

Raccomandata



Incarto n.
36.2003.71

Lugano
17 maggio 2004

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 25 agosto 2003 di

XXX, XXX
rappr. da: **XXX, XXX**

contro

Cassa Malati Y

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. Per il tramite del suo rappresentante legale **XXX**, l'11 dicembre 2000 **XXX**, 1991, ha stipulato con la Cassa malati Y un contratto per l'assicurazione malattia di base LAMal ed un contratto per le assicurazioni complementari LCA C e D, tutte con validità dal 1° gennaio 2001 (docc. 1A e 2D).
- 1.2. Dal 17 settembre 2002 al 25 novembre 2002 **XXX** è stato in cura presso la dr. med. dent. **XXX**, Lugano per l'applicazione di un apparecchio ortodontico. La fattura emanata il 30 novembre 2002 dall'ortodontista comprende le spese di materiale (Fr. 47,15), di laboratorio (Fr. 597,40) e per le proprie prestazioni (Fr. 1'512,80), per un totale di Fr. 2'157,35 (doc. 1B).

- 1.3. Il 18 dicembre 2002 **XXX** ha inviato alla Cassa malati del figlio copia della fattura della dottoressa **XXX** per il rimborso delle spese. Non ottenendo risposta, il 10 marzo 2003 (doc. 1B) il padre dell'assicurato ha chiesto spiegazioni in merito.
- 1.4. Con scritto del 21 marzo 2003 (doc. A2) la Cassa malati Y ha risposto che l'assicurazione D prende in considerazione le cure ortopediche dento-facciali unicamente dopo un periodo d'assicurazione di quattro anni (edizione 1999: art. 1.4; edizione 10.2001: art. 1.6). Pertanto, a quel momento non erano ancora dati i presupposti per farsi carico della summenzionata fattura.
- 1.5. Allo scritto del 2 aprile 2002 (recte: 2003, doc. A3) di **XXX** l'assicuratore ha replicato il 6 maggio 2003 (doc. A4), ribadendo la necessità che trascorra un periodo di quattro anni dall'entrata in vigore del contratto D prima che la Cassa possa rispondere dei costi delle prestazioni ortodontiche.
- 1.6. Il 12 maggio 2003 (doc. A5) **XXX** ha interpellato l'Ombudsman dell'assicurazione-malattie sociale (doc. A6) in merito all'interpretazione dell'art. 1.4 delle condizioni speciali dell'assicurazione D, e meglio a sapere se l'assicurato debba o no essere affiliato alla stessa da quattro anni prima di poter beneficiare delle prestazioni offerte dall'Y.
- 1.7. Con petizione del 25 agosto 2003 (doc. I) **XXX**, rappresentato dal papà **XXX**, ha postulato che la Cassa malati Y sia tenuta al rimborso di Fr. 1'500.- oltre interessi dal 2 aprile 2003, che sia accertato che detta Cassa ha applicato metodi di concorrenza sleale per cui essa gli debba rimborsare Fr. 3'400.- per spese derivanti dal suo comportamento sleale ed infine che un estratto della sentenza che questo Tribunale emanerà sia pubblicato sui principali quotidiani svizzeri a spese dell'Assura. In particolare, egli ha affermato:

"(...)

NEL MERITO

1) Rimborso dovuto in base alle condizioni generali

Y ha respinto il rimborso indicando un periodo d'attesa di 4 anni. Le condizioni generali e il materiale illustrativo non menzionano però nessuna attesa: (...).

Y ha motivato il rifiuto sulla scorta della versione tedesca delle condizioni generali (allegato 7), che però evidentemente non sono parte del contratto in questione. (...).

Nel testo tedesco si fa espressamente riferimento a un periodo d'attesa di 4 anni. Tale affermazione manca però completamente nel testo italiano. La frase "scaduto di 4 anni" è incorretta in quanto il verbo scadere regge, in questo contesto, unicamente il "da".

L'eventuale "scaduto da 4 anni" contrasta con la frase successiva "ciò a partire dalla data di entrata in vigore della presente categoria"; un

periodo e una polizza non possono scadere (non essere più in vigore) a partire dalla data d'entrata in vigore. Viene quindi naturale interpretare lo "scaduto il" con "della durata di". In questo modo il testo ha un senso compiuto: la copertura sussiste dall'inizio del contratto.

L'Ombudsman delle casse malati (allegato 6), facendo riferimento alla prassi del Tribunale federale, perviene alla medesima conclusione.

