

# TI\_GERICHTE 36.2002.6 vom 8. Oktober 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-10-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.6)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.6 du 8 octobre 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.6 del 8 ottobre 2002

## Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

## Erwägungen

### E. 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." In queste circostanze, trattandosi nel caso di specie di tematiche connesse a prestazioni complementari ai sensi dall'art 12 cpv. 2 e

### 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 dall'interessato in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal. 2.2. Nel caso in discussione \_\_\_\_\_ chiede 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 (copertura per la camera comune in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie) e le spese cagionate dal ricovero in reparto privato nel periodo corrente tra il 17 ed il 30 maggio 2000. In discussione appare quindi essere la natura del ricovero intervenuto presso la Clinica \_\_\_\_\_, ricovero qualificato come di riabilitativo da parte dell'assicuratore e di acuto da parte dell'assicurata. 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, già secondo l'art. 21 delle condizioni generali di assicurazione (CGA qui di seguito), vi sono: " c) i costi di una cura inefficace, inadeguata o non economica. Non è economico il provvedimento medico che non si limita all'interesse della persona assicurata e non è conforme allo scopo della cura. L'efficacia va provata con metodi scientifici." Per le condizioni speciali dell'assicurazione \_\_\_\_\_, art. 9, oltre ai rischi citati all'art. 21 CGA, sono esclusi dall'assicurazione, tra gli altri, anche (litt. e ed f) le spese per cure di convalescenza, di riposo come pure le cure dietetiche e i soggiorni di ristabilimento nonché spese di degenza a scopi di reintegrazione o per ricevere cure palliative. In casu l'assicuratore ritiene che, a partire dal 17 maggio e sino

alla fine del periodo del ricovero, la degenza della signora \_\_\_\_\_ fosse dovuta a ristabilimento ossia a riabilitazione. Nell'allegato di risposta l'assicuratore evoca la lettera f dell'art. 3 CGA che fornisce una definizione di riabilitazione. Occorre quindi interpretare i termini "reintegrazione" rispettivamente "rivitalizzazione" e "ristabilimento" - in sè diversi letteralmente dall'espressione riabilitazione rammentata all'art. 3 lettera f CGA - per comprenderne il significato e la portata. Ciò per verificare, in un secondo tempo, se il ricovero contestato della signora \_\_\_\_\_ rientri nei rischi esclusi contrattualmente dalle parti.

2.3. 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; 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; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, op. cit. pag. 72 sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189; JdT 1990 1612 citate da 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 (in questo senso anche TCA \_\_\_\_\_ in re M. sentenza 21 ottobre 2001).

2.5. Essendone palesemente escluso il rischio (art. 9 CSA) l'ospedalizzazione in reparto privato per una riabilitazione successiva al ricovero per caso acuto non è coperta dall'assicurazione complementare \_\_\_\_\_ conclusa dall'attrice con la convenuta. Poco importa se quella cura stazionaria era necessaria come riconosciuto dall'assicuratore in conseguenza al ricovero presso la stessa Clinica \_\_\_\_\_ per il periodo dal 10 al 16 maggio 2000. \_\_\_\_\_ ritiene il ricovero dal 17 maggio sino alla dimissione non sia dovuto a caso acuto bensì finalizzato alla riabilitazione.

2.6. Occorre quindi domandarsi se, nel caso concreto, il ricovero di \_\_\_\_\_ presso la Clinica \_\_\_\_\_ durante il periodo citato (oggetto della fatturazione del 9 agosto 2000, v. doc.), che ha seguito nel tempo la degenza per caso acuto ammessa dalla \_\_\_\_\_ presso la medesima Clinica \_\_\_\_\_ tra il 10 ed il 16 maggio 2000, sia da considerare quale ricovero di natura riabilitativa. La risposta è negativa data la particolarità della situazione specifica della signora \_\_\_\_\_ così come emersa in corso d'istruttoria di causa alla luce delle certificazioni mediche acquisite e della deposizione del dott. \_\_\_\_\_ esperto per il diabete. Anche se gli atti prodotti dalle parti dimostrano che dal 17 maggio 2000, dopo l'avvio delle cure ed indagini del caso, la signora \_\_\_\_\_ sia stata considerata in "buone condizioni generali" con una glicemia nella sostanza stabilizzata e ritenuto come le indagini eseguite dai medici prima del 17 maggio 2000 siano state approfondite per l'accertamento della malattia della paziente (come rammenta la fattura emessa dalla clinica) non va negletto il fatto che \_\_\_\_\_ – alla sua ammissione in clinica - era affetta non solo da diabete mellito non equilibrato, ma anche da obesità, da ipertensione arteriosa, da una sindrome depressiva comunque stabile al momento del ricovero e da una probabile periartrite sub acuta alla spalla sinistra. Va evidenziato, come rammenta il dott. \_\_\_\_\_ – specialista in materia di diabete, che: " ... (il) diabete (è) patologia molto frequente che generalmente viene curata in via ambulatoria e che invece comporta un ricovero in casi particolari per i quali non possono essere definiti precisi parametri. Si può senz'altro dire che il diabete è ancora per certi versi una malattia sconosciuta, vi sono dei malati che hanno dei seguiti diversi nella malattia pur avendo inizialmente dei valori paragonabili a livello di glicemia. Per determinarsi in merito al ricovero lo specialista considera certamente questi valori di glicemia ma valuta anche altri aspetti quali la reattività

