

## **TI\_GERICHTE 36.2000.54 vom 5. Oktober 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-10-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.54)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.54 du 5 octobre 2001

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.54 del 5 ottobre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 33**

LCA, l'assicuratore risponde di tutti gli avvenimenti che presentino i caratteri del rischio contro le conseguenze del quale l'assicurazione venne conclusa, a meno che il contratto non escluda dall'assicurazione singoli avvenimenti in modo preciso e non equivoco. Secondo questa disposizione tocca alle parti definire di comune accordo il o i rischi assicurati: in pratica sono le condizioni d'assicurazione (generali o particolari) che definiscono, in modo astratto, i rischi di cui l'assicuratore risponde e precisano, con clausole d'esclusione, alcuni aspetti di tale rischio che non sono coperti dall'assicurazione (B. Viret, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurich, p. 92). Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione - e, quindi, anche le singole clausole d'esclusione (DTF 116 II 348) - deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268; B. Viret, op. cit. pag. 92). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, con la riserva di accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Fribourg 1997 pag. 72). L'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep. 1993 213ss; DTF 112 II 253ss; A. Maurer, *Privatversicherungsrecht* 1986, p. 231; DTF 116 II 345, Roelli/Keller, *Kommentar z. BG über den Versicherungsvertrag*, ed 1968 p. 459). Secondo la giurisprudenza le clausole d'esclusione devono essere interpretate restrittivamente. Tuttavia, l'art 33 LCA non richiede un'enumerazione di tutti gli eventi esclusi; è sufficiente descriverne la categoria in modo preciso e non equivoco così che non sussista, tenuto conto del contesto, alcun dubbio sulla portata del rischio assicurato (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Fribourg 1997 pag. 72; p. 77; cfr., sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189; JdT 1990 I 612 citate in B. Caron, op. cit. p. 97). L'interpretazione della clausola d'esclusione deve fondarsi sul principio della buona fede sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della singola clausola d'esclusione di cui si impone l'interpretazione (Roelli/Keller, op. cit. p. 462-463). In caso di dubbio ossia, quando il senso e la portata della clausola di esclusione non possono essere determinati con sicurezza, l'assicuratore

non potrà prevalersi della clausola d'esclusione in virtù del principio in dubio contra stipulatorem secondo cui una clausola, nel dubbio, va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (DTF 115 II 268ss; A. Maurer, op. cit. p. 145; Kramer/Schmidlin, Berner Kommentar, ed 1986, ad art 1 CO, n. 109, p. 142; Rep. 1993 213ss; B. Viret, op. cit. pag. 92) ritenuto, comunque, che tale principio può essere applicato soltanto quando, dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, risulta che una locuzione può essere, in buona fede, compresa in diversi modi. Ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio "in dubio contra stipulatorem" - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1966 623 seg.).

2.6. Nel caso concreto le parti hanno voluto escludere dalla copertura quelle prestazioni che tendono non alla cura vera e propria ma allo ristabilimento della persona ossia a rivitalizzare il paziente ed a reintegrare lo stesso. L'espressione ristabilimento e meglio ristabilire significa il rimettere stabilmente in vigore, il ricostituire, ossia il rendere di nuovo sano e rimettere in salute ed ancora il rimettersi in forze (Il nuovo Zingarelli, undicesima edizione 1988, Milano, pag. 1641). Anche la reintegrazione ha senso analogo significando la ricollocazione di qualcuno nella posizione precedente il verificarsi di un evento dannoso (in questo senso Zingarelli citato, pag. 1565). Palesemente (Zingarelli cit., pag. 1650) anche il termine "rivitalizzazione" tende a significare una riabilitazione riferendosi al rivificare di nuovo (in senso figurato). Tutti i termini impiegati dalle condizioni contrattuali, interpretati nella loro accezione letterale indicano, inequivocabilmente, la volontà di escludere dai rischi coperti quelli riferiti all'ospedalizzazione per una riabilitazione, ossia quelle cure che permettono al paziente, dopo una fase di ricovero acuto, di recuperare le funzioni affette dalla malattia o dall'infortunio. Il senso delle espressioni usate e la volontà delle parti appaiono manifesti, chiari ed inequivoci.

2.7. Essendone palesemente escluso il rischio (art. 21 CGA e art. 9 lett. f CSA) l'ospedalizzazione in reparto semiprivato per una riabilitazione successiva al ricovero per caso acuto non è coperta dall'assicurazione complementare X1 conclusa dalla parte attrice con la convenuta. Poco importa se quella cura stazionaria era necessaria - come implicitamente riconosciuto dall'assicuratore infortuni \_\_\_\_\_ - o meno. A giusto titolo \_\_\_\_\_ ha negato il suo intervento a copertura di una cura di reintegrazione come già citato art. 9 lett. f CSA ed all'art. 21 CGA (specifici nell'esclusione del rischio non potendo essere dedotta una volontà contraria delle parti contrattuali dalla definizione di riabilitazione contenuta all'art. 3 lett. f CGA). Le CGA della convenuta garantiscono quindi la copertura per ricovero in reparto semiprivato unicamente in casi acuti.

2.8. Come rammentato nelle considerazioni di fatto \_\_\_\_\_ ha riconosciuto il ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ quale caso di malattia acuta unicamente per il periodo di una settimana, ossia quello corrente dall'accettazione della signora \_\_\_\_\_ sino al 3 maggio successivo. Il ricovero durante questa settimana era dettato dalla necessità di mettere in atto verifiche mediche tendenti ad accertare i motivi delle scariche di diarrea della signora \_\_\_\_\_ successive ai pasti. Dal canto suo \_\_\_\_\_ sostiene che il ricovero finalizzato a tali accertamenti deve essere ammesso per tutto il periodo della degenza. Essa motiva tale suo assunto con la necessità di procedere agli esami secondo il "metodo ampiamente comprovato ed economico del flow chart" ossia con pianificazione degli esami, attesa dei risultati e quindi - alla luce delle emergenze - esecuzione di nuovi esami. La ricorrente fa capo a rapporto medico del dott. \_\_\_\_\_ che, come accertato dal TCA e come evidenziato nel doc. \_\_, è marito della ricorrente. La Cassa, a giusta ragione, ha rifiutato di riconoscere più di una settimana di ricovero acuto e ciò sulla scorta dei

rapporti medici del dott. \_\_\_\_\_. Nella certificazione del 19 maggio 1999 il medico fiduciario della Cassa ha evidenziato: " Trattandosi di una paziente in età ancora giovane, che il 20.04.1999 ha superato senza alcun problema un intervento operatorio effettuato in anestesia generale e che il 26.04.1999 è stata dimessa dall'Ospedale \_\_\_\_\_ in buone condizioni generali, ritengo che con grande probabilità e senza alcun pregiudizio per la paziente, gli accertamenti da voi proposti potevano essere effettuati anche in forma ambulatoriale, in modo sensibilmente più economico." (doc. \_) Da evidenziare che il dott. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ ha dimesso la paziente in sostanziali buone condizioni, come rammenta in maniera incontestata la Cassa malati nei suoi allegati. Il dott. \_\_\_\_\_, sulla base degli elementi forniti dal dott. \_\_\_\_\_, ha ammesso - ciò che l'assicuratore ha poi condiviso - il ricovero di \_\_\_\_\_ quale caso acuto per 7 giorni come visto. Il dott. \_\_\_\_\_ così si è espresso: " Sulla base delle informazioni fornite, ritengo che dal punto di vista medico i problemi di salute presentati dalla paziente, imputabili a malattia, avrebbero potuto giustificare un ricovero in ambito stazionario quale caso acuto per una settimana, allo scopo di permettere l'esecuzione ottimale dei necessari accertamenti. Naturalmente interpretando in modo restrittivo la situazione, si può giungere alla conclusione che questi esami avrebbero potuto essere effettuati anche ambulantemente. Non ritengo però che sarebbe stato eccessivo ricoverare la paziente per una settimana, allo scopo di chiarire in modo ottimale la situazione." (doc. \_) L'ammissione di 7 giorni quale ricovero acuto viene ritenuta non eccessiva, pur con il rilievo che "questi esami avrebbero potuto essere effettuati anche ambulatoriamente". Altro elemento che conferma la presa di posizione del medico fiduciario dell'assicuratore è la fattura doc. \_ che mostra chiaramente la frequenza e la natura degli esami eseguiti. Dalla documentazione medica menzionata risulta senza alcun dubbio, ed il fatto non è contestato, che la signora \_\_\_\_\_ necessitava di esami medici per accertare la causa delle scariche di diarrea successive ai pasti. Non è nemmeno contestato il fatto che la parte attrice necessitasse di un periodo riabilitativo da eseguirsi a seguito della frattura provocata in conseguenza ad una scivolata e quindi, come ammette lo stesso dott. \_\_\_\_\_ i (doc. \_), dovuta sia alla caduta – ossia ad un incidente – che alla predisposizione della signora \_\_\_\_\_ per l'esistenza di una osteopenia già evidenziata nel 1996 e curata dai medici (cfr. allegati \_, \_ e \_ ad \_). Non è invece provato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali, che l'assicurata necessitasse di un trattamento ospedaliero stazionario per l'esecuzione degli esami tendenti all'accertamento della causa delle diarree cui era soggetta la signora \_\_\_\_\_, esami che potevano avvenire in via ambulatoria (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211). Il riconoscimento di questa cura risulterebbe quindi ineconomico. In virtù delle CGA relative alle coperture complementari sono esclusi esplicitamente quei costi per cure inadeguate, non economiche e per quei provvedimenti che non sono conformi allo scopo della cura (art. 21). 2.9. In simili circostanze, sulla scorta delle considerazioni che precedono, secondo questa Corte risulta convincente e verosimile il rapporto medico del dottor \_\_\_\_\_, del resto approfondito e ben motivato. Secondo tale rapporto, almeno successivamente al 3 maggio 1999, un ricovero stazionario in ambiente ospedaliero per eseguire i controlli finalizzati alla verifica delle cause delle scariche della paziente non appare motivato e, soprattutto, economico. Il medico curante poteva infatti procedere in via ambulatoriale. Non va dimenticato che, per la nuova LAMal che regola la materia all'art 56 " 4 Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare

se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni". La LAMal attribuisce quindi un ruolo importante al medico fiduciario - rafforzato rispetto alla vecchia LAMI - che è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (cfr. Eugster, op. cit. p. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 in re V K87/00 p. 4 consid. 2d e dottrina citata). E' ben vero che, nel caso di specie, si tratta di applicare le condizioni relative ad assicurazioni complementari che garantiscono la copertura delle spese per il ricovero in reparto semi privato e non invece di verifica dell'esistenza o meno di un obbligo della Cassa di prestare in virtù dell'assicurazione medico sanitaria di base. Questa considerazione non toglie comunque valenza all'esame del fiduciario della cassa ed alla sua valutazione di natura peritale. Il medico fiduciario appare indipendente nel suo esame della situazione che, in casu, è adeguatamente motivato e sorretto dalla fattura dettagliata delle prestazioni eseguite in favore della signora \_\_\_\_\_. La parte attrice, secondo il doc. \_\_, ha sostanzialmente ricevuto, ciò che ha giustificato il suo ricovero stazionario, cure di natura riabilitativa in maniera intensa. Poco importa se le cure sono intervenute a seguito di infortunio, come appare da ritenere secondo il criterio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali sulla scorta delle considerazioni che precedono, o di malattia, come sostiene l'assicurata, rilevante essendo la natura riabilitativa della cura e la sua esclusione secondo le CGA e le CSA come evidenziato in precedenza. Le analisi per l'accertamento della natura delle diarreie hanno comportato ben pochi esami, contenuti sia temporalmente e quale impegno. La fattura allestita dalla clinica (doc. \_\_, di cui la signora \_\_\_\_\_ era destinataria) dimostra due prelievi di sangue venoso (per un totale di 24 punti di laboratorio). L'esecuzione degli esami è stata demandata al Laboratorio \_\_\_\_\_. Se si considera anche la dietologia applicata e l'ECG a riposo con 2 derivazioni appare ben contenuta l'attività tesa all'accertamento delle cause delle scariche di diarrea. Per questi esami sarebbe ampiamente bastato, come rammenta il dott. \_\_\_\_\_, il tempo sino al 3 maggio 2001. 2.10. Alla luce di quanto precede la petizione va quindi integralmente respinta senza carico di tasse e spese e senza allocazione di ripetibili. Nel suo allegato 3 aprile 2000 \_\_\_\_\_ chiede l'assunzione di ben precise prove. Da un lato postula l'audizione testimoniale del signor \_\_\_\_\_ relativa all'impegno della \_\_\_\_\_ ad assumersi la copertura della classe semiprivata. Detta deposizione appare del tutto inutile ed irrilevante. Da un lato la dimostrazione di quel colloquio ed i termini dello stesso sono evidenziati in una lettera (senza data) fatta pervenire in copia al medico fiduciario della Cassa dal dott. \_\_\_\_\_ (doc. \_\_). Il medico curante della parte attrice rammenta che il signor \_\_\_\_\_, la mattina del 26 aprile 1999, avrebbe concesso la copertura in semiprivata "per quel che avrebbe riguardato l'aspetto internistico". Ora, in effetti, la \_\_\_\_\_ ha concesso, per l'aspetto internistico, 7 giorni di ricovero acuto. Il fatto che la prova richiesta vorrebbe provare non ha quindi nessun rilievo concreto. Non rilevante appare anche il richiamo della parte attrice della cartella medica relativa al suo ricovero. Da un lato i medici (fiduciario della Cassa e curante) si sono espressi compiutamente sullo stato di salute di \_\_\_\_\_ e, dall'altro, la fattura della Clinica (doc. \_\_) elenca sufficientemente le prestazioni eseguite in favore della paziente. Conformemente alla costante

giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47, no. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, IIa ed., pag. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4a ed., pag. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pag. 63; cfr. pure DTF 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e rinvi). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (DTF 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e rinvi).

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