Y è pertanto tenuta al rimborso di Fr. 1'500.-
(...):".

- 1.8. Nella risposta del 17 settembre 2003 (doc. III) la Cassa malati
Y ha proposto di respingere come segue la citata petizione:

"(...)
Ora, il termine (voluto dall'assicuratore malattie) di "scaduto", participio passato del verbo "scadere" (v. *intr.* [coniugato come *cadere*; aus. *essere*] [...]) 2 detto di cambiali, obbligazioni, contratti, giungere al termine fissato per il pagamento o l'estinzione) [Copyright © 2003 UTET Diffusione-Garzanti Linguistica] si riallaccia, fa riferimento e pone l'accento sul fatto che il "periodo d'assicurazione di 4 anni" deve essere trascorso (concluso, giunto al termine) dall'entrata in vigore della categoria complementare D per conferire il diritto alle prestazioni stipulate contrattualmente.

Inoltre, come confermato anche dall'Ombudsman dell'assicurazione malattie, "ciò" si riferisce all'intera frase "sono prese in considerazione fino a fr. 1'500.- al massimo per ogni periodo d'assicurazione scaduto di 4 anni". Detto altrimenti, l'assicuratore malattie indennizza complessivamente fr. 1'500.- per ogni periodo di 4 anni e il primo periodo inizia all'entrata in vigore della categoria complementare d'assicurazione.

L'assicuratore malattie ha voluto rispettare nella sua traduzione in lingua italiana il senso espresso dall'articolo originale in lingua francese ("*... pris en considération jusqu'à fr. 1'500.- au maximum pour chaque période d'assurance échue de 4 ans, ceci à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente catégorie*"). Nella sua versione in lingua tedesca, il traduttore, per amore della precisione ha esplicitamente e chiaramente menzionato che il periodo d'assicurazione si estende su 4 anni e che il diritto alle prestazioni nasce per la prima volta 4 anni dopo l'entrata in vigore della categoria D ("*... Eine versicherungsperiode beträgt 4 Jahre. Der Anspruch entsteht erstmal nach 4 Jahren nach Inkrafttreten der vorliegenden Kategorie.*").

Tuttavia, né nella versione in lingua tedesca, né nella versione in lingua francese, né in quella in lingua italiana si fa esplicitamente riferimento al "termine d'attesa", "délais d'attente" o "Wartenfrist" di 4 anni che per logica pare implicito dal senso e dalla formulazione dell'articolo litigioso. Solo il testo in lingua tedesca si scosta dall'originale francese per precisare esplicitamente il termine di carenza previsto dalla categoria d'assicurazione menzionata, precisazione considerata superflua dalle versioni francese e italiana.
(...)

Il rifiuto si è fondato sulla base delle Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare in lingua italiana e comunicate all'assicurato alla conclusione del contratto, l'11 dicembre 2000.

Il tenore dell'articolo 1.6 della categoria D rispecchia fedelmente la versione originale francese dalla quale prende origine. Inoltre, questo articolo, come il resto delle Condizioni speciali d'assicurazione per le categorie complementari sono state verificate ed approvate dall'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP), il quale ha permesso all'assicuratore malattie di offrire questo genere di prodotti e prestazioni agli assicurati.

(...)

L'interpretazione "scorretta" dell'articolo litigioso è percepita come un tentativo atto alla riscossione delle prestazioni contrattuali rifiutate sulla base delle Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare. Non è per nulla naturale e spontaneo interpretare il termine "scaduto" con "della durata di", in quanto non è il senso che l'assicuratore ha voluto dare all'articolo precitato, bensì il senso che il signor XXX desideri venga attribuito affinché possa beneficiare delle prestazioni contrattuali alle quali non ha ancora diritto, ritenuto che il contratto assicurativo di suo figlio XXX è entrato in vigore solamente il 1° gennaio 2001.

Finalmente, dalle considerazioni sopra esposte, appare chiaro che le prestazioni contrattuali vengono corrisposte dopo 4 anni d'affiliazione alla categoria d'assicurazione complementare D Non siamo quindi in presenza di una clausola con molteplici interpretazioni che va spiegata secondo la "regola delle incertezze" (*in dubio contra assicuratorem*) (cf. RAMA 1992, K 895).

Non da ultimo, giusta l'articolo 2.4 della categoria D , "quando il costo della cura prevista supera fr. 1'000.-, il conferimento delle prestazioni è subordinato ad un accordo preliminare di Y SA sulla base di un preventivo dettagliato stabilito dal dentista curante."