alle precedenti cure instaurate, la loro durata e la frequenza degli scompensi e la capacità del paziente di gestire la situazione. Aspetto questo che mi sembra importante. Procedo ad un ricovero magari anche a fronte di uno scompenso leggero per evitare anche dei danni futuri quando questo scompenso sia duraturo nel tempo e quindi diventa una minaccia per la salute anche futura della paziente. Nel caso specifico questo é stato uno degli elementi che mi ha indotto al ricovero. Lo scopo della ospedalizzazione non è certo quello di giungere ad una glicemia perfetta ma è quello di avviare un meccanismo sia fisico ma anche psichico e quindi di consapevolezza e di responsabilizzazione del paziente che permette di ottenere buoni risultati. Non è importante il quantitativo di peso perso, quanto piuttosto l'insieme dei risultati favorevole che si ottengono." Il professionista, che ha pure pubblicato in ambito scientifico in merito alla patologia di cui si discute, ha inoltre riferito che nel corso del ricovero della signora \_\_\_\_\_ la paziente è stata curata con un medicamento del tutto nuovo per l'epoca (Avandia) i cui effetti dovevano essere particolarmente valutati anche con riferimento alla situazione particolare della paziente, egli si è così espresso: " Avandia era a quel momento un medicinale nuovo per il quale avevamo poca esperienza e che ha quale effetto fare assorbire gli zuccheri dal tessuto grasso e quindi è particolarmente delicato per il paziente soprattutto nel caso concreto." Il dott. \_\_\_\_\_ è stato confrontato con le obiezioni del medico di fiducia della Cassa che, a richiesta del giudice delegato, così si è espresso nelle sue valutazioni: " (...) · i valori di glicemia misurati giornalmente sin dall'inizio della degenza permettono al massimo di parlare di un diabete non controllato in modo ottimale ma non certo di una diabete scompensato. I profili glicemici infatti danno valori di glicemia costantemente entro limiti accettabili, con valore massimo di 13,5 mmol/l misurato alle ore 11.00 del secondo giorno di degenza. Per il diabete mellito è stata continuata la terapia già precedentemente somministrata a domicilio, con l'aggiunta di un nuovo farmaco (Avandia). Questa misura terapeutica, anche combinata con la dieta, non ha permesso di modificare in modo significativo i valori delle glicemie sull'arco della giornata. · Su tutto l'arco della degenza, i valori di PA misurati giornalmente e in alcune occasioni anche più volte al giorno, sono costantemente risultati nella norma. All'inizio della degenza è stato raddoppiato il piccolo dosaggio di betabloccante (Tenormin sub-mite) che la paziente assumeva prima del ricovero, nella seconda parte della degenza sono stati fatti due tentativi di modifica terapeutica per tornare poi al medicamento iniziale (non so per quale motivo). Si può in ogni caso senz'altro affermare che il controllo della PA per questa paziente non è problematico. · Per l'obesità è stata introdotta una dieta ipocalorica di 1000 calorie, che come già detto sopra non ha influenzato in modo significativo il valore delle glicemie ed ha permesso unicamente di ottenere una riduzione di peso di 1 Kg durante 3 settimane (il 11.05. la paziente pesava 95,5 Kg e alla dimissione 94,5 Kg). · Per il disturbo depressivo, non sono state introdotte modifiche terapeutiche, continuando in modo invariato i farmaci che già la Signora \_\_\_\_\_ assumeva in precedenza, a testimonianza della stazionarietà del problema e del buon controllo della situazione. (...)" (Doc. \_) Il dott. \_\_\_\_\_ ha inoltre spiegato: " Per quanto attiene alla durata della degenza alla luce dei risultati delle glicemie osservo, come spesso accade in clinica, che la paziente è tranquilla dopo l'avvio di una cura fisioterapica e di un'adeguata dieta in uno con l'assunzione di medicinali comporta la stabilizzazione della glicemia a valori accettabili. Preciso comunque che Avandia ha un tempo di reazione, per un suo modo di agire, a lungo termine (1 mese). La durata oltre la settimana ammessa dal dott. \_\_\_\_\_ e sino alla fine del ricovero, durata di ricovero stazionario acuto, era per me quella minima per una stabilizzazione, verifica dell'intervento terapeutico. L'aspetto

