

TI_GERICHTE 36.2001.60 vom 5. August 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-08-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2001.60

FR: TI_GERICHTE 36.2001.60 du 5 août 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2001.60 del 5 agosto 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 21

delle CGA, sono escluse all'assicurazione a) ...omissis... b) ...omissis... c) ... omissis... d) le spese d'ospedalizzazione relative a cure causate da alcoolismo, tabagismo e tossicomania . "

"(Doc . _) Al riguardo, il Dr. Med. _____ ha osservato: " (...) Dopo aver constatato che dagli atti relativi alla degenza risulta in modo inequivocabile che la Signora _____ è stata ricoverata per effettuare una cura disintossicante dall'alcool, costato che i medici Dr. _____ e Dr. _____ nei loro scritti successivi indirizzati alla cassa malati, cambiano atteggiamento e pongono l'accento sullo stato depressivo. Il Dr. _____ nel suo scritto del 27.03.02 rivede parzialmente il suo scritto del 12.10.00, che risulta in contrasto con il suo precedente scritto del 06.07.00. Il Dr. _____ é ora più possibilista, limitandosi ad affermare che "sicuramente la componente etilica ha contribuito a peggiorare lo stato ansioso-depressivo di questa paziente. In una situazione simile è comunque sensato anche per evitare delle complicazioni future, di procedere ad una disintossicazione etilica". Siccome a suo tempo avevamo fatto rilevare che durante la degenza non era stato coinvolto nella gestione del caso uno psichiatra, il Dr. _____ scrive: "questi stati ansioso-depressivi sono risolvibili, nella maggior parte dei casi, dai medici internisti e generalisti, essendo una patologia molto frequente che colpisce sino al 25% della popolazione secondo dati statistici recenti. Gli psichiatri inoltre sono di regola difficilmente recuperabili d'urgenza per cura di questi pazienti. Inoltre il decorso rapidamente favorevole della situazione, non ha giustificato la convocazione di uno specialista. Effettivamente la paziente ha potuto essere dimessa a domicilio già dopo 11 giorni, in uno stato psicologico molto migliorato". Posso condividere solo parzialmente quanto scritto dal Collega Dr. _____: in effetti concordo che questi disturbi ansioso-depressivi sono piuttosto frequenti e che nella maggior parte dei casi possono essere gestiti dai medici internisti e generalisti. Questo però soltanto fin che il caso è gestibile in ambulatorio. E' infatti a tutti noto che sia i generalisti sia gli internisti nella loro pratica quotidiana si occupano delle patologie psichiatriche minori. Quando però il quadro clinico diventa tale da rendere necessaria una cura stazionaria, penso che il ricovero deve essere effettuato necessariamente in una struttura adeguata con il supporto dei medici specialisti. Come non viene ricoverato in ortopedia il paziente infartuato o in neurologia il paziente con una colica renale, penso che la cura stazionaria dei pazienti depressi sia da lasciare agli specialisti psichiatri, che evidentemente potranno valersi della collaborazione di tutti gli altri specialisti. Non può in alcun caso essere condiviso il principio secondo cui medici internisti e generalisti ricoverano sotto la loro diretta responsabilità in Clinica