Considerato che l'importo della fattura del dr. med. dent. XXX ammonta a fr. 2'157,35, il signor XXX avrebbe dovuto chiedere un preventivo dettagliato al dentista precitato da sottoporre all'assicurato malattie e subordinato al suo accordo preliminare. (...).

Nella fattispecie, il signor XXX si è limitato ad indirizzare la fattura finale del dr. med. denti. XXX esigendo il rimborso delle prestazioni stipulate contrattualmente e omettendo di annunciare il trattamento previsto per il figlio XXX. Se avesse rispettato i suoi obblighi contrattuali, Y sarebbe stata in grado di rammentargli i limiti contenuti nella copertura assicurativa del figlio e l'entità della sua contribuzione per le cure ortopediche dento-facciali, segnatamente quanto al periodo d'assicurazione scaduto di 4 anni per poter beneficiare dell'indennità prevista all'articolo 1.6 D

Non adeguandosi alla disposizione contrattuale menzionata, il signor XXX ha perso il suo diritto alla prestazione previsto dalle disposizioni dell'articolo 1.6 D . Anche in questo caso, non vi sono problemi né di interpretazione, né di traduzione, in quanto i testi sono paragonabili nelle tre lingue nazionali.
(...).".

- 1.9. Il 29 settembre 2003 (doc. V) **XXX** ha replicato indicando che la facoltà di **Y** di verificare preventivamente le cure si limita unicamente alla parte che eccede l'importo di Fr. 1'000.-.
- 1.10. Fra le parti sono intercorsi ulteriori scambi di corrispondenza di cui si dirà, se del caso, nel merito del giudizio.

in diritto

In ordine

- 2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2003, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'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 (SPIRA, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, *Revue suisse d'assurances / Schweizerische Versicherung-Zeitschrift*, 1995, N. 7/8, pagg. 192-200; SPIRA, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 5/1995, pagg. 256-259; 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, pagg. 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.
Secondo l'art. 102 cpv. 1 LAMal,

"Le previgenti assicurazioni delle cure medico sanitarie e d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge."

Pertanto, dal 1° gennaio 1996 - con la sola eccezione prevista dall'art. 103 cpv. 2 LAMal che si riferisce essenzialmente alla durata del diritto alle prestazioni (cfr. Messaggio del Consiglio federale alle Camere del 6 novembre 1991 pag. 119 seg.) - le assicurazioni d'indennità giornaliera sono regolamentate dal nuovo diritto.

Esse possono dunque essere regolamentate dalla LAMal oppure dalla LCA se le parti hanno concordemente deciso in tal senso.

Nel caso concreto, il contratto n. 518'587 d'assicurazione complementare stipulato da **XXX** a nome e per conto del figlio **XXX**, minorenni, con la Cassa malati Y è sottoposto alla LCA. Esso si appoggia pure alle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA), edizione gennaio 1999 (doc. 2D) ed alle Condizioni Speciali per l'Assicurazione malattie complementare (CSA) del gennaio 1999 (doc. XIV/4). Entrambe sono state successivamente sostituite nell'ottobre 2001 (doc. XIV) con effetto dal 1° gennaio 2002 (doc. XIV/3), in particolare le CSA DENTA (doc. XIV/5).

In queste circostanze, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing et Lichtenhahn 1996, pag. 134) - ambito nel quale le casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati ad emanare decisioni -, questo TCA è competente a statuire sulla petizione presentata dall'interessato in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

Nel merito

- 2.2. La scrivente Corte è chiamata a decidere se la Cassa malati Y debba farsi carico della fattura di Fr. 2'157,35 relativa alle cure ortodontiche prestate dalla dr. med. dent. **XXX** ad **XXX** dal 17 settembre al 25 novembre 2002 limitatamente all'importo di Fr. 1'500.-, rispettivamente se l'assicuratore deve versare altri indennizzi.

XXX, rappresentante legale dell'attore, ritiene che la Cassa malati Y debba essere condannata a rimborsare al figlio le spese delle cure dentarie relative all'applicazione dell'apparecchio ortodontico sino a concorrenza dell'importo di Fr. 1'500.-. Un tale obbligo discenderebbe esplicitamente sia dalle Condizioni Speciali per l'Assicurazione malattie complementare (CSA) D del 2001 (art. 1.6), sia dal materiale informativo divulgato dall'assicuratore stesso.

