

Raccomandata



Incarto n.
36.2003.73

Lugano
15 dicembre 2003

IR/tf

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 30 gennaio 2003 di

XXX,

Contro

Cassa Malati Y

In materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

1.1. **XXX XXX XXX** è assicurata obbligatoriamente contro le malattie presso la Cassa Malati Y. La copertura comprende il rischio d'infortunio. Oltre all'assicurazione per le cure medico sanitarie **XXX XXX XXX**, casalinga, nata nel 1943 e domiciliata a Lugano-Pregassona, beneficia, tra altre, di una copertura complementare denominata SC per le cure complementari con livello di copertura 3 e di una assicurazione ID, invalidità e decesso per infortunio.

1.2. Con dichiarazione d'infortunio 31 maggio 2002 la signora **XXX XXX** ha segnalato come il precedente 14 marzo 2002 verso le 18⁰⁰:

"Mangiando un pezzo di pane "rustico" ho morso un sasso contenuto nel pane, spaccando un dente molare in due. Ho dovuto recarmi d'urgenza al pronto soccorso della Croce Verde per la prima cura provvisoria.

Il dent. dott. **XXX** cui ha fatto i primi controlli per una riparazione, cura, visto il preventivo molto caro, ho cambiato dentista.

L'assicurata ha indicato nel formulario (doc. 2) nel dott. **XXX** il medico curante.

L'assicuratore, con formulario prestampato, ha chiesto al dott. **XXX** precisazioni in merito all'evento. Il medico curante ha precisato nel 2 maggio 2002 la data della prima consultazione e l'avvenuta ricostruzione del dente toccato. In seguito il medico ha trasmesso a Y radiografie effettuate il 20 marzo 2002 (doc.4)."

- 1.3. Alla luce delle informazioni acquisite Y ha rifiutato di assumersi le spese di cura del dente 27 (molare superiore sinistro) e ciò mediante decisione formale confermata con decisione su opposizione oggetto di ricorso a questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni. Con petizione del 30 gennaio 2003 la signora **XXX XXX XXX** ha chiesto la condanna della Cassa Malati al pagamento delle spese di cura dentarie, esprimendosi nei seguenti termini:

" Mangiando una fetta di pane "ai 4 grani" ella mordeva un sassolino che si trovava nella mollica, spaccando così un dente molare. Veniva curata in modo provvisorio presso la Croce Verde di Lugano, essendo l'infortunio avvenuto di sabato. In seguito venne svolta la riparazione definitiva del dente da parte del Dr. medico dentista **XXX**. L'assicurata si era recata per un consulto, prima dell'intervento definitivo, presso il Dr. **XXX**, ma, avendo ritenuto il preventivo di spesa troppo alto, aveva appunto deciso di far svolgere la riparazione del dente da parte del Dr. **XXX**.

Per le prestazioni mediche l'assicurata ha pagato:

- la fattura 14 marzo 2002 della Croce Verde di Lugano (doc. B)	Frs.	80.60
- la nota d'onorario 23 aprile 2002 del Dr. XXX (doc. C)	Frs.	398.--
- la nota d'onorario 23 maggio 2002 del Dr. XXX (doc. D)	Frs.	<u>1'379.25</u>

per un totale di Frs. 1'857.85"

- 1.4. La Cassa ha proposto la reiezione dell'impugnativa con risposta di causa del 17 febbraio 2003 contestando che l'evento sia stato cagionato da un fattore straordinario che possa assurgere ad infortunio. In particolare, in una lettera 14 marzo 2003 al TCA l'assicuratore ha indicato di non dovere corrispondere prestazioni all'assicurata sulla scorta delle assicurazioni complementari poiché:

"Effettivamente l'assicurazione complementare SC prende a carico, in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria (art. 3 cpv. 2), le prestazioni per cure dentarie in seguito ad infortunio (art.5 cpv. 20) delle condizioni particolari dell'assicurazione delle cure complementari.

Tuttavia nel caso concreto le prestazioni non sono riconosciute in quanto, come già esposto nella nostra risposta di causa,

mancherebbe la nozione di infortunio e quindi l'articolo in questione non è applicabile.

L'unica prestazione a cui ha diritto l'assicurata è di fr. 150.- ogni 3 anni per cure dentarie in seguito a malattia (art. 5 cpv. 21)."

Il Giudice delegato ha chiesto a Y:

"Vi ringrazio per la comunicazione 2 settembre 2003.

Con lettera 14 marzo 2003 avete comunicato a questo Tribunale che:

"l'unica prestazione cui ha diritto l'assicurata è di fr. 150.- ogni 3 anni per cure dentarie *in* seguito a malattia (art. 5 cpv. 21)"

Vogliate cortesemente comunicare se:

a) a seguito dell'evento 14 marzo 2002 e delle cure dentarie che ne sono seguite (dott. **XXX** e dott. **XXX**) – come a voi noto – sono state eseguite prestazioni in favore della signora **XXX** ai sensi dell'art. 5 delle condizioni d'assicurazione SC (come riconosciuto nella vostra lettera 14 marzo 2003)

b) se non sono state eseguite prestazioni in virtù della complementare SC vogliate specificarne i motivi

c) se prestazioni sono state fatte ai sensi della complementare SC a seguito dell'evento 14 marzo 2002 vogliate trasmettere i relativi conteggi.