pazienti primariamente psichiatrici, gestendo questi casi senza il coinvolgimento di specialisti. Non penso d'altra parte che questo atteggiamento sia compatibile con quanto previsto dalla pianificazione ospedaliera. Il Dr. _____, nel suo scritto del 28.03.02, conferma che durante la degenza dal 04.07. al 15.07.00 è stata effettuata in Clinica una disassuefazione etilica. Che la paziente presentasse anche uno stato depressivo è stato appurato e può sicuramente essere condiviso: non posso invece condividere l'affermazione che lo stato depressivo di per sé giustificava l'ospedalizzazione della paziente. Come già detto sopra, dalla documentazione della cartella clinica risulta evidente che la Signora _____ è stata ricoverata per effettuare la disintossicazione dall'alcool, non è stato coinvolto nessuno specialista psichiatra nella gestione del caso e non sono state impostate terapie psichiatriche particolari. Anche il decorso, con netto miglioramento dello stato di salute della paziente in pochi giorni, depone contro uno stato depressivo grave che non potesse essere gestito ambulatoriamente." (Doc. _) 1.20. Con scritto del 25 aprile 2002 l'assicurata ha osservato: " Ho preso atto dei rapporti allestiti dal Dr. _____, medico di fiducia della Cassa Malati _____ e quindi dal punto di vista procedurale chiaramente di parte. Per il resto osservo quanto segue : - il Dr. _____ ha effettuato le proprie osservazioni basandosi esclusivamente sulla documentazione scritta a sua disposizione e senza mai aver incontrato la signora _____. Le conclusioni alle quali egli giunge sono quindi da interpretare con la dovuta precauzione ritenuto che non possono essere ovviamente considerate esaustive e sicure; - per contro i medici che hanno avuto in cura l'assicurata e che quindi conoscono sicuramente meglio e nel dettaglio le condizioni di salute di quest'ultima hanno certificato e pure ribadito che il ricovero dell'assicurata non si è reso necessario a causa di problemi dovuti al consumo di alcool, patologia che tuttavia correttamente è pure stata seguita visto che la signora _____ già si trovava degente per altri motivi in clinica. Chiedo quindi la conferma di quanto richiesto con la Petizione introdotta." (Doc. _) in diritto 2.1. La LAMI - che regolamentava, sino al 31 dicembre 1995, l'assicurazione contro le malattie - è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Giusta l'art 102 LAMal, le previgenti assicurazioni delle cure medico-sanitarie e d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della LAMal: alla fattispecie ora sub iudice - verificatasi nel 2000 - è, dunque, applicabile la LAMal. 2.2. Secondo quanto disposto dall'art 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un'altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi civili (cfr. R. Spyra, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, Revue suisse d'assurances/Schweizerische Versicherung-Zeitschrift 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spyra, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 5/1995, p. 256259; P-Y Greber, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, in Revue de droit administratif et de droit fiscal, 3/4, 1996, p. 225-251). Giusta l'art 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla

sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Nelle contestazioni giusta il cpv. 2, non possono essere addossate spese procedurali alle parti; tuttavia il giudice può mettere tutte queste spese o una parte di esse a carico della parte temeraria. Il 1. gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che " le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni. È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA." L'art 75 cpv. 2 LCAMal dà quindi competenza al TCA - competente a dirimere le vertenze relative alle assicurazioni sociali - per dirimere le contestazioni sorte fra assicuratori ed assicurati in materia di assicurazioni complementari all'assicurazione malattia sociale praticate da assicuratori autorizzati a praticare l'assicurazione malattia obbligatoria. In queste circostanze, trattandosi nel caso di specie di tematiche connesse a prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (cfr. A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing et Lichtenhahn 1996, p. 134) - ambito nel quale le casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati a emanare decisioni - il TCA è competente a statuire sulla petizione presentata. 2.3. Nel caso in discussione _____ ha chiesto sostanzialmente che la Cassa Malati _____, in virtù della copertura complementare per le spese di degenza in camera privata, sia tenuta al pagamento della differenza di spesa tra quanto ammesso (importo di fr. 4'200.- derivante dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico sanitarie) e le spese cagionate dal ricovero in reparto privato della Clinica _____. In discussione è dunque la natura del ricovero dovuto, secondo l'assicuratore, ad abuso etilico e pertanto escluso dalla copertura complementare. Occorre innanzitutto notare che nel giugno del 1999 la Cassa malati _____ ha inviato ai propri assicurati, compresa la signora _____, una circolare con la quale ha precisato che per le assicurazioni complementari inerenti ai contratti corrispondenti alle classi _____, decesso, __, __, __, __ e __ entrate in vigore prima del 1° gennaio 1999 vanno applicate le vecchie condizioni generali e speciali di assicurazioni (edizione 1.1.1997), salvo la possibilità per gli assicurati in questione di scegliere, a norma dell'art. 35 LCA, di sottoporre i propri contratti di assicurazione alle nuove condizioni (edizione 1.1.1999), facendone semplicemente richiesta per iscritto (cfr. doc. ____). Pur avendone avuto la possibilità, la ricorrente non ha richiesto per iscritto alla Cassa malati di venire sottoposta alle nuove condizioni d'assicurazione, motivo per cui alla presente controversia vanno applicate le condizioni generali e speciali di assicurazione nella loro edizione 1.1.1997 (cfr. doc. ____), come peraltro indicato sulla polizza d'assicurazione (cfr. doc. ____). Secondo le condizioni speciali dell'assicurazione complementare ____ (denominata anche _____ sulle CGA edizione 1997), cui ha aderito la parte attrice, la Cassa - in caso di ricovero in un ospedale da essa non inserito in una lista di preclusione (art. 4 CSA) - copre i costi derivanti dalla differenza tra le prestazioni obbligatorie e quelle - complete - previste per la divisione privata. Tra le cure ed i rischi esclusi, l'art. 9 delle condizioni speciali dell'assicurazione complementare _____ delle spese di ospedalizzazione elenca espressamente, oltre ai rischi citati all'art. 21 CGA, anche: "d) le spese d'ospedalizzazione relative a cure causate

da alcolismo, tabagismo e tossicomania.” Occorre quindi verificare i presupposti del ricovero, che la Cassa ha comunque ritenuto necessario ammettendo il suo intervento in base all’assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. 2.4. Giusta l’art 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.). 2.5. Nel caso concreto le parti hanno voluto escludere dalla copertura quelle prestazioni derivanti da un’ospedalizzazione relativa a cure causate dall’alcolismo (art. 9 lett. d delle condizioni speciali

dell'assicurazione complementare delle spese di ospedalizzazione; cfr. doc. __, pag. 60). Il senso delle espressioni usate e la volontà delle parti appaiono manifesti, chiari ed inequivoci. In effetti l'alcolismo è definito dai più diffusi dizionari quale "intossicazione per abuso di bevande alcoliche". 2.6. Essendone palesemente escluso il rischio (art. 9 lett. d CSA), l'ospedalizzazione in reparto privato per una cura dovuta all'alcolismo non è coperta dall'assicurazione complementare _____ conclusa da _____ con la convenuta. Poco importa se quella cura stazionaria era necessaria, come riconosciuto implicitamente dall'assicuratore malattia, per curare gli effetti dell'abuso etilico. La Cassa malati _____ ha quindi ritenuto che il rimborso del ricovero dell'assicurata in reparto privato presso la Clinica _____ non sia dovuto poiché determinato da una cura disintossicante per abuso alcolico, ossia per epatopatia etilica. Occorre quindi domandarsi se, nel caso concreto, il ricovero di _____ presso la Clinica _____ dal 4 al 15 luglio 2000 sia da considerare quale ricovero ospedaliero relativo a cure causate da alcolismo: la risposta appare decisamente positiva. 2.7. Dalla documentazione medica agli atti appare chiaramente che il motivo del ricovero fosse un'epatopatia etilica dovuta ad abuso etilico. Lo comprova il certificato medico di entrata alla Clinica _____. La diagnosi in data 5 luglio 2000 descritta dal Dr. Med. _____ è: "abuso etilico, epatopatia etilica" (cfr. doc. _). Il certificato medico di uscita dalla stessa clinica, redatto in data 18 luglio 2000 sempre dal Dr. Med. _____, specifica la diagnosi finale: "epatopatia etilica (abuso etilico)" (cfr. doc. _). Soprattutto la cartella clinica della ricorrente stilata presso la Clinica _____ induce a ritenere un ricovero per cura disintossicante, risulta infatti che l'affezione di cui soffre la paziente è "uno stato ansioso con associato abuso etilico (circa 1 litro di vino al giorno); è previsto un ricovero presso la Clinica _____ per effettuare una cura di disassuefazione alcolica per venerdì 7 luglio. Dato l'aumento dello stato ansioso, non essendo gestibile a livello ambulatoriale, viene ricoverata oggi presso la nostra struttura" (cfr. doc. _) ed ancora "ha iniziato la cura disintossicante con Temesta (...). Si valuterà se trasferirla nei prossimi giorni presso la Clinica _____. 7 luglio 2000: la paziente non vuole essere trasferita presso la Clinica _____. Si annulla il ricovero e continuerà la disintossicazione presso la nostra struttura (...)" (cfr. doc. _). In una comunicazione confidenziale del 6 luglio 2000 del Dr. Med. _____ (medico curante della signora _____) alla Clinica _____, il medico ringrazia i colleghi per la pronta accettazione della sua paziente presso la loro struttura, indicando che l'assicurata presenta "un importante abuso etilico, ultimamente esacerbato" (cfr. doc. _). Inoltre, in una richiesta di consulto medico datata 13 luglio 2000, il Dr. _____ spiega al Dr. _____ (medico consulente) che la signora _____ è una "paziente etilista, ricoverata per una cura di disintossicazione" (cfr. doc. _). Per contro, nei certificati medici stilati su richiesta della ricorrente successivamente al rifiuto da parte della Cassa malati _____ di pagare le spese per l'ospedalizzazione in reparto privato dell'assicurata, sia il Dr. _____, sia il Dr. _____ hanno attenuato le loro precedenti attestazioni affermando che il motivo principale del ricovero di _____ presso la Clinica _____ fosse riconducibile ad un peggioramento della depressione della paziente e non all'abuso etilico (cfr. doc. _ e doc. _). Occorre notare, in relazione allo scritto 12 ottobre 2000 del Dr. _____ all'assicuratore, che il curante accenna a "moderato abuso etilico", mentre in precedenza il medesimo Dr. _____, nella sua comunicazione confidenziale del 6 luglio 2000 alla Clinica _____, precisava che la paziente presentava un "importante abuso etilico, ultimamente esacerbato" (cfr. doc. _). Il Dr. Med. _____, fiduciario dell'assicuratore, in data 30 ottobre 2000 ha espresso

perplexità in merito ai motivi del ricovero dell'assicurata presso la Clinica _____ formulati nei certificati medici del 7 agosto 2000 del Dr. Med. _____ (cfr. doc. _) e del 12 ottobre 2000 del Dr. Med. _____ (cfr. doc. _). La motivazione appare in netto contrasto con quanto riportato sia nel certificato di entrata alla Clinica (cfr. doc. _), sia nel certificato di uscita dalla stessa (cfr. doc. _), dove la diagnosi medica si riferisce espressamente a "abuso etilico - epatopatia etilica" ed evidenzia i soli 12 giorni di ricovero, periodo stranamente corto per una depressione, rispettivamente e chiede quale psichiatra abbia seguito la paziente durante la degenza rispettivamente quali le cure eseguite (cfr. doc. _). Dopo avere esaminato la cartella clinica completa della signora _____, il Dr. _____ (scritto del 13 dicembre 2000) ha ribadito che la diagnosi principale che ha portato al ricovero dell'assicurata è stato l'etilismo cronico con la conseguente necessità di una cura disintossicante; quali diagnosi secondarie, ha ammesso i disturbi ansioso-depressivi, oltre a problemi organici, patologie per le quali non si sarebbe resa necessaria l'ospedalizzazione (cfr. doc. _). Chiamato successivamente da questo Tribunale ad esprimere le motivazioni della sua presa di posizione (cfr. doc. _ e doc. _), il Dr. _____ ha rilevato che tutti i documenti fra medico curante e Clinica (cfr. doc. _ e doc. _) come pure gli atti medici relativi alla degenza della paziente presso la Clinica _____ (cfr. doc. _; doc. _; doc. _) indicano in modo inequivocabile che la signora _____ è stata ricoverata per effettuare una cura disintossicante dall'alcol; gli unici documenti in contrasto con tale conclusione sono costituiti dagli scritti rilasciati direttamente all'indirizzo della Cassa malati (cfr. doc. _; doc. _). Il medico fiduciario ha poi osservato che il problema dell'abuso etilico è molto probabilmente correlato ai disturbi depressivi e alle crisi di panico di cui soffre l'assicurata, ma questo non ha influenza alcuna sul motivo principale della degenza presso la Clinica, vale a dire la necessità di sottoporre l'assicurata a cura di disintossicazione dall'alcol. Il Dr. _____ ha ribadito che il ricovero della paziente presso la Clinica _____ dal 4 al 15 luglio 2000 si è reso necessario al fine di effettuare una disintossicazione da alcol, rischio espressamente escluso dalle condizioni di assicurazione della Cassa malati _____ (cfr. doc. _; consid. 1.18.). Dal canto loro i dott. _____ e _____ hanno confermato le valutazioni espresse alla Cassa. Quanto al fatto che nessun medico psichiatra abbia seguito la paziente durante l'ospedalizzazione, il Dr. _____ ha indicato che "gli stati ansioso-depressivi, molto diffusi fra la popolazione, sono risolvibili, nella maggior parte dei casi, da medici internisti e generalisti; inoltre, il rapido decorso favorevole della situazione della paziente non ha reso necessario tale intervento". Il Dr. _____ ha ribadito invece che, appurato lo stato depressivo della paziente, un'ospedalizzazione per il solo stato depressivo non era giustificata alla luce dell'assenza di terapie psichiatriche e di intervento di specialista nonché per la breve durata del ricovero con conferma di ricovero per procedere alla disintossicazione etilica della paziente (cfr. doc. _; consid. 1.19.). 2.8. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tien conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le

conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinante dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii; STFA 29.9.98 in re UAI c. F non pubbl; RAMI 2000 p. 214). 2.9. Nel caso in discussione le valutazioni del Dr. _____, anche in assenza di una visita diretta della paziente, appaiono convincenti. In effetti il professionista è stato completo ed esaustivo nella sua indagine. Ha approfondito il suo esame ed ha trovato - a livello di sue conclusioni - conforto in numerose certificazioni mediche e comunicazioni agli atti, in particolare i certificati medici di entrata (cfr. doc. _) e di uscita (cfr. doc. _) dalla Clinica _____ in cui viene indicata chiaramente, quale diagnosi clinica, "epatopatia etilica - abuso etilico"; la cartella clinica della paziente, in cui è specificato che la stessa ha seguito una cura disintossicante (cfr. doc. _; doc. _; doc. _); la comunicazione confidenziale del medico curante alla Clinica _____, nella quale il medico ha indicato che la paziente presentava un "importante abuso etilico, ultimamente esacerbato" (cfr. doc. _). L'asserito motivo principale dell'ospedalizzazione della signora _____, vale a dire il peggioramento dello stato depressivo della paziente sostenuto dal Dr. Med. _____ e dal Dr. Med. _____ (cfr. doc. _, doc. _; doc. _ e doc. _), che non è stato seguito nei fatti da trattamento di tipo psichiatrico né ha dato luogo ad una visita specialistica da parte di un medico psichiatra (cfr. doc. _ e doc. _) rafforzano la valutazione del Dr. _____. Questo Tribunale non può che concludere che il ricovero della ricorrente presso la Clinica _____ dal 4 al 15 luglio 2000 sia stato reso necessario al fine di procedere ad una disintossicazione dall'alcol della paziente, lo stato depressivo costituendo solo un aspetto secondario e collaterale rispetto all'abuso etilico. Questa circostanza appare ulteriormente rafforzata dall'esame delle fatture sia della Clinica che dei medici che si sono alternati nella cura, dalle quali non appaiono interventi di natura psichiatrica ma solo internistica (doc. _, fattura del Dr. _____, FMH in medicina interna, endocrinologia) e dalla breve durata del ricovero più idonea ad una cura disintossicante (esplicitamente ammessa nel doc. _) inizialmente prevista alla Clinica _____ che non alla cura di una depressione. E' quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (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), che il ricovero fu determinato dalla necessità di eseguire una cura disintossicante. Le spese cagionate dal ricovero in reparto privato della ricorrente presso la Clinica _____, dal 4 al 15 luglio 2000, non possono quindi essere poste a carico della Cassa Malati _____, in virtù della copertura complementare disciplinata dalle condizioni speciali dell'assicurazione complementare delle spese di ospedalizzazione e in particolare dall'art. 9d di tali condizioni di assicurazione, poiché sono escluse espressamente dalla copertura le spese d'ospedalizzazione causate da alcolismo. La petizione va respinta senza carico di tasse e spese alla parte attrice e senza attribuzione di ripetibili.

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