

TI_GERICHTE 36.2004.9 vom 11. März 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-03-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.9

FR: TI_GERICHTE 36.2004.9 du 11 mars 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.9 del 11 marzo 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

: fino a fr. 70.- _____ 2: fino a fr. 50.- _____ 3: fino a fr. 30.-

Quale aiuto domiciliare è riconosciuto chi, per professione, accudisce, per conto proprio o per un'organizzazione, all'economia domestica in sostituzione dell'assicurato. Lo stesso contributo può essere concesso, se un'altra persona sostituisce l'assicurato ammalato nei lavori domestici e se i costi inerenti sono accertati (art. 13.2 CCA-_____). La prestazione giornaliera assicurata viene accordata al massimo 30 volte per anno civile (art. 13.3). Prestazioni per aiuti domiciliari non vengono versate contemporaneamente ad altre prestazioni dell'assicurazione ospedaliera _____. Infine, dall'assicurazione _____ vengono versate delle prestazioni per trattamenti e medicinali secondo i metodi della medicina alternativa, per la promozione della salute e la prevenzione (art. 2.1 CCA-_____). Le prestazioni dell'assicurazione _____ vengono accordate in caso di malattia ed infortunio (art. 3 CCA-_____). Dall'assicurazione _____ non vengono accordate prestazioni per degenze in ospedale. Restano riservate le prestazioni secondo l'art. 4 (art. 5 CCA-_____).

2.5. 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. Scopo di questa norma è la protezione dell'assicurato (TC VD in RUA XVI n. 23). 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 (VIRET, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurich, pag. 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; 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, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in CARRON, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo 1997, n. 209, pag. 72) e non al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318); rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al

rischio ritenuto (DTF 118 II 342). Tuttavia, la parola non deve essere snaturata dal suo reale senso al punto di designare una cosa completamente diversa (DTF 64 II 387). Ma se le parti hanno concordemente voluto dare ad un'espressione un'accezione diversa dal suo senso abituale, non v'è dunque ambiguità che giustifichi un'interpretazione svantaggiosa per l'assicurato (STF in SJ 1996 pag. 623). 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 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, *Privatversicherungsrecht*, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, *Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag*, 1968, pag. 459). Secondo la giurisprudenza le clausole d'esclusione devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso. 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. E' sufficiente che l'esclusione sorga e derivi in maniera inequivocabile dalla disposizione contrattuale che definisce positivamente il rischio assicurato (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in CARRON, op. cit., n. 209, pag. 72 e n. 221, pag. 77; STF in RUA XIII n. 47; cfr. sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612 citate in CARRON, op. cit., n. 282, pag. 97; MAURER, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, Berna 1995, pag. 247). Quando per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più a favore dell'assicurato (DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254). Se una clausola d'esclusione contiene una nozione che deve essere interpretata in un caso concreto, non si può considerare detta riserva come confusa o equivoca (STF in RUA XIII n. 113). 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., pagg. 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 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, op. cit., pag. 145; KRAMER/SCHMIDLIN, *Berner Kommentar*, ed. 1986, ad art. 1 CO, n. 109, pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e seg.). Tale principio, comunque, può essere applicato soltanto quando, dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, risulta che una locuzione può essere, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), compresa in diversi modi. Tuttavia, 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 1992 623 seg.). La prova di un'esclusione della copertura assicurativa valida è a carico dell'assicuratore che intende prevalersene (CG GE in RUA XVIII n. 46; TC VD in RUA XVI n. 23), come pure la prova che l'evento dannoso ricada sotto questa esclusione (CG GE in RUA XIII n. 52). Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44). Tuttavia, l'onere della prova può essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138). L'assicuratore può inoltre invocare le disposizioni che servono a delimitare il rischio conformemente all'art. 33 LCA indipendentemente da qualsiasi errore commesso dall'assicurato (STF in RUA VII n. 115/244). Va infine rammentato che le condizioni

generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, ed. IRAL 1997, pag. 666 segg., in particolare pag. 673). 2.6. Per quanto concerne l'assicurazione ospedaliera _____, dal chiaro testo delle CCA emerge che le parti hanno inteso concludere un contratto che copre i costi derivanti da una degenza in ospedale e che rimborsa prestazioni derivanti da cure balneari, cure di convalescenza o per aiuto domiciliare. Nel caso di specie va innanzitutto esclusa sia l'ipotesi delle cure balneari (ossia le cure stazionarie prescritte dal medico ed eseguite in una stazione termale in Svizzera sottoposta a direzione medica conformemente all'art. 40 LAMal: cfr. art. 10.1 CCA-_____) che quella delle cure di convalescenza (cura necessaria dal punto di vista medico per permettere una completa guarigione o per convalescenza in seguito ad una grave malattia o ad una grave operazione, cfr. art. 11.1 CCA-_____), non essendo in concreto in presenza di nessuna delle due ipotesi. Va pertanto esaminato se la permanenza presso i centri della _____ e della _____ è assimilabile all'aiuto domiciliare o alla degenza in ospedale. Per quanto concerne la prima ipotesi, l'assicuratore copre i costi se l'assicurato, totalmente inabile al lavoro, necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e della sua situazione personale e familiare. Quale aiuto domiciliare è riconosciuto chi, accudisce all'economia domestica in sostituzione dell'assicurato. Lo stesso contributo è concesso se un'altra persona sostituisce l'assicurato ammalato nei lavori domestici e se i costi sono accertati (cfr. art. 13 CCA-_____). Dal chiaro tenore letterale della norma i presupposti non sono adempiuti nel caso di una permanenza presso un centro diurno. Le prestazioni vengono infatti rimborsate unicamente se l'assicurato necessita di aiuto al proprio domicilio. Ciò non è il caso se l'interessato chiede prestazioni per soggiorni in altre strutture. Va pertanto escluso un intervento della Cassa in virtù delle norme sull'aiuto domiciliare. Ciò vale anche per l'assicurazione _____, vista la similitudine nel contenuto delle CCA (cfr. consid. 2.4). Per quanto concerne la degenza ospedaliera, va sottolineato che le prestazioni sono accordate se, considerando la diagnosi e la totalità del trattamento medico, esiste una necessità di degenza in un ospedale per malattie acute, per quell'ospedale per malattie acute risp. per quel reparto ospedaliero idoneo dal punto di vista medico per il trattamento dell'assicurato (cfr. art. 6 CCA-_____). Un centro diurno non è un ospedale. Infatti, l'art. 4.2 CCA-_____ prevede che non valgono quali stabilimenti ospedalieri le case di cura, le case per anziani, le case per anziani medicalizzate, le case di cura per malati cronici, gli ospizi per pazienti terminali, nonché altri stabilimenti che non sono addetti alla cura di malattie acute. Sono invece considerati ospedali gli stabilimenti di cura o i loro reparti che sottostanno a direzione e controllo medico e che sono adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o di postumi d'infortunio o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione e figurano sull'elenco ospedaliero del Cantone (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal). Essi devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del necessario personale specializzato e di appropriate installazioni mediche, nonché garantire una fornitura adeguata di medicinali. Sono considerati ospedali in questo senso anche le cliniche psichiatriche (art. 4.1. CCA del _____). In simili circostanze, rettamente l'assicuratore ha rifiutato il rimborso delle prestazioni derivanti dalla " permanenza " presso i centri della _____ e della _____, sia in applicazione dell'assicurazione _____ che Ospedaliera. Da parte sua l'assicurazione _____, in caso di permanenza presso i centri diurni, non prevede alcuna prestazione. Per quanto concerne il costo dei pasti a domicilio, come emerge dal tenore degli art. 8.1

CCA-_____ e 13.1 CGA-_____, quale aiuto domiciliare è riconosciuto chi accudisce all'economia domestica. Lo stesso contributo è concesso se un'altra persona sostituisce l'assicurato nei lavori domestici e se i costi inerenti sono accertati. Per cui, il contributo inerente l'aiuto domiciliare concerne unicamente il costo della prestazione effettuata dalla persona che si occupa del governo della casa e non anche dei costi derivanti dall'acquisto di beni di prima necessità. Ora, dagli atti risulta che l'assicuratore ha già rimborsato le prestazioni derivanti dall'aiuto domiciliare (cfr. doc. da _ a _). Per cui l'interessata non ha diritto ad alcun rimborso supplementare nell'ambito delle assicurazioni complementari. In queste condizioni la petizione va respinta. 2.7. Secondo l'art. 47 cpv. 4 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha chiesto al TCA di trasmettergli tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse nel 2002, precisando che l'ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le sentenze. Alla luce della LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza. 2.8. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG prevede in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG). L'art. 46 dell'OG precisa che: " Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno." Nel caso di specie, il valore litigioso non risulta essere superiore all'importo di fr. 8'000, motivo per il quale non sono dati gli estremi per un ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna. 2.9. L'interessata fa inoltre valere di dover pagare un importo di fr. 280.- (nel frattempo soluto, v. doc. _) e chiede se è giusta la richiesta di una partecipazione in questo caso. Interpellato in merito l'assicuratore ha confermato che si tratta di una problematica inerente la LAMal (cfr. doc. _ e consid. 1.5, del resto l'attrice parlava di " partecipazione ai costi "). Ora, per l'art. 49 cpv. 1 LPGA nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni. Le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali (art. 52 cpv. 1 LPGA). In assenza di una decisione su opposizione, il TCA non può entrare nel merito della questione. La richiesta, nel caso di specie, è di conseguenza irricevibile. Spetterà all'interessata, se non lo ha già fatto, chiedere alla Cassa l'emanazione di una decisione formale anche su questa problematica, cui farà seguito, se del caso, la decisione su opposizione e la possibilità di ricorrere al TCA. Va qui sottolineato che dal tenore della decisione formale dell'8 gennaio 2004 la questione concernente i fr. 280.- non sembra essere stata trattata (cfr. doc. _). Per cui, spetterà se del caso all'assicuratore emanare una decisione formale anche su questo preciso punto.