

Raccomandata



Incaro n.  
36.2002.99  
36.2003.41

Lugano  
5 maggio 2003

CS/cd

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

46

## Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,  
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sul ricorso/petizione del 25 agosto 2002 di

**C.**, 6853 L.

contro

la decisione su opposizione del 29 luglio 2002 emanata da  
**Cassa Malati Y**

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- 1.1. C. è assicurata contro le malattie presso la Cassa malati Y dove beneficia, oltre che dell'assicurazione di base per le cure medico sanitarie, anche di alcune assicurazioni complementari (Assicurazione per le cure dentarie, Assicurazione d'infortunio per decesso e invalidità, Assicurazione delle cure medico-sanitarie Plus, Assicurazione complementare d'infortunio per le cure e Assicurazione delle spese di ospedalizzazione).

In data 26 novembre 2001 l'assicurata si è sottoposta ad una "visita oculistica di controllo per urgenza" presso il Dr. F. di X. (Italia), il quale ha compilato due ordinanze per medicinali oftalmici (doc. 8, 9, 10).

In data 3 dicembre 2001 l'interessata è stata nuovamente visitata dal Dr. F., il quale ha emesso una fattura di Lire 150'000, indicando "*visita oculistica urgente.*" (doc. 11)

La Y si è rifiutata di assumersi il costo delle visite e dei medicinali, ritenendo non adempiute le condizioni dell'urgenza.

Questa presa di posizione è stata confermata con decisione su opposizione del 29 luglio 2002 (doc. A1).

Con tempestivo ricorso/petizione del 25 agosto 2002 l'assicurata contesta la predetta decisione e osserva (... omissis)

- 1.2. Con risposta del 21 ottobre 2002 la Cassa propone di respingere il gravame e osserva (... omissis)

### **in diritto**

- 2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa.

La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile (cfr. R. Spira, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, *Revue suisse d'assurances/ Schweizerische Versicherung-Zeitschrift* 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spira, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 5/1995, p. 256-259; P.-Y.

Greber, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, in Revue de droit administratif et de droit fiscal, 3/4, 1996, p. 225-251).

Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1° gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Il 1. gennaio 1996 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA.

Nel caso concreto l'assicurata fa valere prestazioni derivanti sia dalla copertura prevista dalla LAMal che dalle prestazioni complementari. L'esame del caso avverrà quindi sia nell'ottica delle prestazioni obbligatorie fissate dalla LAMal che alla luce della copertura complementare conclusa dall'assicurata.

(... omissis)

## **B. Assicurazione complementare**

- 2.10. Oltre all'assicurazione di base C. era assicurata presso la Y anche per talune complementari (Assicurazione per le cure dentarie, Assicurazione d'infortunio per decesso e invalidità, Assicurazione delle cure medico-sanitarie Plus, 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 Plus 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 Y 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 Y : spese di guarigione. Presso la A Europe: 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. XXI), 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. F. a X. (Italia). 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. XXI). 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.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

(... omissis)

**B. Assicurazioni complementari**

- 1.- La petizione é respinta.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3.- Intimazione alle parti.

Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli art. 43seg della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario

Daniele Cattaneo

Fabio Zocchetti