La convenuta contesta dal canto suo di dover riconoscere il pagamento della fattura dell'ortodontista, poiché, così facendo, violerebbe un'esplicita disposizione delle CSA (art. 1.6) che a quel momento (novembre 2002) non l'autorizzava ancora ad intervenire nella restituzione di spese sopportate dall'assicurato per cure ortodontiche.

- 2.3. Come evidenziato, nel dicembre 2000 l'attore, minorenni, ha concluso con la Cassa malati Y – per il tramite del padre **XXX** - un'assicurazione complementare D per le cure dentarie.

Parte integrante di detto contratto d'assicurazione sono le Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) valide dal gennaio 1999 (doc. 2D), come pure le Condizioni Speciali per l'Assicurazione malattie complementare (CSA) D di gennaio 1999 (doc. XIV/4), sostituite in seguito – con l'accordo dello stipulante (doc. XIV/3) - con le CGA e le CSA del mese d'ottobre 2001 (doc. XIV/5) in vigore dal 1° gennaio 2002. Queste ultime Condizioni sono applicabili al caso di specie, poiché le cure dentarie in discussione sono state prestate nel 2002.

In merito alla presa a carico da parte di Assura delle spese dentarie, l'art. 1.6 CSA D del 2001 prevede che

"Le cure ortopediche dento-facciali, il cui scopo consiste nel migliorare la funzione masticatoria, sono prese in considerazione fino a fr. 1'500.- al massimo per ogni periodo d'assicurazione scaduto di 4 anni, ciò a partire dalla data di entrata in vigore della presente categoria. Questo importo può essere cumulato su più periodi. Per queste spese, l'assicuratore assume l'80% delle prestazioni assicurate."

- 2.4. Secondo la Cassa malati Y, la lettera del summenzionato articolo prevede che ogni quattro anni l'assicuratore si deve prendere a carico un importo massimo di Fr. 1'500.- per spese derivanti da cure ortodontiche. Tuttavia, per poter agire in tal

senso, il beneficiario di dette cure dentarie deve aver concluso l'assicurazione complementare D da almeno quattro anni. Nel caso concreto, siccome non erano ancora trascorsi quattro anni dal momento in cui l'assicurato era affiliato all'assicurazione D (ossia il 1° gennaio 2001), non era possibile riconoscere l'importo di Fr. 2'157,35 per delle cure ortodontiche.

A dire di **XXX**, invece, tale interpretazione dell'art. 1.6 CSA D sarebbe errata. Infatti, la versione italiana (doc. A1) di detto articolo delle CSA fornitagli al momento della stipulazione dell'assicurazione D non prevederebbe alcun termine d'attesa di quattro anni dal momento della conclusione del contratto d'assicurazione complementare. Nemmeno la versione originale in francese, da cui è stata tratta l'identica traduzione in italiano, accenna ad un termine d'attesa. Solo la versione in lingua tedesca di dette CSA tratta esplicitamente di questa fondamentale condizione (doc. A7).

L'art. 1.6 CSA sarebbe dunque da interpretare in un solo senso, ovvero che a partire dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione D, per ogni periodo d'assicurazione di quattro anni l'assicurato ha diritto al riconoscimento di Fr. 1'500.- al massimo sulle spese sostenute per cure ortopediche dento-facciali. Ciò, dunque, immediatamente dall'affiliazione e non solo a partire dal quinto anno come vorrebbe far credere Y.

- 2.5. Per interpretare i contratti d'assicurazione privata bisogna applicare le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali tratte dalla dottrina e dalla giurisprudenza dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22).
- L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA conviene tenere conto del loro valore normativo: dal momento che esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, è necessario che le stesse siano interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Losanna 2000, pag. 73).
- L'interpretazione di CGA che sono oggetto di una larga diffusione deve lasciare uno spazio preponderante all'elemento sistematico (DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805).

Inoltre, spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55).

Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 248).

L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 248).

Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, Droit des assurances privées, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b)aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

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), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) piuttosto che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). 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).

Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727).

L'interpretazione di una clausola contrattuale deve fondarsi pure sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della clausola di cui si impone l'interpretazione (ROELLI/KELLER, Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag, 1968, pag. 459, pagg. 462-463).

Inoltre, le dichiarazioni di volontà devono essere interpretate secondo il senso che il destinatario poteva e doveva attribuire loro (OG SO in RUA XVI n. 25; TC NE in RUA XV n. 47 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 74).

Per determinare la volontà delle parti non bisogna dimenticare che l'assicurato, a differenza dell'assicuratore, non ha conoscenze specifiche in materia d'assicurazione (TD di Horgen in RUA III n. 49 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 74).

La circostanza che il testo di una clausola sia chiaro non esclude a priori un'interpretazione (DTF 127 III 44 consid. 1b). Bisogna esaminare se ci sono dei motivi per pensare che una clausola debba esser compresa in un'altra maniera che il suo senso letterale (DTF 128 III 212 consid. 2b)bb).

Non vi sono comunque i presupposti per scostarsi dal senso letterale di un testo adottato dagli interessati quando non vi sono ragioni serie per pensare che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid.2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a).

In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più a favore al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254).

Si tratta del principio *in dubio contra assicuratorem*, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (*in dubio contra stipulatorem o proferentem*), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 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.).

Questo principio si applica sia per l'interpretazione di una polizza che delle CGA (OG LU in RUA XIV n. 37 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 75). 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.).

A titolo abbondanziale va osservato ancora che, secondo la giurisprudenza, le clausole limitative della copertura (clausole d'esclusione) devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso (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, op. cit., pag. 247). Esse possono però essere redatte in termini generali, senza che sia necessario enumerare i casi d'esclusione, a condizione che la categoria degli avvenimenti esclusi sia descritta in modo sufficientemente preciso e non equivoco al fine che non sussista alcun dubbio sull'estensione del rischio assicurato, tenendo conto del contesto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128).

Visto dunque quanto precede, 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, op. cit., pag. 459).

Infine si rammenta 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. Nel caso concreto con l'assicurazione D le parti hanno voluto prevedere una copertura delle spese derivanti dalle cure dentarie. A complemento di ciò, con l'integrazione delle CSA della categoria D nel contratto d'assicurazione complementare LCA, la convenuta ha inteso regolamentare la propria responsabilità per eventi concernenti le spese dentarie degli assicurati, fra cui quelle derivanti da cure ortopediche dento-facciali.

Siccome questo Tribunale non ha constatato una reale e comune intenzione delle parti a proposito del significato dell'art. 1.6 CSA, bisogna dunque ricercare il senso che esse potevano e dovevano dare, in buona fede, alla clausola, in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b).

Resta quindi da interpretare attentamente il contenuto di detta clausola sulla scorta dei principi giurisprudenziali sopra esposti.

- 2.7. Contrariamente a quanto sostiene la Cassa malati Y, l'estratto della frase "(...) sono prese in considerazione fino a fr. 1'500.- al massimo per ogni periodo d'assicurazione scaduto di 4 anni (...)" deve essere inteso nel senso che l'assicuratore si fa carico ogni quattro anni di Fr. 1'500.- al massimo per le spese che sorgono per cure ortodontiche. Per interpretare il concetto di "scaduto" ci si deve rifare all'uso quotidiano e generale della lingua. Secondo la scrivente Corte, la locuzione "scaduto" nel linguaggio comune e corrente assume il significato di compiuto, finito, giunto a termine. Inserito nel contesto in discussione, si tratta quindi di un periodo completo di quattro anni durante il quale l'assicurato ha diritto al rimborso delle spese dentarie sopportate. Scaduto questo termine quadro, se ne apre un altro di quattro anni, e così di seguito. Per ognuno di questi periodi quadro, il beneficiario ha diritto al riconoscimento di, al massimo, Fr. 1'500.-.

In nessun modo è possibile trarre dalla frase in esame la conclusione che prima di poter beneficiare di un tale rimborso, l'assicurato deve attendere che sia trascorso ("scaduto") un periodo d'assicurazione di quattro anni dal momento in cui è entrato in vigore il contratto d'assicurazione complementare LCA stipulato con Y. In tal caso, l'interessato dovrebbe così pagare il premio dell'assicurazione D "a vuoto" per quattro

anni per poter ottenere, soltanto dal quinto anno in avanti, il rimborso delle cure ortodontiche come previsto dall'art. 1.6 CSA.

L'interpretazione corretta del termine "scaduto" scaturisce pure dalla seconda parte del summenzionato articolo: "(...) *ciò a partire dalla data di entrata in vigore della presente categoria.* (...)". Analizzando grammaticalmente questo stralcio di frase, il TCA osserva che "ciò" si riferisce al soggetto che lo precede, quindi all'intera espressione "(...) *sono prese in considerazione fino a fr. 1'500.- al massimo per ogni periodo d'assicurazione scaduto di 4 anni.* (...)".

Pertanto, nell'accezione comune, tutta la frase significa che il diritto dell'assicurato al rimborso delle spese ortodontiche nasce immediatamente al momento della conclusione del contratto D , quindi senza nessun termine d'attesa di quattro anni.

Abbondanzialmente il TCA evidenzia che la versione originale in francese (doc. 1F) non fa che confermare quanto sopra esposto, essendo la versione italiana l'esatta traduzione del testo originale in lingua francese:

"Les soins d'orthopédie dento-faciale dont les buts sont d'améliorer la fonction masticatrice sont pris en considération jusqu'à fr. 1'500.- au maximum pour **chaque période d'assurance échu** de 4 ans, ceci à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente catégorie. Le montant précité est cumulable sur plusieurs périodes. Pour ces frais, l'assureur prend à sa charge 80% des prestations assurées." (messa in evidenza da parte della redattrice).

Nonostante quanto precede, la questione dell'applicazione al caso concreto di quest'analisi può comunque rimanere indecisa, ritenuto come faccia difetto l'adempimento di una condizione *sine qua non*.

- 2.8. Le CSA D dell'ottobre 2001 prevedono che l'assicurato debba rispettare alcune condizioni affinché Y SA possa essere chiamata a rispondere dei costi delle cure dentarie a cui egli intende sottoporsi.

L'art. 2.1 CSA D relativo al diritto alle prestazioni recita che

"Per far valere il suo diritto alle prestazioni, l'assicurato deve fare pervenire ad Y SA la nota d'onorario originale rilasciata da un medico dentista diplomato."

Per l'art. 2.2 CSA D , questo documento deve essere munito di una descrizione delle prestazioni allestite dal medico

dentista conformemente alle direttive della Società Svizzera di Odontostomatologia (SSO).

Giusta l'art. 2.3 CSA D , l'assicurato non può pretendere in nessun caso un'indennità da parte di Y SA per delle cure iniziate prima dell'entrata in vigore contrattuale della polizza d'assicurazione o relative ad un suo stato patologico già esistente e non segnalato dal medico dentista che ha completato il questionario dentario d'ammissione.

Infine, secondo l'art. 2.4 CSA D ,

"Quando il costo della cura prevista supera fr. 1'000.-, il conferimento delle prestazioni è subordinato ad un accordo preliminare di Y SA sulla base di un preventivo dettagliato stabilito dal dentista curante." (sottolineature della redattrice).

Affinché un assicurato possa dunque far capo all'assicurazione complementare delle spese dentarie (in specie l'art. 1.6 CSA), egli deve rispettare queste formalità.

In specie, il rischio assicurato si è realizzato con l'avvenuta necessità per l'attore di abbisognare di cure dentarie e meglio di farsi applicare un apparecchio ortodontico per migliorare la sua funzione masticatoria.

Può comunque rimanere aperta la questione a sapere se lo stato patologico di **XXX** esisteva già al momento della conclusione del contratto in esame (art. 2.3 CSA D), poiché la petizione va respinta in applicazione di un altro disposto (art. 2.4 CSA D).

- 2.9. L'art. 2.1 CSA D concerne qualsiasi prestazione a cui si è sottoposto l'assicurato, nel senso che per tutte le cure dentarie a cui ha fatto capo egli deve inviare all'assicuratore, al fine di ottenere, nei limiti previsti dall'articolo 1 CSA, il rimborso delle spese sopportate, l'originale della nota d'onorario del suo dentista curante.

L'art. 2.4 CSA D , invece, è una norma particolare, poiché si applica soltanto in determinate situazioni.

In merito al significato di quest'ultima norma invocata da parte convenuta, **XXX** ha affermato che la Cassa Y ha la facoltà di verificare preventivamente solo la parte delle cure che supera i Fr. 1'000.- (doc. V punto 4).

Controparte, invece, ha precisato che si tratta dell'integralità dell'importo delle spese dentarie che è soggetto ad un preventivo esame della Cassa malati (doc. VII/1 punto 3), per cui in specie l'assicurato avrebbe dovuto, prima di dare inizio alla cura ortodontica, sottoporle il preventivo dei relativi costi.

