

## **TI\_GERICHTE 36.2002.99 vom 5. Mai 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-05-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.99)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.99 du 5 mai 2003

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.99 del 5 maggio 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **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).

2.8. Nel caso di specie \_\_\_\_\_ rileva come le visite del 26 novembre 2001 e del 3 dicembre 2001 presso il Dr. \_\_\_\_\_, di \_\_\_\_\_, fossero urgenti. Incontestato per contro che questi interventi, se non fossero stati urgenti, potevano essere eseguiti in Svizzera. 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 26 novembre 2001 ha indicato " visita oculistica di controllo per urgenza " e in quella del 3 dicembre 2001 " visita oculistica urgente " (doc. \_ e \_). Vi sono inoltre due ricette mediche del Dr. \_\_\_\_\_ del 26 novembre 2001. Nella prima (doc. \_) emerge che il giorno stesso è stato ritirato un medicamento presso una farmacia di \_\_\_\_\_ per un importo di Lire 5'600. Nella seconda, lo scontrino porta la data del 30 novembre 2001, ossia 4 giorni dopo la visita, per un importo di Lire 78'700.

Dall'attestazione per malattia sottoscritta dalla ricorrente figura infine, sotto la voce " natura della malattia ", l'indicazione "improvviso acuto male all'occhio sinistro ." (doc. \_) Nell'incarto non vi sono altri atti medici. Al fine di chiarire la fattispecie, il TCA ha chiesto alla ricorrente di sottoporre al Dr. \_\_\_\_\_ le seguenti richieste: " (...) 1. motivi delle sue visite del 26 novembre 2001 e del 3 dicembre 2001, descrizione della patologia, precisando quali esami sono stati effettuati e per quale motivo; 2. descrizione dei farmaci prescritti in data 26 novembre 2001, precisando per quale motivo sono stati prescritti e se un loro utilizzo immediato era necessario; 3. 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" e "visita oculistica di controllo per urgenza"; 4. numero di visite presso il Dr. \_\_\_\_\_ nei mesi precedenti e seguenti il 26 novembre 2001 e il 3 dicembre 2001; 5. cartella medica riguardante le visite presso il Dr. \_\_\_\_\_." (cfr. doc. \_) Nel contempo le è stato accordato un termine per visionare l'incarto presso il TCA. Dopo aver chiesto una proroga, la ricorrente ha affermato: " La mia risposta è tempestiva. Avevo chiesto 60 giorni per rispondere e me ne avete accordato solo 10. I motivi che vi avevo addotto erano più che validi (nдр: età, numerose patologie e freddo intenso, doc. \_). Rispondo al 4 quesito, vedi lettera raccomandata datata 3 febbraio 2003. Non ho mai visto né conosciuto il dr. \_\_\_\_\_, oculista di \_\_\_\_\_ prima del 16 novembre 2001. Quindi, non posso scrivere il nr. di visite prima del 16 novembre 2001. Ho già esposto in lungo e in largo nella corrispondenza con la \_\_\_\_\_ e con il tribunale delle assicurazioni quanto mi era accaduto e fornito alla \_\_\_\_\_ le fatture originali e le ricette di cui tengo le fotocopie per l'occhio sinistro: visita per urgenza il 16 novembre 2001 visita di controllo dopo l'urgenza il 26 novembre 2001 visita per urgenza il 3 dicembre 2001

per l'occhio destro: visita per urgenza al pronto soccorso dell'ospedale \_\_\_\_\_ il 24 giugno 2002 Io non posso recarmi espressamente presso lo studio del dr. \_\_\_\_\_ oculista a \_\_\_\_\_ per rispondere alle vostre domande. Devo andarci in macchina (io abito a \_\_\_\_\_ che è un villaggio) e farmi accompagnare. Il prezzo del trasporto è fr. 70 x 2 = fr. 140 più tempo di attesa + pagare la persona che mi accompagna. La \_\_\_\_\_ non conosce e non immagina il traffico di \_\_\_\_\_. Con quanto scritto ho dimostrato che devono prevalere la logica e il buon senso. Io non mi delizio ad andare dall'oculista. Cerco solo di mantenere quel briciolo di vista che mi resta nell'occhio destro perché purtroppo l'occhio è stato perso per diagnosi sbagliate di 2 oculisti in un ospedale pubblico. Q. vostro buon governo. In Ticino ero in cura dall'oculista dr. \_\_\_\_\_ e l'avevo visto il giorno 15 novembre ore 8. 45 . Dopo è successo il fatto nuovo. Io non vado dall'oculista per il gusto di andarci." (cfr. doc. \_) Va innanzitutto rilevato che da quanto indicato dall'assicurata nel suo ultimo scritto, emerge che c'è stata una visita presso il medico comasco anche il 16 novembre 2001, ossia dieci giorni prima della visita del 26 novembre 2001 per la quale viene chiesta la rifusione delle spese. Per cui le visite presso il dott. \_\_\_\_\_ in realtà sono state 3 nel giro di poche settimane. Oggetto del contendere sono tuttavia unicamente quelle del 26 novembre 2001 e del 3 dicembre 2001, ossia quelle sulle quali la Cassa si è espressa e per le quali l'assicurata chiede il rimborso. 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 ha chiesto alla ricorrente di voler sottoporre allo specialista che l'ha avuta 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 Verwaltungspflege 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". La circostanza che l'assicurata difficilmente potrebbe contattare il medico comasco è poco verosimile, nella misura in cui tra il 16

novembre 2001 e il 3 dicembre 2001, si è recata tre volte presso lo specialista e che il 30 novembre 2001 presso una farmacia di \_\_\_\_\_ è stato ritirato un medicamento a lei prescritto dal Dr. \_\_\_\_\_. Inoltre, anche nel giugno 2002, l'insorgente è stata a \_\_\_\_\_ all'Ospedale \_\_\_\_\_. Per cui la frequenza della sua presenza a \_\_\_\_\_, che del resto dista pochi chilometri dal confine, le avrebbe dovuto permettere di raccogliere le prove richieste. Poiché negli atti dell'incarto, a parte l'indicazione " visita di controllo per urgenza" e "visita oculistica urgente" sulle parcelle del Dr. \_\_\_\_\_, non vi è alcun indizio dell'urgenza di una visita presso uno specialista all'estero e poiché non è stato possibile stabilire (richiedendo all'assicurato una collaborazione di minima entità) in cosa siano consistite le visite 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 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 delle visite presso il Dr. \_\_\_\_\_. Anzi, la ciclicità delle medesime (tre in poche settimane), tende ad escludere questa ipotesi. E' infatti curioso che tra il 16 novembre 2001 ed il 3 dicembre 2001, per ben tre volte l'insorgente, domiciliata in Svizzera, si è trovata in situazione di "urgenza" a \_\_\_\_\_ presso lo stesso medico. Inoltre, nel citato scritto del 9 marzo 2003 la stessa assicurata afferma che la visita del 26 novembre 2001 era " di controllo dopo l'urgenza " (sottolineatura del redattore). Ciò significa che in realtà quel giorno l'insorgente si è recata a \_\_\_\_\_ per un semplice controllo dopo la prima visita del 16 novembre 2001, visita questa preceduta il 15 novembre da una visita dal dott. \_\_\_\_\_ in Svizzera, e che dunque, verosimilmente, l'appuntamento era già stato fissato in precedenza. Ciò che, in base all'art. 36 cpv. 2 OAMal esclude l'obbligo prestativo della Cassa poiché non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire un trattamento. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, non avendo l'assicurata presentato nessuna prova a sostegno della sua tesi, il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione della Cassa merita conferma. 2.9. L'assicurata chiede di poter visionare gli atti prodotti dalla Cassa, richiama l'intero incarto che la concerne dall'assicurazione invalidità del Canton \_\_\_\_\_ e quello relativo agli interventi agli occhi nel 1983, rispettivamente nel 1996 dalla \_\_\_\_\_. Va innanzitutto rammentato che alla ricorrente, con scritto 3 febbraio 2003 (doc. \_), è stata concessa la facoltà di visionare l'incarto presso questo Tribunale. Questo TCA rileva inoltre che il richiamo dei citati incarti appare superfluo, nella misura in cui, nel caso in esame, va unicamente risolta la questione a sapere se vi era urgenza nelle due visite effettuate in Italia presso il Dr. \_\_\_\_\_. Ciò che, evidentemente, non può essere comprovato richiamando gli incarti in questione. Inoltre, 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). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

B. Assicurazione complementare 2.10. Oltre all'assicurazione di base \_\_\_\_\_ era assicurata presso la \_\_\_\_\_ anche per talune complementari (Assicurazione per le cure dentarie, Assicurazione d'infortunio per decesso e invalidità, Assicurazione delle cure medico-sanitarie \_\_\_\_\_, Assicurazione complementare d'infortunio per le cure e Assicurazione delle spese di ospedalizzazione). In concreto per stabilire se vi è diritto all'assunzione dei costi in base alle assicurazioni complementari, vanno esaminate le condizioni generali e complementari dell'assicurazione sottoscritta dall'attrice. Escluse le assicurazioni per le cure dentarie, d'infortunio per decesso e invalidità, d'infortunio per le cure 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. 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.). Nel caso concreto le parti hanno espressamente escluso gli eventi già prodottisi prima della partenza o che erano prevedibili. Ora, dalle affermazioni della ricorrente, e meglio dallo scritto del 9 marzo 2003 (doc. \_), emerge che le visite per le quali viene chiesta la rifusione delle spese concernono tutte l'occhio sinistro per il quale era già stata esaminata il 16 novembre 2001 dal Dr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Per cui le due successive visite, sempre presso lo stesso medico, sono state effettuate per il trattamento di malattie già esistenti o che erano prevedibili, concernendo lo stesso organo. Del resto, come visto in precedenza (consid. 2.8), la visita del 26 novembre 2001 era finalizzata al controllo dopo l'urgenza (cfr. doc. \_). Ciò che l'art. Q6 cpv. 6 esclude espressamente. Per cui anche questa assicurazione non trova applicazione nel caso concreto. Alla luce di quanto sopra esposto, anche la petizione va di conseguenza respinta.