

## TI\_GERICHTE 36.2016.41 vom 11. Juli 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-07-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2016.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.41)

FR: TI\_GERICHTE 36.2016.41 du 11 juillet 2016

IT: TI\_GERICHTE 36.2016.41 del 11 luglio 2016

### Erwägungen

#### E. 26

luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio **in dubio contra stipulatorem**, in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II consid. 1a).

2.4. In concreto l'attrice si è recata presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 27 al 29 maggio 2015 (doc. E), dal 7 ottobre 2015 al 9 ottobre 2015 (doc. F) e dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (allegato al doc. I).

E' pacifico, perché ammesso dalle parti, che i ricoveri in questione sono stati necessari.

Infatti, in sede di udienza l'assicuratore ha affermato che non contesta la necessità di un ricovero a \_\_\_\_\_ per le cure che l'assicurata ha subito (doc. VIII, pag. 2). Lo stesso medico di fiducia, dr. med. \_\_\_\_\_, interpellato dalla convenuta, ha affermato che dal punto di vista medico venne esposto che, a causa del trapianto, gli esami ERCP con inserzione risp. sostituzione delle protesi dovessero essere eseguiti nel centro di trapianto. Venne altresì ampiamente motivata la necessità assoluta di eseguire questi interventi in degenza stazionaria. Sotto il profilo della medicina assicurativa dette affermazioni vanno accettate come motivate (doc. VIII/1). Ciò emerge pure dalla certificazione dell'11 dicembre 2015 dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, dell'\_\_\_\_\_ (doc. H).

Ciò non è tuttavia sufficiente per mettere i costi del viaggio in aereo a carico dell'assicuratore. Infatti, l'assicurazione \_\_\_\_\_ riconosce il rimborso quando il paziente deve sottoporsi ad una serie di trattamenti speciali ambulatoriali (cfr. art. \_\_\_\_\_, sottolineatura del redattore) e le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. \_\_\_\_\_).

2.5. Circa la nozione di trattamento ambulatoriale, in una sentenza di principio pubblicata in DTF 103 V 74, vigente LAMI, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), al consid. 1, ha rilevato che la legge non definisce secondo quali criteri occorre differenziare tra una cura ambulatoriale ed una cura stazionaria. Secondo la prassi, tuttavia, vi è una cura ambulatoriale anche quando l'assicurato ottiene prestazioni diagnostiche o terapeutiche in ambiente ospedaliero ma lascia il nosocomio il medesimo giorno. La cura è invece stazionaria se l'assicurato occupa un letto d'ospedale, per delle cure, per più di un giorno. La definizione è stata confermata nella DTF 116 V 123 al consid. 2c.

In una sentenza pubblicata in DTF 127 V 409 l'Alta Corte ha stabilito al consid. 2 c) bb) che la LAMal ha ripreso i medesimi concetti vigenti la LAMI.

Con pronunzia K 30/06 del 7 maggio 2007, al consid. 4, il TF ha citato la definizione di cura ospedaliera contenuta nell'art. 3 dell'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; RS 832.104), in vigore dal 1° gennaio 2003. Questo disposto prevede che sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'art. 49 capoverso 1 della legge, le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti di una durata di almeno 24 ore (lett. a), di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte (lett. b), in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale (lett. c), in una casa per partorienti in caso di trasferimento in ospedale (lett. d), in caso di decesso (lett. e). Il TF ha rammentato che un trattamento è stazionario non solo quando la persona assicurata è degente in ospedale per una durata di almeno 24 ore, ma anche quando vi rimane meno di 24 ore ma vi passa la notte. L'Alta Corte ha evidenziato che questa distinzione valeva già vigente LAMI, che la LAMal ha ripreso la medesima definizione e i medesimi criteri per distinguere un trattamento ambulatoriale da un trattamento stazionario e che la definizione di cura ospedaliera sgorgante dall'art. 3 OCPre è conforme alla definizione posta dalla giurisprudenza. Il TF ha quindi stabilito che un soggiorno di una durata inferiore alle 24 ore in uno stabilimento ospedaliero costituisce un trattamento stazionario se un letto è occupato durante la notte e se sono stati dispensati esami, terapie o cure.

Con sentenza 9C\_276/2011 del 3 gennaio 2012 il TF, al consid. 3, ha affermato che il nuovo tenore dell'art. 41 LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2009, non ha modificato la distinzione tra trattamento ambulatoriale, semistazionario e stazionario e che la precedente giurisprudenza continua ad essere applicabile.

2.6. Questa giurisprudenza trova applicazione anche nel caso di specie, ritenuto che l'assicurazione in esame eroga prestazioni esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. \_\_\_\_\_).