Secondo la scrivente Corte, dal chiaro tenore della disposizione dell'art. 2.4 CSA D emerge che le parti hanno stabilito che nell'eventualità in cui l'ammontare totale delle spese preventivate dal dentista curante dell'assicurato sia superiore a Fr. 1'000.-, il diritto alle prestazioni previste dall'assicurazione D dipende dal rilascio dell'approvazione delle cure da parte dell'assicuratore. Pertanto, soltanto i costi sottoposti preventivamente all'accettazione della Cassa nella loro totalità possono – se sono date le premesse del caso – essere riconosciuti e presi a proprio carico dall'assicuratore, in specie secondo l'art. 1.6 CSA D.

Inoltre, le norme speciali previste dalle CSA D (art. 2.4) prevalgono pure sulle CGA - in particolare sull'art. 14 CGA. Il disposto dell'art. 2.4 CSA ha infatti previsto la perdita totale per l'assicurato del diritto al rimborso dei costi delle cure dentarie nel caso in cui egli non abbia inviato alla Cassa malati il preventivo dei costi che ne sarebbero derivati.

Va qui rammentato come in virtù dell'art. 38 cpv. 1 LCA, l'avente diritto, non appena venuto a conoscenza dell'avvenuto sinistro e del diritto derivante per lui dall'assicurazione, deve darne avviso all'assicuratore. Il contratto può disporre che tale avviso sarà dato per iscritto.

Giusta l'art. 38 cpv. 2 LCA, se l'avente diritto manca per sua colpa a quest'obbligo, l'assicuratore può ridurre l'indennità dell'importo di cui si troverebbe diminuita se l'avviso fosse stato dato in tempo.

Questo articolo non ha carattere imperativo, ma dispositivo per cui le parti possono derogarvi (cfr. artt. 97 e 98 LCA; CARRE', op. cit., pag. 274), prevedendo in particolare la perdita totale del diritto al risarcimento in caso di avviso tardivo.

Ciò è il caso in discussione, nella misura in cui le parti hanno stabilito che il conferimento di prestazioni dentarie è subordinato ad un accordo preliminare di Y SA, la quale si deve basare su un preventivo allestito dal dentista curante dell'assicurato.

Una clausola di perdita del diritto all'indennità in caso di avviso tardivo del sinistro all'assicuratore non è contraria, di per sé, né all'equità (TC VD in RUA V n. 168), né alla consuetudine (CA BE in RUA IV n. 127).

Così, a condizione d'essere colposa, l'omissione d'annunciare in tempo il sinistro all'assicuratore può, tramite clausola contrattuale, essere sanzionata con la perdita del diritto alla prestazione (DTF 74 II 91; RUA X n. 43; DTF 40 II 60; RUA III n. 65/254; STF in RUA XV n. 56, sentenze citate in: CARRE', op. cit., pag. 274), riservata la protezione dell'art. 45 LCA (CARRE', op. cit., pag. 274).

Infatti nel caso in discussione, con il citato art. 2.4 CSA D i contraenti hanno stabilito che al fine di verificare l'estensione dell'obbligo e prima di dovere rimborsare all'attore qualsivoglia spesa dovuta a cure dentarie superiori a Fr. 1'000.-, l'ente assicuratore deve potere esaminare il relativo preventivo allestito dal dentista curante di **XXX**.

L'art. 2.4 CSA D dispone quindi che le spese dentarie superiori a Fr. 1'000.- che non sono sottoposte mediante preventivo alla Cassa malati Y SA per accettazione, non possono essere assunte dalla stessa.

Indipendentemente dal fatto che l'interessato abbia presentato all'assicuratore l'originale della nota d'onorario del dentista curante (art. 2.1 CSA D), mancando l'avviso anticipato alla Cassa delle spese dentarie a cui l'assicurato intende sottoporsi e, valendo tale preventivo quale avviso di sinistro, l'ente assicuratore non potrà rimborsargli gli effettivi costi di cura se essi superiori ai Fr. 1'000.-.

L'art. 2.4 CSA D costituisce una regola speciale per i casi rilevanti rispetto al principio generale di cui all'art. 2.1.

In concreto, **XXX** non contesta di aver omesso d'informare per tempo – quindi anticipatamente rispetto all'intervento - la Cassa malati Y sull'adeguatezza delle cure che gli ha prestato l'ortodontista a cui si è rivolto. Egli ammette di avere trasmesso all'assicuratore unicamente la fattura delle prestazioni della dentista curante.

Di conseguenza, in assenza di un preventivo delle prestazioni occorrenti e quindi di tempestiva notifica, l'assicuratore non ha potuto pronunciarsi in merito tramite il suo dentista di fiducia e quindi, come stabilito imperativamente dal precitato disposto, avallare il preventivo dei costi necessari per le cure ortodontiche dell'interessato.

