nosocomio \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ ha ridotto l'importo della fattura, emessa inizialmente come se il ricovero fosse stato effettuato esclusivamente in camera semiprivata. Il forfait giornaliero della camera semiprivata (fr. 283) è stato dedotto e la somma totale dovuta è scesa da fr. 4'948.80 (doc. A2) a fr. 3'378.10 (doc. A4). L'Ospedale ha invece confermato la fatturazione degli onorari medici sulla base della tariffa applicabile per le degenze in ambito semiprivato, poiché le prestazioni mediche sono state effettuate in base a tale copertura (cfr. allegato doc. 5). A questo proposito il \_\_\_\_\_ ha precisato che "Die Behandlung erfolgte jedoch weiterhin auf Halbprivat. Als Patientin bzw. gesetzlichen Vertreter wirkt es natürlich auf dem ersten Blick so als wäre die Behandlungsklasse geändert worden, was aber nicht stimmt, ausser das mit dem Zimmer. Ebenfalls fallen Arbeiten im Hintergrund an, welche man nicht direkt sieht. Auch wenn der Arzt nicht oder nur kurz persönlich beim Patienten war, bedeutet es nicht, das der Arzt keine Leistungen erbracht hat" (doc. VII/1). I genitori dell'attrice non contestano che tali prestazioni (posizione 02.99.00 ["Arzthonorar stationär"] per importi di fr. 554, fr. 346, fr. 1'400, fr. 650, fr. 650 e fr. 52 da cui sono stati dedotti degli sconti [fr. 41.55, fr. 25.95, fr. 105, fr. 48.75, fr. 48.75 e fr. 3.90]) sono state effettivamente fornite. Tant'è che, pur censurando quanto avvenuto, la madre, in uno scritto del 5 dicembre 2018 all'assicuratore (doc. A6), ha affermato che "das einzige Problem ist jetzt, dass jeden Tag der Chefarzt zu uns kam und uns mitteilte, dass sie nicht wissen was AT 1 fehlt. Und für diese Auskunft müssen wir nun CHF 2'100.00 bezahlen? Wenn wir nicht im \_\_\_\_\_ hospitalisiert worden wären und einfach täglich zur Visite gegangen wären, hätte die CV 1 den vollen Betrag übernommen auch wenn der Chefarzt gekommen wäre" (sottolineatura del redattore). In queste condizioni, non vi è alcun motivo per ritenere che le prestazioni fatturate dai medici non siano state eseguite e occorre concludere che esse lo sono state in base al regime semiprivato scelto dall'assicurata. I genitori di AT 1 sostengono tuttavia di non dover versare alcuna partecipazione ai costi, poiché essa è dovuta solo in caso di ospedalizzazione in reparto semiprivato e non anche per le degenze in camera comune (cfr. la polizza, doc. 1: "Kostenbeteiligungsmodell \_\_\_\_\_; Ihr Selbstbehalt beträgt: - Halbprivate Abteilung: CHF 300.- pro Tag, max. CHF 6'000.- pro Kalenderjahr - Allgemeine Abteilung: kein Selbstbehalt") e ritengono che l'attrice non sia stata ricoverata

in un reparto semiprivato perché è stata portata in una camera con 4 letti. Per quanto concerne la partecipazione ai costi, le CGA prevedono che “ quando un assicurato usufruisce di prestazioni mediche (come ad esempio una visita medica, medicinali, trattamenti di terapisti), egli deve assumere personalmente una parte di questi costi. Questa parte pagata personalmente dal paziente è detta partecipazione ai costi e consiste in (...) la partecipazione ai costi dell’assicurazione complementare.” A questo proposito la dottrina (Vincent Brulhart, *Droit des assurances privées*, 2a edizione, 2017, pag. 81, n. 151 e seguenti) rammenta che l’assicurazione permette di trasferire un rischio all’assicuratore. È possibile che la persona assicurata decida di assicurare solo una parte delle conseguenze della realizzazione del rischio. Si procede allora ad un’operazione denominata assicurazione propria (“ propre assurance ”). Si costituiscono delle riserve per essere in grado di disporre delle risorse necessarie in caso di sopraggiungere del rischio paventato. La franchigia, e conseguentemente la partecipazione ai costi, è una forma di assicurazione propria (“ propre assurance ”), nel senso che l’assicurato si assume lui stesso una parte delle conseguenze della realizzazione del rischio. Più la partecipazione è elevata, maggiore è il rischio assunto dalla persona assicurata e minore è il premio dovuto (Vincent Brulhart, *op. cit.*, pag. 82 n. 153 [“ Le système permet également à l’assuré de bénéficier d’un taux de prime avantageux ”], cfr. anche pag. 89 n. 168 e seguenti; cfr. anche Alfred Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3a edizione, 1995, pag. 42, N. 3 e pag. 70 e seguenti, in particolare pag. 72 N. 4 e seguenti; pag. 371 n. 1). 2.5. In concreto tra le parti non vi è una differente interpretazione delle disposizioni contrattuali, ma una diversa valutazione del tipo di ricovero presso il nosocomio \_\_\_\_\_, nel senso che per la convenuta l’ospedalizzazione è avvenuta in regime semiprivato, mentre per i genitori di AT 1 il ricovero è avvenuto in regime comune e di conseguenza alcuna partecipazione sarebbe dovuta. Il TCA non condivide le conclusioni dell’attrice secondo cui non dovrebbe pagare la partecipazione ai costi di fr. 300 al giorno. In primo luogo ella non è stata ricoverata in una camera comune ma nel reparto di cure intense (doc. VII/1: “ [...] Die Patientin wurde nicht auf die allgemeine Abteilung verlegt, sondern ab dem 07.07.2018 15:45 auf die IPS ”). In secondo luogo ella, pur trovandosi a condividere la camera con altri bambini (doc. VII: “ Bedauerlicherweise hatte es dort kein HP-Zimmer mehr frei, weshalb sie in ein 4-Bett-Zimmer musste ”), in luogo di essere degente in una camera doppia, ha beneficiato delle cure previste per le persone assicurate in regime semiprivato (doc. VII/1: “ [...] Die Behandlung erfolgte jedoch weiterhin Halbprivat [...] ”), segnatamente le prestazioni mediche di livello superiore (tramite il “ Chefarzt ”, cfr. doc. A6) rispetto a quanto avrebbe ottenuto se avesse optato sin dall’inizio per una degenza in camera comune. In queste condizioni l’attrice non può essere esonerata dal versamento della partecipazione ai costi. Ciò sarebbe stato possibile solo laddove avesse scelto di farsi curare nel reparto comune (cfr. art. \_\_\_\_\_ CGA) dove avrebbe usufruito di prestazioni inferiori e dove, conseguentemente, anche i costi sarebbero stati meno elevati. In concreto l’assicuratore ha dato seguito ai suoi obblighi contrattuali, rimborsando tutte le prestazioni fornite nel regime del reparto semiprivato, segnatamente il costo degli onorari dei medici (cfr. doc. A4). È vero che la situazione è insoddisfacente perché l’interessata non ha potuto usufruire, a causa della mancanza di letti, anche di una camera semiprivata. Tuttavia ciò non è da imputare alla convenuta, la quale ha ossequiato ai suoi obblighi contrattuali. Non vi è di conseguenza alcun motivo per non prelevare la partecipazione ai costi concordata. 2.6. Resta da esaminare per quanti giorni l’interessata deve pagare la partecipazione ai costi. L’art. \_\_\_\_\_ CGA prevede che l’assicurato \_\_\_\_\_ (varianti \_\_\_\_\_) può

scegliere un modello di partecipazione ai costi di 300 franchi per ogni giorno di degenza in ospedale fino a un massimo di 6000 franchi per anno civile. Anche in questo caso la divergenza tra le parti non concerne l'interpretazione da dare alla citata norma, ma piuttosto l'accertamento del numero di giorni di degenza presso i nosocomi di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Per l'assicuratore l'attrice è stata degente 7 giorni, rispettivamente 2 giorni, secondo l'assicurata i ricoveri sono durati 6 giorni, rispettivamente 1 giorno. Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA il premio viene ridotto conseguentemente al modello di partecipazione ai costi scelto. Ciò significa che il premio dipende dal modello stabilito tra le parti (cfr. art. \_\_\_\_\_ CGA) e conseguentemente più la partecipazione ai costi è elevata più il premio sarà economico. Nell'importo del premio dovuto dalla persona assicurata è calcolato anche il rischio assunto dall'assicuratore. Maggiore è la probabilità per l'assicuratore di dover versare la prestazione, maggiore sarà l'importo del premio. Affinché vi sia una congruenza tra il premio pagato e la prestazione rimborsata, è necessario che vi sia una prestazione del fornitore di prestazione. La partecipazione ai costi chiesta alla persona assicurata deve necessariamente dipendere dal numero di giorni di degenza fatturati dall'ospedale. Nel caso di specie il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, per il ricovero dal 6 luglio 2018 al 12 luglio 2018, ha fatturato 6 giorni di degenza (cfr. doc. 6: "Spitaltage P6D" [sottolineatura redattore]; cfr. il numero di "Zuschlag für Zusatzversicherung HP/P", prima della rettifica, pari complessivamente a 6; cfr. anche, seppur non facilmente leggibile, in relazione con l'allegato al doc. A10, il doc. A3, "TP-Rechnung": "Behandlung/Tage" 06.07.2018 -12.07.2018 / 6"). L'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, per la degenza dal 7 all'8 agosto 2018 ha fatturato un giorno di degenza (doc. 9: "Spitaltage P1D" [sottolineatura redattore], supplemento camera semiprivata pari a 1). Ciò è pure confermato dallo scritto della responsabile gestione pazienti che tramite e-mail ha affermato che (ndr: errori in originale) "der zurschläge fürs halbprivate zimmer sind für einen Tag Krankenhausaufenthalt bezahlt" (doc. A10, con l'allegata fattura TP dove alla voce "trattamento/giorni", figura "07.08.2018 – 08.08.2018 / 1 (..)"). In queste condizioni l'assicuratore, sulla base del contratto, deve chiedere all'attrice una partecipazione ai costi per 6 giorni di degenza per il ricovero a \_\_\_\_\_ e per 1 giorno di degenza per il ricovero a \_\_\_\_\_. 2.7. Alla luce di quanto sopra esposto l'attrice deve versare alla convenuta un importo di fr. 300 per il ricovero presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 7 all'8 agosto 2018 e di fr. 1'800 (6 x 300) per il ricovero presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 6 luglio 2018 al 12 luglio 2018. La petizione deve di conseguenza essere parzialmente accolta. 2.8. 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.