In concreto, l'attrice è stata degente presso \_\_\_\_\_ dal 27 al 29 maggio 2015 (doc. E), dal 7 ottobre 2015 al 9 ottobre 2015 (doc. F) e dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (allegato al doc. I). A questo proposito i dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,

dell'\_\_\_\_\_, l'11 dicembre 2015 hanno affermato che dal momento che la paziente ha sviluppato una litiasi della via biliare principale causata da un stenosi dell'anastomosi \_\_\_\_\_ anni dopo il trapianto, appare chiaro e giustificato che la presa a carico avvenga dagli stessi colleghi che l'hanno trapiantata ( ). Le ERCP con posa di stent comporta un ricovero di almeno due notti dal momento che il paziente è molto fragile e soggetto alle infezioni e deve essere svolta una profilassi antibiotica per via endovenosa e un controllo per l'alto rischio di complicanze ( , doc. H) ed hanno trasmesso le due lettere di dimissione per i ricoveri dal 27 maggio al 29 maggio 2015 e dal 7 ottobre al 9 ottobre 2015 (doc. H). Il 3 novembre 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha precisato che l'interessata si deve recare a \_\_\_\_\_ ogni 3 mesi per complicazioni biliari post trapianto epatico per almeno un anno dal 27 maggio 2015 (doc. G; cfr. anche doc. O). Il 15 gennaio 2016 è poi stata chiesta la garanzia per l'ospedalizzazione extracantonale secondo il tariffario dell'ospedale curante ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 LAMal dal 26 gennaio 2016 al

## E. 29

gennaio 2016 (cfr. doc. P).

In sede di udienza l'assicurata ha affermato che le cure invece derivanti dalla situazione attuale impongono l'arrivo in ospedale il giorno prima per la necessaria preparazione ed il giorno successivo i trattamenti e il periodo successivo agli stessi. In sostanza l'anestesia per l'intervento dura sulle 3 ore poi segue il momento post-operatorio. Le notti durante le quali è fissata la permanenza sono 2, l'intervento avviene il giorno di mezzo e la notte che precede l'intervento è breve perché dopo la preparazione, verso le 5 del mattino, l'assicurata preparata viene condotta in sala operatoria, l'intervento avviene nel corso delle ore successive (doc.VIII; cfr. anche doc. I: *Votre hospitalisation pour un bilan e [ ] en vue de votre hospitalisation*).

Alla luce di quanto sopra e meglio della permanenza presso la struttura \_\_\_\_\_ per un periodo di tempo superiore alle 24 ore (doc. E e F; cfr. anche doc P: garanzia di pagamento perospedalizzazioni extracantonali), questo Tribunale deve concludere che il trattamento cui è (stata) sottoposta l'interessata è stazionario e non ambulatoriale.

Di conseguenza non può trovare applicazione la copertura \_\_\_\_\_ e nessuna prestazione è dovuta all'assicurata. In queste condizioni la sentenza 36.1998.118 del 7 giugno 1999 non può esserle d'aiuto.

Del resto, come emerge dalla parallela sentenza 36.1998.117 del 7 giugno 1999 in ambito LAMal, in quel periodo, a differenza del caso in esame, l'attrice, con l'aereo, andava a \_\_\_\_\_ e tornava in Ticino il medesimo giorno (cfr. pag. 9, presa di posizione del dr. med. \_\_\_\_\_: *[ ] des trajets de deux fois cinq heures le même jour sont contre-indiqués chez une patiente qui a bénéficié d'une transplantation hépatique. Le temps nécessaire à la perfusion du plasma d'autre part serait limité et amènerait à devoir garder la patiente pendant une nuit*, nonché sentenza federale K87/99 del 10 dicembre 1999, pag. 6, consid.3b: *[ ] Questa tesi è insostenibile. In effetti, il fatto di effettuare la trasferta dal Ticino a \_\_\_\_\_ e ritorno in due giorni ovviamente non implicava che l'interessata trascorresse la notte in ospedale*; verbale di udienza, doc. VIII: *[ ] L'assicurata precisa che in occasione delle sue trasferte immediatamente successive al trapianto la natura delle cure era diversa nel senso che si trattava di flebo (plasma ricco di anticorpi) e le cure duravano 6 ore circa [ ]*).

Neppure la richiesta di riconoscere le spese di viaggio future, giustificate dal profilo medico, può essere accolta, ritenuto come l'obbligo prestativo della Cassa va semmai esaminato di volta in volta in funzione del tipo di trattamento da effettuare (ambulatoriale o stazionario) e delle CGA e CC semmai applicabili.

In queste condizioni, alla luce della documentazione prodotta dalle parti, delle emergenze dell'audienza tenutasi il 31 maggio 2016 e della giurisprudenza applicabile al caso di specie, l'azione va respinta senza che sia necessario dar seguito alla generica richiesta di prove inoltrate con la petizione (audizione testimoniale, richiamo documenti, perizie, ecc.).

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