Attendo un vostro cenno di risposta a breve termine."

Y ha risposto con scritto del 12 settembre 2003 indicando di avere rimborsato alla signora **XXX**, a partire dal luglio 2001, i seguenti importi:

- CHF 26,05 su una fattura di CHF 32,55 del **XXX**
- CHF 64,50 sulla fattura della **XXX** Lugano 14.3.2002 di CHF 80,60

per un rimborso di complessivi CHF 90,55

La lettera è stata trasmessa alla signora **XXX**, tramite il patrocinatore, per una presa di posizione.

In diritto

In ordine

- 2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1a 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 una 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. 718, p. 192-200; R. Spira, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 511995, 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*, 314, 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, con la sua petizione del 30 gennaio 2003, fa sostanzialmente valere prestazioni derivanti sia dalla copertura prevista dalla LAMal che dall'assicurazione complementare: L'esame del caso va eseguito sia nell'ottica delle prestazioni obbligatorie fissate dalla LAMal ed è oggetto di separato giudizio (36.2003.10), che alla luce della copertura complementare conclusa, tema analizzato nel presente giudizio.

2.2. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707100; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335100; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212100; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220100; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347198 pubblicata in RDAT 1-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304199; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98).

Nel merito

2.3. Unica copertura complementare che potrebbe entrare in linea di conto per prestazioni in caso di rottura di un dente è l'assicurazione complementare SC, essendo escluse prestazioni in virtù della copertura ID trattandosi di prestazioni in capitale nel caso di invalidità (art. 15 e 19 Condizioni generali dell'assicurazione ID). Per invalidità le CGA della complementare ID prevedono una invalidità permanente causata da infortunio. Nel caso concreto – come specificato – le prestazioni ID non entrano in linea di conto sia per l'inesistenza di una invalidità come tale sia per la negata esistenza di un infortunio come specificato nella sentenza emanata a fronte dell'impugnativa della signora **XXX** in ambito di assicurazione obbligatoria delle cure. In particolare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non ha ritenuto comprovato, secondo il principio della probabilità preponderante valido nelle assicurazioni sociali, l'esistenza di un elemento di straordinarietà tale da riconoscere un infortunio esprimendosi nei seguenti termini:

"Si è rilevato, nelle considerazioni precedenti, come per stabilire se un evento ha carattere d'infortunio, occorre, di regola, risalire direttamente al fattore esterno: non basta inferire, partendo dal danno alla salute nell'assunto che, senza l'azione di quel fattore, il danno non si sarebbe potuto produrre. Nel caso concreto il dente non è stato tenuto e prodotto all'assicuratore con la segnalazione dell'evento, la riparazione del dente antecedente alla notifica dell'infortunio non ha permesso nessuna diretta verifica. Il dente in questione era inoltre già stato oggetto di cure ed era devitalizzato come rammenta il dott. **XXX**, pur essendo in perfetto stato non poteva certamente essere considerato alla stregua di un dente sano come rammenta l'assicuratore malattia da ultimo nello scritto 2 settembre 2003.

Il giudice delegato ha acquisito presso il patrocinatore dell'assicurata il doc. G4, lettera di risposta dell'assicurata ad una richiesta di complemento di informazioni formulata da Natura alla signora **XXX** in merito alla rottura del dente. In quella lettera, datata 11 giugno 2002, la signora **XXX** ha ribadito che la causa dell'evento dannoso è stata una pietra contenuta in un pane ai 4 grani, pietra che l'assicurata indica di avere "... tolto dalla bocca", il pane essendo stato acquistato presso la **XXX** e precisa che, presente ai fatti, vi era il marito.

... ha quindi interpellato il signor **XXX XXX**, marito dell'assicurata, sottoponendogli precise domande (doc. XV del 18 agosto 2003), cui il signor **XXX** ha risposto con atto pervenuto il 26 agosto 2003 al TCA specificando in particolare di essere stato presente ai fatti, svoltisi durante la colazione verso le ore 7.30, indicando come la signora **XXX** stesse mangiando una fetta di pane con burro e marmellata e di avere mostrato un'espressione di dolore correndo in bagno. La signora **XXX** – secondo il racconto del marito – ha quindi sputato il rimanente boccone contenente il pezzo duro nel lavabo del bagno. L'interpellato ha poi precisato di non avere visto l'oggetto che ha causato la rottura del dente, ha indicato di averne sentito il rumore "... simile allo scheggiarsi di un sassolino" precisando che "Secondo il rumore sentito, doveva essere un sassolino" che si sarebbe "frantumato, secondo il rumore stritolante". Il signor **XXX** ha precisato che la moglie ha sputato della mollica di pane, di non avere controllato la causa della rottura del dente siccome reazione non spontanea, e di avere notato il dente rotto.

Viste le risposte alle domande poste ... non appare dimostrato, secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, che la causa della rottura del dente sia stata un sassolino od una piccola pietra contenuta nel pane, e non invece un seme indurito dalla cottura del pane. Ricondurre al sassolino la causa del danno al dente è deduzione che hanno operato l'assicurata ed il di lei marito senza che tale ipotesi sia ulteriormente corroborata. La signora **XXX** non è, purtroppo, stata in grado di dimostrare – secondo i principi validi in materia di assicurazioni sociali dedotti dalla giurisprudenza federale riassunti nelle considerazioni precedenti – la straordinarietà della causa del danno al dente molare.

Alla luce delle considerazioni esposte si deve ritenere come non comprovato un infortunio e, di conseguenza, va confermata la decisione dell'amministrazione di negare la prestazione assicurativa obbligatoria delle cure mediche. Il ricorso va respinto senza conseguenza di tasse e spese e senza concessione di ripetibili."

- 2.4. La copertura denominata SC, ossia copertura delle cure complementari, che prevede all'art. 5 cifra 20 delle condizioni particolari della copertura SC, un intervento di Y in caso di cure dentarie prestate da un medico dentista diplomato federale conseguenti ad un infortunio, nella misura in cui dette spese superino quelle prestate secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure. Il livello 3 cui è assicurata la signora **XXX** ha diritto ad un rimborso, in caso di infortunio, di un importo pari all'80% delle

spese sostenute con un tetto di CHF 6'000.- (secondo le condizioni contrattuali).

Nel concreto caso l'assicuratore ha rettamente rifiutato di fornire prestazioni anche sulla scorta di questa copertura comolementare, in effetti la definizione di infortunio contenuta nelle condizioni generali delle assicurazioni complementari all'art. 3 è in tutto e per tutto simile alla definizione legale dell'art. 2 LAMal vigente sino alla fine del 2002 rispettivamente all'art. 4 LPGa. Come rilevato in precedenza nel caso concreto non sono dati gli estremi di un infortunio così come esatti dalla legge e sviluppati dalla giurisprudenza, ed in ogni caso gli atti e l'istruttoria di causa non ha reso verosimile l'esistenza di un infortunio con la conseguenza che l'assicurata sopporta l'assenza di tale prova.

- 2.5. L'assicuratore stesso, interpellato dal giudice delegato, ha ammesso con scritto del 14 marzo 2003 il diritto dell'assicurata di beneficiare di prestazioni previste all'art. 5 cpv. 21 delle Condizioni d'assicurazione SC che prevedono versamento limitato a CHF 150.- (80% delle spese medico dentistiche limitate comunque a CHF 150.-) nel periodo di 3 anni in caso di trattamento medico dentistico in seguito a malattia.

Interpellata in merito alle prestazioni sulla base SC effettuate in conseguenza all'evento del 14 marzo 2002, l'assicuratore ha comunicato che:

"le fatture, concernenti delle prestazioni dentarie, rimborsate all'assicurata sulla base dell'assicurazione complementare SC, sono (...) una fattura di fr. 32,55, periodo di trattamento: 12.07.2001, del **XXX** (importo rimborsato 80%: 26,05) e una fattura di fr. 80,60, periodo di trattamento 14.03.2002, della **XXX** (importo rimborsato 80%: fr. 64,50)." (doc. IX)

Ne discende che avendo la signora **XXX** beneficiato di prestazioni per soli CHF 90,55 ed avendo diritto – per l'ammissione stessa dell'assicuratore (v. doc. VI) – all'importo di CHF 150.-, la petizione va allora parzialmente accolta e CMEL condannata a versare alla signora **XXX XXX** l'importo di CHF 59,45.

Visto quanto precede non vengono caricate tasse e spese e vengono concesse ripetibili parziali alla luce del grado di soccombenza.

In effetti la parte che vince, anche se parzialmente, in causa ha diritto alla rifusione delle ripetibili, in caso di vittoria parziale le

ripetibili vanno ridotte alla luce del grado di accoglimento della causa, e ciò senza tenere conto del valore litigioso.
Nel caso in esame, appare giustificato attribuire alla signora **XXX XXX**, a carico dell'assicuratore, l'importo di CHF 250.- a titolo di ripetibili.

La presente sentenza è definitiva siccome non sono dati gli estremi, e meglio i valori di causa, per un ricorso in riforma al Tribunale Federale di Losanna.

- 2.6. 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 LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

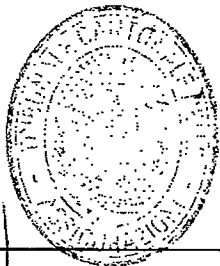
Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è parzialmente accolta.
 - 1.1. Di conseguenza la convenuta è condannata a versare all'attrice l'importo di CHF 59,45.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La convenuta verserà all'attrice l'importo di CHF 250.- a titolo di ripetibili comprensive di IVA.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
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 giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti