

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20180405_i_ti_o_01 vom 5. April 2018

FINMA Versicherungsrecht, 2018-04-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20180405_i_ti_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20180405_i_ti_o_01 du 5 avril 2018

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20180405_i_ti_o_01 del 5 aprile 2018

Erwägungen

E. 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-acute" 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'obbiettivo 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.

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