Pertanto, l'invio della sola fattura della dr. med. dent. **XXX**, a cure già avvenute, non supplisce a tale negligenza, ma viola lo scopo della notifica e del conseguente controllo delle spese dentarie previsto dall'art. 2.4 CSA D

In virtù di quanto esposto, la posizione dell'assicuratore che ha rifiutato all'attore il rimborso della nota d'onorario di Fr. 2'157,35 dell'ortodontista a motivo, pure, della non presentazione, prima di detta fattura, di un dettagliato preventivo delle spese per l'applicazione dell'apparecchio ortodontico, va tutelata.

Conseguentemente la petizione del 25 agosto 2003 va respinta senza carico di tasse e spese.

2.10. Infine, l'attore ha sollevato la violazione della Legge federale sulla concorrenza sleale:

"(...)

2) Offerte ingannevole

La legge federale sulla concorrenza sleale (LCSI) considera una pratica sleale (affermazione ingannevole art. 3 punto i.) il tacere condizioni importanti relative alla prestazione".

(...)

Y , nel materiale informativo (cartaceo e su Internet), parla di una copertura fino a Fr. 1'500.- senza indicare il tempo d'attesa di 4 anni (allegato 4). Il costo dell'assicurazione risulta quadruplicato e, nel caso concreto, la prestazione è inutilizzabile (è attorno ai 10 anni che si ricorre sovente a tali misure).

Una tale informazione è rilevante: doveva figurare nei prospetti e doveva essere posta in evidenza nelle condizioni generali. Le altre compagnie, a suo tempo prese in considerazione, facevano riferimento a un periodo d'attesa nei prospetti informativi. Se correttamente informati, vista l'età di **XXX** (10 anni), si sarebbe scelta un'altra compagnia e ci si troverebbe con il rimborso e senza la necessità di adire le vie legali.

La dissimulazione delle condizioni ha portato alla perdita della prestazione e a costi aggiuntivi. In base alla LCSI è giustificato il rimborso di Fr. 1'500.- e delle spese supplementari sostenute. In buona fede, come si usa nella normale prassi commerciale, pensando a un errore, si è cercata una mediazione con Y . Il dialogo, come si rileva dalla corrispondenza e come conferma anche la presa di posizione dell'ombudsman, è escluso per motivi di principio, indipendente dalla questione personale. Vi è un nesso diretto fra il comportamento di Y , in contrasto con la legge sulla concorrenza sleale, e la perdita di tempo e di guadagno che ha causato all'istante. E' giustificato quindi il risarcimento completo dei danni e della perdita di guadagno di Fr. 3'400.- (art. 9 e 10 LCSI)."

Il Tribunale delle assicurazioni non è competente per entrare nel merito dell'applicazione di una legge il cui scopo e contenuto

esula dall'ambito delle assicurazioni, in particolare dal ramo malattia. **XXX** potrà, semmai, rivolgersi alla competente autorità giudiziaria civile per le sue rivendicazioni.

- 2.11. Si osserva ancora che 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 rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'Ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse. Alla luce della citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

- 2.12. 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 contempla 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 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 è rappresentato dalla fattura della dr. med. dent. **XXX** ammontante a Fr. 2'157,35. Siccome tale importo è inferiore a Fr. 8'000.-, non sono pertanto dati gli estremi per un ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

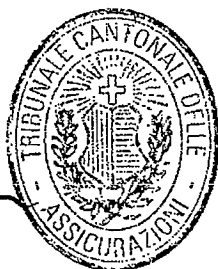
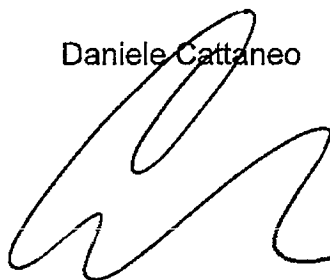
- 1.- La petizione è **respinta**.

2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

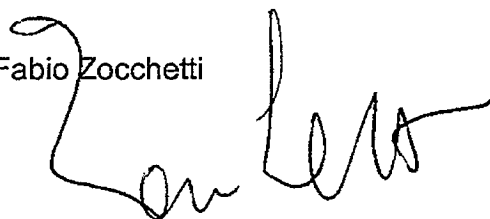
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

19 MAG. 2004

**TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI**