

TI_GERICHTE 36.2000.97 vom 23. Oktober 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-10-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.97

FR: TI_GERICHTE 36.2000.97 du 23 octobre 2001

IT: TI_GERICHTE 36.2000.97 del 23 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.).

2.4. 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.

2.5. Essendone palesemente escluso il rischio (art. 21 CGA e art. 9 lett. f CSA) l'ospedalizzazione in reparto privato per una riabilitazione successiva al ricovero per caso acuto non è coperta dall'assicurazione complementare _____ conclusa da _____ con la convenuta. Poco importa se quella cura stazionaria era necessaria, come riconosciuto dall'assicuratore malattia in conseguenza al ricovero presso l'_____. _____ ritiene il ricovero non dovuto a caso acuto bensì finalizzato alla riabilitazione.

2.6. Occorre quindi domandarsi se, nel caso concreto, il ricovero di _____ presso la Clinica _____, ricovero che ha seguito nel tempo la degenza per caso acuto presso l'_____ di _____ tra il 26 giugno e l'8 luglio 1997, sia da considerare quale ricovero di natura riabilitativa. La risposta è certamente positiva. Gli atti prodotti dalle parti dimostrano che al momento della dimissione dall'_____, successiva alle cure ed indagini del caso, il signor _____ sia stato considerato in "buone condizioni generali" (come rammenta il certificato dei curanti di data 15 luglio 1997). In particolare il dott. _____ dell'_____ ha risposto, a richiesta di specifica della Cassa di data 25 luglio 1997 come: " Paziente ospedalizzato in acuto per un grave scompenso iperglicemia quale prima manifestazione diabetica. Dopo il ricovero acuto si è proceduto ad una convalescenza per un adattamento specialistico endocrinologia e diabetologia" con il rilievo che esiste per il paziente la necessità di far capo all'insulina. D'altra parte i medici dell'_____ hanno operato in favore del signor _____ le indagini necessarie ed hanno eseguito gli accertamenti medici che il caso imponeva. Nella certificazione doc. _ essi osservano infatti come: " Valutazione: si tratta di un paziente _____enne ospedalizzato nei nostri servizi a seguito di un grave scompenso iperglicemico con valori all'ammissione di 49 mmol/l della glicemia. Da alcuni giorni il paziente presentava

una poliuria, una polidipsia nonché un calo ponderale abbastanza importante. Alla gasometria si evidenziava un'acidosi metabolica con un quadro clinico globale suggestivo di uno scompenso diabetico insulino■privo. Si é inizialmente provveduto alla somministrazione di liquidi intravenosi così come insulina e correzione elettrolitica permettendo un netto miglioramento delle condizioni generali nelle ore successive. Una ulteriore determinazione dei valori del C-Peptide ha comunque evidenziato un valore nella norma a 428 pmol/l (v.n 300■1320) che mostra un'attuale produzione propria d'insulina. L'emoglobina glicosilata é comunque elevata a 12.9 g/%, indice di alterazioni glicemiche in atto da almeno due■tre mesi. Abbiamo quindi introdotto una dieta calorica a 1800 kcal, e una somministrazione attuale di Mixtard 30 HM 18■0■4 U che hanno permesso una buona correzione del profilo glicemico. Il paziente é stato inoltre informato e istruito nell'utilizzazione della misura rapida della glicemia tramite Acutrent. In vista della dimissione abbiamo pure discusso circa l'opportunità di essere seguito da uno specialista al fine di mantenere oltre a controlli costanti glicemici, anche l'adattamento di unità d'insulina dopo ristabilimento dell'attività quotidiana a domicilio. Durante l'attuale degenza abbiamo pure eseguito accertamenti immunologici che non hanno evidenziato nè particolarità nè la presenza di anticorpi anticellule parietali evidenziando unicamente un valore aspecifico degli anticorpi antinuclei in diluizione 1:40. La sonografia addominale é risultata totalmente negativa. Abbiamo pure sottoposto il paziente ad un controllo oftalmologico che ha evidenziato papille ben delimitate con albero vascolare regolare e sano a livello della retina. E' in buone condizioni generali che in data 8.7.97 il paziente viene dimesso dal nostro servizio per essere trasferito per ulteriori cure presso la Clinica _____." (doc. _) Le nuove cure cui fanno riferimento i sanitari sono cure di natura riabilitativa. A dimostrazione di tale fatto è lo stesso certificato medico d'entrata doc. _ della Cassa che indica la necessità di accertamenti e di insulino-terapia. Ora non può sfuggire alla valutazione del TCA come le indagini eseguite dai medici dell' _____ prima della dimissione fossero completi per l'accertamento della malattia del paziente e come presso la Clinica _____ il signor _____ abbia subito cure di natura riabilitativa. In particolare dalla fattura emessa dalla clinica si desume l'esecuzione di ginnastica, di massaggi e di meccanoterapie. D'altra parte può essere unicamente definita cura di natura reintegrativa, di rivitalizzazione e di riposo quanto avuto dall'assicurato presso la Clinica. In effetti come rammenta lo stesso dott. _____ nella sua attestazione 22 ottobre 1997: " In seguito è stato trasferito alla Clinica _____, per l'adattamento delle dosi di insulina, istruzione all'iniezione dell'insulina, ed al monitoraggio del diabete." (doc. _) La rivalutazione del caso indicata dal dott. _____ mediante l'esecuzione di nuove analisi di anticorpi che si sono dimostrati "tutti negativi" non giustificava il ricovero quale caso acuto. La fattura prodotta agli atti, e riferita al periodo di ricovero in discussione mostra, come già indicato, massaggi e ginnastica quale attività svolta. Vi sono unicamente due prelievi di sangue venoso per le analisi demandate a laboratorio esterno, un ECG a riposo con 12 o più derivazioni, un'iniezione ed una "cura ospedaliera corrente". Non si può certamente dedurre da tale fattura l'esistenza di un ricovero per caso acuto, anzi le prestazioni fornite appaiono in tutto e per tutto tipiche della riabilitazione successiva alla cura acuta. Lo stesso curante dott. _____ ha indicato come in favore del paziente sia stato possibile diminuire progressivamente la cura di insulina con l'avvio di una cura orale ed in fine "una cura di sola dieta". Il paziente è stato dimesso dopo avere ricevuto le necessarie informazioni relative al suo controllo metabolico ciò che costituisce altra caratteristica della cura di ristabilimento e rivitalizzazione. 2.7. Nelle sue argomentazioni _____ osserva come

la _____ abbia tardato ad esprimersi in merito alla garanzia richiesta dalla Clinica. L'argomento è privo di rilievo. Da un lato la Convenzione conclusa tra la Federazione ticinese degli assicuratori malattia e le cliniche ed ospedali privati prevede che entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della notifica di ammissione del paziente, che deve adempiere precise condizioni formali, gli assicuratori contraenti sono tenuti a rilasciare all'amministrazione dell'istituto di cura la garanzia di pagamento integrale della nota ospedaliera secondo la tariffa di camera comune. In caso di mancata comunicazione del rifiuto l'assicuratore è tenuto al pagamento della nota ospedaliera come se avesse garantito e ciò per un preciso lasso di tempo (art. 6 cpv. 2). Da osservare che la Convenzione crea così un obbligo di anticipo del pagamento per l'assicuratore, in caso di mancato rifiuto nei 5 giorni, ma non crea l'assunzione del debito a carico della cassa malattia la quale potrà contestare comunque l'assunzione della spesa ospedaliera nei suoi rapporti interni con l'assicurato. Per i degenti in camera privata o semi privata al beneficio di prestazioni derivanti da assicurazioni complementari è facoltà dell'assicuratore malattia di estendere la garanzia sino all'importo assicurato. In casu non occorre procedere ad ulteriore esame della situazione giuridica ritenuto come la Cassa convenuta abbia pagato le prestazioni derivanti dal ricovero in camera comune dell'assicurato. La parte attrice non può dedurre dalla predetta convenzione diritti in merito all'assunzione del pagamento rispettivamente all'assunzione del debito da parte dell'assicuratore malattia ed all'assenza di possibilità per lo stesso di non riconoscere, nei suoi rapporti con l'assicurato, le pretese di rimborso avanzate. In altri termini non va perso di vista che la Convenzione FTAM/Cliniche e Ospedali privati non fa che regolare i rapporti diretti tra assicuratori ed istituti di cura vincolati e non ingerisce nei rapporti tra assicurato ed assicuratore malattia in maniera diretta. L'argomento sollevato dalla parte attrice non permette l'accoglimento della petizione. 2.8. Alla luce di quanto precede la petizione va quindi integralmente respinta senza carico di tasse e spese e senza riconoscimento di ripetibili. Nel suo allegato 4 settembre 2000 _____ chiede l'assunzione di ben precise prove, in particolare l'acquisizione delle cartelle mediche relative ai suoi ricoveri presso l'_____ e presso la Clinica _____. Le prove offerte appaiono decisamente prive di valenza essendo consegnati agli atti dell'assicuratore dettagliati e precisi certificati medici allestiti dal dott. _____ (doc. _) per quanto attiene il periodo di ricovero alla Clinica _____ e dai curanti presso l'_____, in particolare il dott. _____ (doc. _ e doc. _).

L'acquisizione delle cartelle mediche nulla di nuovo e di rilevante potrebbe portare. Non va poi dimenticata la fattura per le prestazioni eseguite in favore del signor _____ dettagliatamente descritte, consegnato agli atti che risulta decisamente esplicativo e riassuntivo degli interventi svolti. 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.