

TI_GERICHTE 36.2002.100 vom 29. Juli 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-07-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.100

FR: TI_GERICHTE 36.2002.100 du 29 juillet 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.100 del 29 luglio 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare: - per la lett. a: gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica; - per la lett. b: le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico; - per la lett. e: la degenza nel reparto comune di un ospedale. 2.4. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25 e seg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Questo disposto precisa che "le prestazioni di cui agli art. 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche". 2.5. L'art. 41 cpv. 1 LAMal dispone che l'assicurato ha la libera scelta fra i fornitori di prestazioni autorizzati ed idonei alla cura della sua malattia. Tale libera scelta è, però, concretamente limitata dalla successiva precisazione secondo cui, in caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. Il cpv. 2 dello stesso disposto precisa, poi, che, se per motivi di ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi di ordine medico i casi di urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate: a) nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni se si tratta di cura ambulatoriale; b) nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato giusta l'art. 39 cpv. 1 lett. e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera. 2.6. In concreto è censurato il mancato rimborso da parte della _____ degli importi relativi alla visita effettuata dall'assicurato all'estero, in Italia. A norma dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 o 29 eseguite all'estero per motivi di ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi di ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero. L'art. 34 cpv. 2 LAMal corrisponde all'art. 28 cpv. 2 del progetto di legge elaborato dal Consiglio federale (FF 1992 I 236), ripreso dalle Camere federali senza che abbia dato luogo ad obiezioni di sorta (cfr. Boll. uff. CS 1992 pag. 1305, CN 1993, pag. 1847). Nel suo

Messaggio del 6 novembre 1991 relativo alla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 133), il Consiglio federale rilevava quanto segue: " Il principio della territorialità che continua a reggere il nostro sistema di assicurazione malattia non ci impedisce di "istituzionalizzarne" le possibili eccezioni. Parecchie casse malati, già attualmente, hanno iniziato questa apertura nella loro sfera di autonomia. L'innovazione che figurerà nella legge presenta il sensibile vantaggio di porre tutti gli assicurati su un piano di uguaglianza. Essa prende in considerazione i casi in cui le prestazioni sono fornite all'estero per motivi di ordine medico. Si tratterà pertanto di un caso di urgenza oppure di un caso per il quale non esiste, in Svizzera, la prestazione equivalente. La seconda eccezione che abbiamo previsto riguarda il parto all'estero per motivi che non sono di ordine medico. Pensiamo principalmente al parto che deve avere luogo all'estero per motivi di acquisizione della nazionalità (applicazione del principio dello jus soli). Il Consiglio federale avrà la competenza di fissare limiti ai costi che devono essere assunti; dal profilo della sistematica, ci si potrebbe ad esempio ispirare alla soluzione adottata agli art. 10 cpv. 3 LAINF e 17 OAINF (RS 832.20; RS 832.202)." Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, l'autorità esecutiva ha emanato gli art. 36 e 37 OAMal. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Il cpv. 4 di tale disposto determina l'estensione dell'assunzione delle prestazioni dispensate all'estero. Come rammenta G. Eugster (Krankenversicherung in SBVR, cifra 175) "Der Notfall ...liegt... vor wenn die Versicherte Person im Ausland unvorgesehen und überraschend der Behandlung bedarf ...gleiches gilt wenn im Ausland eine in der Schweiz begonnene Behandlung fortgesetzt werden muss." Secondo il cpv. 1 dell'art. 36 OAMal, il dipartimento, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera. Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) - dopo che la Commissione federale delle prestazioni generali ha ritenuto irrealizzabile l'allestimento di un elenco dei trattamenti, da porre a carico dell'assicurazione di base, dispensati all'estero perché non lo possono essere in Svizzera - non ha finora fatto uso di questa delega legislativa e non ha pertanto designato le prestazioni in questione (cfr. DTF 128 V 75 e STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa D., inc. K 44/00). Il Tribunale federale delle assicurazioni, da parte sua, effettuata l'esegesi della norma legislativa in oggetto, ha osservato, in virtù del principio della territorialità che caratterizza il sistema stesso dell'assicurazione malattia (cfr. G. Eugster, op. cit., loc. cit.), di non poter dedurre direttamente dall'art. 34 cpv. 2 LAMal un diritto a prestazioni per i trattamenti effettuati all'estero (DTF 128 V 75 consid. 3). Cionondimeno, la stessa Corte ha evidenziato la volontà manifestata dal Consiglio federale di fare uso della facoltà prevista dall'art. 34 cpv. 2 LAMal dal momento che non solo esso ha delegato al DFI il compito di allestire l'elenco delle prestazioni che non possono essere fornite in Svizzera, ma ha anche fissato il quadro per l'assunzione dei relativi costi (Art. 36 cpv. 4 OAMal; DTF 128 V 75 consid. 4b). Il TFA ha concluso che il mancato allestimento della lista delle prestazioni non può, di per sé e in maniera generale ed assoluta, costituire un impedimento all'assunzione dei trattamenti medici che non possono essere effettuati in Svizzera. Ciò ancor meno dal momento che l'UFAS, preso atto dell'irrealizzabilità di un simile elenco, raccomanda, in taluni casi e a determinate condizioni, l'assunzione di queste spese. Ritenendo la norma

legale sufficientemente precisa per essere applicata (DTF 128 V 75 consid. 4b) e rilevando comunque la necessità di assicurarsi, da un lato, che la prestazione ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 e 29 LAMal, che deve rispondere al criterio di idoneità, non possa realmente essere fornita in Svizzera, e, dall'altro, che i requisiti di efficacia e di economicità vengano ugualmente presi in considerazione, la Corte federale non ha giudicato necessario di dover colmare una lacuna e di dover stabilire, caso per caso, l'elenco delle prestazioni, visto che la disposizione legale è sufficientemente chiara per essere applicata (DTF 128 V 81). Il fatto che la Commissione preposta non si sia (ancora) espressa sull'assunzione, a carico dell'assicurazione di base, di interventi effettuati all'estero e non praticati in Svizzera, non può escludere a priori un obbligo prestativo da parte degli assicuratori malattia (STFA dell'8 ottobre 2002, K 44/00).

2.7. Nel caso di specie _____ è stato visitato in data 7 dicembre 2001 dal Dr. _____ di _____ (doc. _). L'assicuratore si rifiuta di rimborsare l'importo fatturato dallo specialista poiché non sarebbero adempiute le condizioni previste dall'art 36 OAMal relative alle prestazioni dovute in caso di urgenza. Nella sentenza del 31 agosto 2001 citata dalle parti (K83/01) il TFA ha indicato che: " Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist, nicht aber wenn sich der Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt (Art. 36 Abs. 2 KVV; BGE 126 V 486 Erw. 4) ." Dagli atti all'incarto emerge che il Dr. med. _____, nella propria parcella sanitaria del 7 dicembre 2001 ha indicato " visita oculistica urgente ". L'assicurato ha inoltre annotato che " ero andato a _____ per fare le compere. Improvvisamente si è messo a farmi male un occhio. " (doc. _) Dall'attestazione per malattia sottoscritta dal ricorrente figura, alla voce " natura della malattia ", l'indicazione "improvvisa ." (doc. _) Nell'incarto non vi sono altri atti medici. Al fine di chiarire la fattispecie, il TCA ha chiesto al ricorrente di produrre un certificato del Dr. _____ contenente una descrizione dettagliata e precisa, in particolare dei seguenti punti: " (...) 1. motivo della sua visita del 7 dicembre 2001, descrizione della patologia, precisando quali esami sono stati effettuati e per quale motivo; 2. in cosa è consistita l'asserita urgenza. In particolare il medico dovrà indicare se la visita era improcrastinabile e per quale motivo, precisando cosa si intende per "visita oculistica urgente" (Doc. _) Con scritto del 18 febbraio 2003 l'insorgente ha affermato: " Le chiedo di valutare attentamente il caso e di voler modificare, tornando applicabile il diritto civile, o meglio, di voler modificare l'ordinanza sulle prove che mi volete imporre di portare a brevissimo termine. Per un importo di meno di cento franchi svizzeri, il suo tribunale pretende che io vada ad indagare nelle partite IVA italiani, mi faccia rilasciare lunghi rapporti di uno specialista, il che richiederebbe molto tempo, quando io sono assicurato per la prima classe e cure all'estero! Il principio inquisitorio non può essere per chiara giurisprudenza del TF (DTF 119 Ib 505 e DTF 106 Ib 80) essere stravolto da negligenze processuali del signor _____ della _____. Io le prove le ho fornite sia alla _____ che ha sempre risposto, senza accertare i fatti, che non pagava. Sono prove irrilevanti che il suo tribunale mi chiede e oltretutto sono incerte alla distanza di più di un anno. Le chiedo di modificare e annullare l'ordinanza sulle prove." (Doc. _) In risposta il TCA ha affermato: " con riferimento alla vertenza a margine e al suo cortese scritto del 18 febbraio 2003, in allegato le trasmettiamo nuovamente la nostra richiesta del 3 febbraio 2003 (doc. _) che le chiediamo di voler sottoporre al Dr. med. _____ di _____. Le rammentiamo infatti il dovere delle parti di collaborare all'assunzione delle prove. La informiamo inoltre che la relativa nota d'onorario che emetterà il medico in relazione alle

risposte alle nostre domande potrà essere trasmessa a questo Tribunale e potrà essere rimborsata secondo le tariffe vigenti in Ticino." (Doc. _) In data

E. 27

marzo 2003 l'insorgente ha affermato: " Dopo attenta riflessione le chiedo di voler valutare attentamente e di voler modificare le domande processuali. Le chiedo questo per il rispetto dell'economia di causa, o meglio processuale. Infatti essendo il mio un importo modesto ca. 90 franchi svizzeri non vi è logica che il Cantone si sobbarchi di spese ben superiori all'importo che la Cassa _____ mi deve. Onestamente è passato, o meglio trascorso, tanto tempo per la testardaggine della _____ a non pagare, quanto sono assicurato per le cure all'estero! Oggi come oggi non si può ricostruire quello di due anni fa." (Doc. _) Ritenuto che dai documenti dell'incarto non emerge né la diagnosi né il motivo delle visite e rilevato che il medico si trova in Italia, questo Tribunale aveva chiesto al ricorrente di voler sottoporre allo specialista che l'ha avuto in cura alcune semplici domande. L'insorgente tuttavia, come visto, non ha dato seguito alle richieste del TCA. Giova qui ricordare che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio (STFA del 5 settembre 2001 nella causa C., U 94/01; STFA del 31 maggio 2001 nella causa C., I 83/01; STFA del 13 marzo 2001 nella causa P., U 429/00; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). E' dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; MEYER, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; SPIRA, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; KURMANN, "Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; BEATI in: "Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.). Su questi aspetti, si veda in particolare: DUC, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". In concreto l'assicurato a parte una parcella del medico del 7 dicembre 2001 dove viene indicato " visita oculistica urgente " non ha prodotto alcun documento medico malgrado le sollecitazioni in tal senso da parte del TCA. Non vi è dunque alcun indizio circa l'asserita urgenza di una visita presso uno specialista all'estero e non è dato di sapere in cosa è consistita le visita e per quale motivo non sarebbe stato possibile rientrare in Svizzera (che si trova a pochi chilometri da _____) per effettuare i controlli richiesti. Questo TCA deve pertanto concludere che non è stata resa verosimile, secondo un principio valido nelle assicurazioni sociali (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., C 49/00, consid. 2c; STFA del 22 agosto 2000 nella causa B., C 116/00, consid. 2b; STFA del 23 dicembre 1999 nella causa F., C 341/98, consid. 3; SZS

1993 pag. 106 consid. 3a; RCC 1986 pag. 202 consid. 2c, RCC 1984 pag. 468 consid. 3b, RCC 1983 pag. 250 consid. 2b; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung", in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 31-32; Scartazzini, "Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale", Basilea 1991, pag. 63), l'urgenza della visita presso il Dr. _____.

Nemmeno è provato che la stessa prestazione non poteva essere ottenuta in Svizzera. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, non avendo l'assicurato presentato nessuna prova a sostegno della sua tesi, il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione della Cassa merita conferma.

2.8. Nel proprio ricorso l'assicurato chiede l'intersecazione del seguente passaggio della decisione su opposizione: " Va inoltre rilevato che la ricevuta completata dal Dr. _____, se rilasciata effettivamente per prestazioni sanitarie, è esente da IVA. Nella fattispecie, un importo IVA di Lire 2'500 è stato fatturato, a testimonianza che la ricevuta è stata rilasciata non per prestazioni sanitarie, ma per prestazioni di altra natura." La legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA) non prevede nulla in merito. Tuttavia l'art. 23 LPTCA sancisce che per quanto non stabilito dalla presente legge valgono le norme federali che regolano le materie e sussidiariamente il Codice cantonale di procedura civile. Secondo l'art. 68 cpv. 1 CPC, applicabile sussidiariamente in virtù del rinvio contenuto nell'art. 23 LPTCA, le parti hanno il dovere di comportarsi in giudizio con lealtà e probità, di non offendere le convenienze, di non turbare l'andamento delle udienze e di non fare uso di espressioni ingiuriose od offensive. Se le contumelie si trovano in allegazioni scritte il giudice le interseca (art. 68 cpv. 3 CPC). E' evidente che per ravvisare la fattispecie di questo articolo bisogna essere in presenza di vere ingiurie o di parole o frasi ritenute oggettivamente offensive: la legge parla di "contumelie" e di "ingiurie", ovvero di espressioni usate per offendere una persona oppure per far diminuire nei confronti di essa la stima degli altri, senza che il proferente sia spinto dalla necessità di esporre oggettivamente dei fatti o di criticare quanto avvenuto. Se al contrario non è palese l'intenzione di nuocere alla controparte, quando cioè le parole esprimono una valutazione soggettiva dell'agire dell'altro, non si può parlare di ingiurie e di contumelie (ad esempio se sono stati usati termini come "cavillosità, manovre defatigatorie, pietismo, cocciutaggine"). E' chiaro che una causa giudiziaria è un litigio, una contesa, che in quanto tale ha delle durezze e degli spigoli per le parti avversarie: se da un lato non si deve sconfinare nella maleducazione e nelle offese vere e proprie, neppure ci si può appellare ad un'eccessiva suscettibilità per far stralciare una parte del lavoro avversario (cfr. F. Ottaviani, Le parti nel processo civile ticinese, Schulthess polygraphischer Verlag, Zurigo 1989, pag. 164-165). Nell'evenienza concreta il passaggio sopra menzionato non giustifica l'applicazione dell'art. 68 cpv. 3 CPC. Infatti, nel passaggio sopra citato non sono ravvisabili contumelie della Cassa convenuta. Per cui l'istanza di intersecazione va respinta. B.

Assicurazioni complementari 2.9. Oltre all'assicurazione di base _____ era assicurato presso la _____ anche per talune complementari (assicurazione delle cure medico-sanitarie _____, assicurazione delle spese di ospedalizzazione, assicurazione infortuni per decesso e invalidità, assicurazione complementare di infortunio per le cure e assicurazione per le cure dentarie). Egli nei suoi scritti fa in particolare valere di essere assicurato per le cure all'estero. In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi in base alle assicurazioni complementari, vanno esaminate le condizioni generali e complementari delle assicurazioni sottoscritte dall'attore. Escluse le assicurazioni per le cure dentarie, d'infortunio per decesso e invalidità, d'infortunio per le cure (il ricorrente non

fa valere di essere stato vittima di un infortunio) e l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione, classe di prestazioni 3, va esaminato se l'assicurazione delle cure medico-sanitarie _____ trova applicazione nel caso in esame. Le prestazioni previste da quest'ultima assicurazione sono: " occhiali e lenti a contatto, mezzi ausiliari, trasporti, esami preventivi ginecologici, medicinali, cure balneari nei paesi esteri confinanti, psicologi e psicoterapisti indipendenti, vaccinazioni preventive, corsi di preparazione al parto e ginnastica per gestanti, corsi di ginnastica postnatale, legatura volontaria o vasectomia volontaria, nonché check-up." (art. D2) L'assicurazione prevede inoltre un'assicurazione viaggi e vacanze valida 8 settimane (56 giorni) per anno civile, vale a dire per le prime 8 settimane oltre i confini svizzeri. Per il cpv. 2 dell'art. D3 in questo caso sono determinanti le condizioni complementari d'assicurazione concernenti l'assicurazione viaggi e vacanze (CCA Q), ad eccezione degli art. Q2, cpv. 2 come pure Q3, cpv. 1 a 3 e Q 24. L'art. Q1 prevede che tramite l'assicurazione viaggi e vacanze, gli assicurati _____ residenti in Svizzera e i frontalieri che hanno concluso quest'assicurazione sono coperti, per la durata del loro viaggio o delle loro vacanze, per i seguenti rischi: presso la _____: spese di guarigione. Presso la _____: assistenza persone, bagagli, spese di annullamento. L'art. Q13 prevede che l'assicurazione viaggi e vacanze prende a suo carico, in caso di trattamento ambulatoriale e di ospedalizzazione, le spese di guarigione non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e da eventuali assicurazioni complementari provocate da una malattia o da un infortunio prodottosi durante un viaggio d'affari o di piacere o durante un soggiorno di vacanze all'estero. E' esclusa la partecipazione ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Va qui rammentato che l'art. A6 cpv. 1 delle CCA prevede che è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità di lavoro mentre per il cpv. 3 è considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica o psichica. L'art. Q6 cpv. 5 prevede che non sono assicurati gli eventi prodottisi già prima della conclusione del contratto, della partenza o che erano prevedibili per una persona assicurata (compresa la gravidanza). Il cpv. 6 esclude l'assicurazione in caso di soggiorno all'estero per il trattamento di malattie o di postumi d'infortunio già esistenti (p. es. cure). 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 o limitativi delle prestazioni; 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.). 2.10. Nel caso concreto l'assicurato afferma di essere andato a _____ a fare le compere ed improvvisamente si è messo a fargli male un occhio (doc. _). Chiamato dal TCA a produrre la documentazione atta a stabilire il motivo della visita, la descrizione della patologia, gli esami effettuati e a produrre la cartella clinica, l'attore, malgrado sia stato sollecitato dal TCA, non ha prodotto quanto richiesto (doc. _ e seg.; cfr. consid. 2.7.). Va qui rammentato che il medico che ha effettuato la visita si trova a _____, ossia non distante dal C_____. Non sarebbe stato difficile, per _____, raccogliere le prove richieste. Ora, per l'art. 8 CC, ove la legge non disponga altrimenti chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza da lui asserita deve fornirne la prova. Le CGA a questo proposito prevedono all'art. A15 cpv. 6 che qualora venissero fatte valere prestazioni assicurative, l'assicurato deve trasmettere alla _____ tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture di ospedali, medici, personale medico, ecc. Vengono riconosciute soltanto fatture originali. Per l'art. Q15 CCA relativo alla procedura per il conteggio, la distinta delle spese, con fatture originali e dettagliate nonché certificato medico completo, dev'essere presentata entro 30 giorni dalla data di fatturazione. Se i documenti risultano insufficienti, incompleti oppure sono stati inviati tardivamente e se nonostante un richiamo della _____ non sono stati completati entro il termine concesso, le prestazioni della _____ sono fissate sulla base di valori empirici. Una parcella sulla quale figura "visita oculistica urgente" non è sufficiente a comprovare se nel caso di specie le prestazioni effettuate dal medico sono in relazione con spese di guarigione provocate da una malattia o un infortunio. In concreto non

è dato a sapere se il Dr. _____ ha eseguito degli esami o ha prescritto una cura medica nel corso della visita (malattia), né l'assicurato afferma che il male improvviso all'occhio sia da far risalire ad un fattore esterno straordinario (infortunio). Non è inoltre stabilito se il male all'occhio è da far risalire ad una malattia o ad un infortunio già esistenti. In assenza delle prove richieste, non fornite dall'attore, la petizione va di conseguenza respinta.

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