temporale gioca sempre un ruolo fondamentale in questo tipo di patologia ed in particolare per tutto il periodo della degenza c'è stata un'attività medica mia personale, dell'equipe e comunque il lavoro svolto della paziente stessa. Condivido l'idea che qualora questo lavoro non ci fosse stato per questa durata vi sarebbe potuto essere uno svasamento di questi risultati e quindi per una durata di una settimana il risultato finale non era assolutamente garantito." Questa valutazione dello specialista, che ha avuto in cura diretta per tutta la degenza la paziente, appare decisamente convincente. La signora \_\_\_\_\_, come emerge dagli atti, è da anni ammalata di diabete ed il ricovero è apparso necessario proprio alla luce della reattività della paziente alle cure precedenti, dall'impiego di un medicamento nuovo che si fonda sul principio dell'assorbimento degli zuccheri da parte del tessuto grasso, con situazione comunque particolare in una paziente affetta da obesità importante, e – come verificato in corso d'udienza – dalla necessità di convenientemente istruire ed informare la paziente seguendola durante la degenza. La stabilizzazione della glicemia appariva poi precaria e dettata dal ricovero e dall'attività medica attivata nei confronti della paziente. La posizione, precisa dettagliata e motivata, del dott. \_\_\_\_\_ che ritiene il ricovero quale caso acuto per tutto il periodo dal 10 al 31 maggio 2001, è sorretta anche dalla valutazione dei medici curanti la signora \_\_\_\_\_, in particolare il dott. \_\_\_\_\_ (doc. \_ e \_) nonché dalle valutazioni del dott. \_\_\_\_\_ riportate in precedenza (1.1). 2.7. 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 tiene 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 determinate 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). Nel caso concreto, come indicato, la valutazione del dott. \_\_\_\_\_, specialista riconosciuto in materia, appare chiara, completa ed approfondita. Il dott. \_\_\_\_\_ ha curato presso la Clinica \_\_\_\_\_ la signora \_\_\_\_\_, conoscendone l'anamnesi e le complesse problematiche di salute. Egli ha ritenuto necessario il ricovero quale caso acuto (e non parzialmente riabilitativo), come d'altra parte i medici curanti dell'attrice ed il dott. \_\_\_\_\_ (doc. \_), per tutta la durata della degenza. Nelle sue argomentazioni in sede di audizione il dott. \_\_\_\_\_ ha specificato la natura delle cure prestate, ha indicato l'adozione di un medicamento nuovo che permetteva al tessuto grasso (in persona comunque obesa) di assorbire gli zuccheri. D'altra parte il diabete mellito della signora \_\_\_\_\_ era scompensato e la cura per caso acuto – nel caso specifico alla luce delle particolarità delle condizioni di salute della paziente e della necessità di verificare in maniera continuativa l'efficacia delle cure prestate – appariva necessaria per tutta la durata della degenza. Nelle sue valutazioni il dott. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la necessità del ricovero che ha qualificato riabilitativo per il periodo dal 17 maggio 2000 sino alla dimissione. Egli ha operato tale valutazione sulla scorta, in particolare, degli esami

glicemici costanti e stabilizzati a partire da quella data. Si ribadisce qui che solo a posteriori è stato possibile, dopo l'intervento terapeutico durato tutta la degenza, verificare costanza nel risultato delle glicemie della signora \_\_\_\_\_. Questo TCA ritiene quindi provato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle 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 di \_\_\_\_\_ dal 10 al 31 maggio 2000 presso la Clinica \_\_\_\_\_ sia da ritenere acuto e volto alla cura delle patologie presentate dalla paziente, in particolare il diabete mellito II scompensato. La natura del ricovero non essendo riabilitativa o di ristabilimento, circostanze queste che escludono l'assunzione delle spese di ospedalizzazione in reparto privato dell'assicurata, \_\_\_\_\_ dovrà versare all'attrice l'intero importo relativo alle cure dell'ospedalizzazione, importo cifrato in sede di petizione in CHF 10'438,80. 2.8.

L'assicurato ha chiesto l'allestimento di una perizia, l'audizione di testi e l'acquisizione di documentazione presso i medici curanti (doc. \_\_\_\_). Per quanto concerne la perizia, a mente del TCA, gli atti medici a disposizione ed in particolare i rapporti del dott. \_\_\_\_\_, del dott. \_\_\_\_\_ e le valutazioni del dott. \_\_\_\_\_ sono sufficienti per decidere in merito. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o 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; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Nel caso in esame sono state acquisite le informazioni mediche necessarie recependole sia dagli atti prodotti dalle parti, sia acquisendole mediante specifiche richieste del giudice delegato (dott. \_\_\_\_\_) o mediante audizione personale del medico (dott. \_\_\_\_\_). La signora \_\_\_\_\_ è stata presente all'udienza del 20 settembre 2002. L'istruttoria appare quindi completa ed ha permesso il chiarimento dei fatti. Le ulteriori prove richieste dalla signora \_\_\_\_\_ non vanno quindi assunte. Ritenuto come l'attrice sia vincente in causa per quanto attiene a pretese fondate sulle assicurazioni complementari, alla stessa – patrocinata dalla \_\_\_\_\_ - vanno riconosciute, a titolo di ripetibili di questa sede, CHF 1'200.- (comprehensive dell'IVA).

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