

Raccomandata

Incarto n.

36.2005.139

Lugano

3 aprile 2006

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 27 settembre 2005 di

XXX,
rappr. da: Xxx,

contro

Y Assicurazioni SA,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto, **in fatto**

- A. **XXX**, 1989, è assicurata dal 1991 presso Y Assicurazioni SA per diverse assicurazioni complementari, fra cui l'assicurazione complementare "A" III (categoria B00) che, fra le altre prestazioni, copre anche le cure dentarie. Dal 1999 l'assicurata è stata paziente del dr. med. dent. _____, specialista in ortodonzia, per cure ortodontiche. Durante il controllo del 23 aprile 2004, lo specialista le ha consigliato di togliere i denti 18, 28, 38 e 48 (denti del giudizio) *"per ragioni ortodontiche, per evitare che si crei un affollamento inferiore, siccome manca spazio ed erano mesioinclinati"* (doc. A1). Per l'estrazione dei quattro ottavi l'assicurata si è rivolta al dr. med. dent. _____, il quale il 29 novembre 2004 (doc. A2) ha emesso la propria nota d'onorario ammontante a Fr. 1'831,20

per il trattamento dal 24 settembre al 23 novembre 2004, riconosciuta però soltanto nella misura di Fr. 840,80 dall'assicuratore complementare (50% di Fr. 1'681,60 per interventi di chirurgia dentaria, mentre Fr. 149,60 non sono stati coperti).

- B. II 6 giugno 2005 (doc. A3) Xxx, papa dell'assicurata, ha contestato la presa a carico di solo il 50%, evidenziando che l'estrazione dei denti del giudizio era dovuta esclusivamente al trattamento ortodontico in corso da diversi anni, perciò il costo doveva ricadere sotto questo capitolo ed essere coperto nella misura dell'80%, e non ai 50% quale caso "odontoiatrico-chirurgico". Con scritto del 23 giugno 2005 (doc. A4) l'assicuratore ha considerato l'estrazione dei denti del giudizio come un intervento di chirurgia, siccome non specificatamente elencato nel capitolo della correzione della posizione dei denti (ortodonzia), e quindi ha contribuito al 50% del costo di questo intervento.
- C. Con petizione del 27 settembre 2005 (doc. I) Xxx, in rappresentanza della figlia, chiede che l'assicurazione convenuta sia condannata a riconoscere l'80% della fattura del dentista, poiché le quattro estrazioni sarebbero state eseguite per meri motivi ortodontici che, come tali, rientrerebbero nella voce "trattamento" presente al capitolo delle prestazioni d'ortodonzia elencato nelle Condizioni Complementari (CC) "A".
L'assicuratore convenuto contesta questa lettura delle CC LCA, rilevando che *"il semplice fatto che l'ortopedico curante riteneva opportuna l'estrazione dei denti del giudizio non ne fa ancora un trattamento di ortopedia mascellare. Essa è e resta un intervento di chirurgia dentaria (...)." (doc. III).*

in diritto

in ordine

1. 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). II TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

nel merito

2. Questo TCA deve stabilire in che percentuale l'assicuratore deve assumersi il costo delle cure dentarie che l'attrice ha ricevuto dal dr. med. dent. _____ dal 24 settembre al 23 novembre 2005. Le prestazioni erogate dipendono dalla catalogazione del trattamento ricevuto. Se l'estrazione dei quattro denti del giudizio va ritenuta come un intervento di chirurgia dentaria, l'assicuratore risponderà nella misura del 50% del costo secondo la tariffa LAMal; all'80%, se come un trattamento nell'ambito di una cura ortodontica (correzione della posizione dei denti).
3. Le Condizioni Complementari (CC) dell'assicurazione malattie complementare per la categoria A, valide dal 1° gennaio 2004, regolano, fra le altre prestazioni, gli interventi di chirurgia dentaria e l'ortodonzia (doc. A5).

Per gli *interventi di chirurgia dentaria*, assunti secondo la tariffa vigente per la LAMal, per la categoria Ill Y copre il 50% per:

- Resezione del filetto delle labbra
- Resezione apicale
- Estrazione dentaria con separazione e apertura
- Estrazione di un dente ritenuto/incluso
- Estrazione chirurgica di denti del giudizio (compresi l'anestesia, le radiografie necessarie ed il trattamento successivo) Importo massimo per anno civile: Fr. 1'000.-.

Per l'Ortodonzia, ossia la correzione della **posizione** dei denti, la **categoria Ill scelta** dall'attrice copre, secondo la tariffa LAMal, l'80% dei costi per un importo massimo di Fr. 10'000.- per trattamento, da intendere come *diagnosi, pianificazione, trattamento, compresi gli apparecchi ed i controlli successivi fino alla fine del trattamento*.

La questione verte sull'interpretazione di queste due disposizioni, in particolare su cosa comprenda la voce "Ortodonzia".

Per l'attrice, con "*Ortodonzia*" devono essere intese tutte le cure ortodontiche di cui la contraente necessita nell'ambito di un trattamento di correzione della posizione dei denti. Nel suo caso lo specialista ortodontista che l'aveva in cura da anni ha consigliato di togliere gli ottavi "*per evitare che si crei un affollamento inferiore, siccome manca spazio ed erano mesioinclinati*". Da questa indicazione risulterebbe dunque che l'estrazione dei quattro denti del giudizio fosse un tassello necessario della cura ortodontica in essere da alcuni anni, e non un caso isolato di intervento di chirurgia dentaria.

Secondo l'assicuratore, ciò che conta sarebbe invece soltanto la lista esaustiva delle prestazioni che rientrano nella voce degli "*interventi di chirurgia dentaria*", fra cui v'è "*l'estrazione chirurgica di denti del giudizio*". La circostanza che lo specialista riteneva opportuna questa estrazione non farebbe alcuna differenza, siccome, come tale, "*un'estrazione dei denti del giudizio non ne fa ancora un trattamento di ortopedia maxillare*". Pertanto, s'imporrebbe soltanto la copertura del 50% dei costi d'intervento fatturati dall'odontoiatra.

4. 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. 1 b; 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 1805; 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 ad art. 1 LCA). 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 ad art. 33 LCA).

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 ad art. 33 LCA).

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 157; 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. 1 b; 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. 1 b; 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 ad art. 1 LCA). 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 ad art. 1 LCA). Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori la possibilità d'interpretarla (DTF 127 III 44 consid. 1b). Occorre esaminare se ci sono dei motivi per pensare che una clausola debba essere 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 favorevole 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 Privat-versicherungsrecht, 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 ad art. 1 LCA). 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-maladies 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).

5. Con l'assicurazione "A" in oggetto le parti hanno voluto prevedere il versamento di prestazioni, da parte dell'assicuratore nei confronti della stipulante, qualora l'attrice necessitasse di cure particolari non prese a carico, o solo in parte, dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La questione verte sull'obbligo dell'assicuratore di versare all'attrice il 50% o l'80% del costo del trattamento odontoiatrico fatturato dal dr. med. dent. (Fr. 1'831,20). In virtù della copertura "A" e delle summenzionate CC, la percentuale dei costi che Y si deve assumere dipende dalla catalogazione della cura dentaria che il citato medico dentista ha prestato all'attrice dal 24 settembre al 23 novembre 2004. Siccome questo Tribunale non ha constatato una reale e comune intenzione delle parti a proposito del significato delle cure ortodontiche e se l'estrazione dei denti del giudizio, quando collaterale a cure ortodontiche, rientri in tale branca odontoiatrica, occorre ricercare il senso che attrice e convenuta potevano e dovevano dare, in buona fede, all'espressione "*ortodonzia*" usata in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b). Va quindi interpretato il contenuto delle

Condizioni Complementari sulla scorta dei principi giurisprudenziali sopra esposti.

6. Contrariamente a quanto sostiene l'assicuratore, la categoria "*ortodonzia*" va intesa in un'accezione ampia e quindi nel senso suggerito e capito dall'attrice.

L'ortodonzia è la correzione della posizione dei denti ed un ortodontista dapprima diagnostica l'errato sviluppo dei mascellari e la posizione irregolare dei denti, poi pianifica nel tempo le cure da intraprendere ed infine decide il tipo di trattamento da adottare, inclusi gli eventuali apparecchi (baffo, *lip-bumper*, monoblocco, apparecchio fisso), tenendo sotto regolare controllo l'evolversi del trattamento. Da questo punto di vista, la descrizione delle prestazioni che le CC danno dell'ortodonzia è corretta. Altrettanto corretta appare la lista degli interventi di chirurgia dentaria presi a carico al 50% da Y, fra i quali v'è *l'estrazione chirurgica di denti del giudizio*, compresa l'anestesia, le radiografie necessarie ed il trattamento successivo.

Per quanto attiene al caso concreto, occorre sapere in quale di queste due categorie inserire l'intervento d'estrazione chirurgica di denti del giudizio consigliata dall'ortodontista *nell'ambito di una cura ortodontica* e quindi quando sia finalizzata alla correzione della posizione dei denti e non ad eliminare patologie.

D'avviso del TCA, nel caso di specie, l'estrazione chirurgica dei quattro ottavi effettuata dal dr. med. dent. va considerata come un intervento facente parte di un trattamento ortodontico. Come tale essa va quindi presa a carico dall'assicuratore nella misura dell'80% dei costi fatturati dal medico dentista, fermo restando l'applicazione della tariffa vigente per la LAMaI.

Contrariamente a quanto ritiene la convenuta, l'importante indicazione dello specialista secondo cui all'attrice era consigliata l'estrazione di tutti e quattro i denti del giudizio non va ignorata, ma pone per contro in atto, nel caso concreto, l'eccezione ad una normale chiamata in causa dell'assicuratore nella misura del 50%. L'estrazione dei denti del giudizio faceva infatti parte della pianificazione ortodontica dello specialista. La necessità di ricavare dello spazio all'interno della cavità orale di XXX era, per lo specialista, una condizione indispensabile per portare a termine il trattamento ortodontico messo in atto da diversi anni. L'ortodontista intendeva così prevenire un affollamento dei denti (doc. AI), che altrimenti avrebbe potuto

pregiudicare e quindi vanificare tutte le cure ortodontiche effettuate fino ad allora, come pure una corretta masticazione dell'assicurata.

Nel caso in esame si deve concludere che l'estrazione dei denti del giudizio dell'attrice collaterale alla cura ortodontica e finalizzato al successo della stessa, quindi parte integrante dell'attività di correzione della posizione dei denti, deve rientrare nella fase di "*trattamento*" necessaria nell'ambito dell'attività del dott. med. , alla stessa stregua della diagnosi, della pianificazione e dei controlli che seguono il corso di una cura ortodontica. Il TCA osserva comunque che se l'indicazione non fosse stata ortodontica, l'assunzione dei costi sarebbe stata del 50%, fino a Fr. 1'000.- al massimo per anno.

7. Da quanto precede discende che, a fronte delle necessità di cura che si sono manifestate nel corso del trattamento ortodontico a cui l'attrice è stata sottoposta, l'estrazione dei denti del giudizio non rientri nella categoria degli interventi di chirurgia dentaria, bensì dell'ortodonzia. Pertanto, l'assicuratore è tenuto a corrispondere l'80% delle prestazioni offerte ed assicurate dalla copertura complementare "A" categoria III secondo la tariffa LAMal, anziché il 50% già riconosciuto e versato il 27 dicembre 2004 (doc. A2).

Y non ha portato - come le incombeva secondo procedura, a fronte degli elementi probatori addotti da parte attrice (in specie la fattura del dott. adeguatamente dettagliata e specificata) - elementi a comprova della non conformità della fatturazione del dott. alla tariffa vigente.

Vanno quindi ritenuti i punti esposti nella fatturazione 574 ai quali va applicata la tariffa LAMal pari a CHF 3,10 il punto (convenzione tariffaria tra SSO e - ora- Médisuisse che rinvia all'accordo sul valore del punto tra medesime parti). Ciò per un totale di CHF 1'779.40. Nella fattura vanno anche conteggiate e ritenute le prestazioni (per complessivi 6,5 punti) relative alla fluorazione ed a prestazioni dell'igienista non avendo Y comprovato la loro estraneità all'intervento posto in essere dal dott. . In altri termini la fatturazione rende verosimile e comprova tale necessità e connessità; circostanza non adeguatamente contestata da Y.

All'importo di CHF 1'779,40 vanno aggiunti i medicinali applicati ed il materiale di profilassi per CHF 23.10. Il tutto per complessivi CHF 1'802.50.

L'importo dovuto da Y è quindi di CHF 1'442.-- e non CHF 840,80. Y dovrà versare a **XXX** e, per essa minorenni, al padre Valentino l'importo di CHF 601,20 pari alla differenza tra quanto dovuto (CHF 1'442.--) e quanto sin qui versato. La petizione va accolta parzialmente. Sebbene sia vincente in causa, all'attrice non vanno assegnate ripetibili siccome non patrocinata.

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 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."

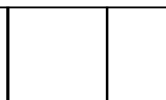
In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla differenza fra il 50% di Fr. 1'681,60 che l'assicuratore ha già riconosciuto all'attrice e l'80% della fattura totale di Fr. 1'831,20 che quest'ultima pretende. L'importo controverso è manifestamente inferiore ai succitati Fr. 8'000.-. Gli estremi per interporre un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna non sono quindi dati.

9. Secondo l'art. 49 cpv. 2 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, perciò s'impone di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **parzialmente accolta** ai sensi dei considerandi.



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

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

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato
Ivan Ranzanici

Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

4 APR. 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI