

## **TI\_GERICHTE 36.2002.41 vom 14. März 2002**

TI Tribunale d'appello, 2002-03-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.41)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.41 du 14 mars 2002

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.41 del 14 marzo 2002

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.09.2002 36.2002.41 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.09.2002 36.2002.41 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.09.2002 36.2002.41

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 36.2002.00041 cs /cd Lugano 3 settembre 2002 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici redattore: Christian Steffen segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso dell'11 aprile 2002 di \_\_\_\_\_, contro la decisione del 14 marzo 2002 emanata da \_\_\_\_\_, in materia di assicurazione sociale contro le malattie ritenuto, in fatto 1.1. \_\_\_\_\_ è stata assicurata presso la \_\_\_\_\_ fino al 31 dicembre 2000, beneficiando, fra l'altro, dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nel corso del 2001 \_\_\_\_\_ ha trasmesso alla \_\_\_\_\_ una fattura del 6 agosto 2001 del dr. med. \_\_\_\_\_ di fr. 151.20 per prestazioni effettuate nel 2001. Gli interventi sarebbero da ricondurre ai postumi di un infortunio del 7 dicembre 1991, allorquando la convenuta assicurava l'interessata. Con decisione formale del 29 gennaio 2002, confermata dalla decisione su opposizione del 14 marzo 2002, la Cassa ha rifiutato di assumersi i costi relativi alla fattura del 6 agosto 2001, poiché l'insorgente ha disdetto la copertura assicurativa con effetto al 31 dicembre 2000. L'assicurata è tempestivamente insorta contro la predetta decisione osservando quanto segue: " (...) Come ben riassunto da detta decisione in data 7 dicembre 1991 a seguito di un infortunio, tra le altre cose, ho subito una lesione agli occhi. Mi sono dovuta sottoporre per anni a fisioterapia per poter migliorare la situazione, e tuttora devo portare degli occhiali muniti di prisma. Al momento dell'infortunio ero assicurata presso l'\_\_\_\_\_, di conseguenza fin tanto che ero assicurata presso di loro non sussisteva alcun problema. Con effetto 31 dicembre 2000 il rapporto con l'\_\_\_\_\_ è venuto a cessare. La mia nuova cassa malati è ora l'\_\_\_\_\_, invece per quanto riguarda la copertura per gli infortuni, questi sono tramite l'assicurazione del mio datore di lavoro. Nel mese di agosto 2001 mi sono sottoposta alla solita visita oculistica, il quale mi ha inviato nuovamente dall'ortotista per verificare la situazione. Quest'ultima ha riscontrato che i prismi da me portati non erano più sufficienti; quindi ho dovuto trovare la gradazione giusta per poi cambiare la lente. Il medico stesso ha rilasciato un certificato (ivi annesso in copia) dove conferma che il problema è ancora una conseguenza dell'infortunio del 1991. Il mio problema attuale è il seguente: - lo ho inviato la fattura all'\_\_\_\_\_ per il rimborso della stessa, che però rifiutano di pagare asserendo che non essendo più assicurata presso la loro Compagnia, non è più di loro spettanza. - Ho

provato ad inviare la fattura all' \_\_\_\_\_, ma pure loro rispondono che non è di loro competenza non essendo assicurata presso la loro compagnia per la copertura contro gli infortuni. - L'Assicurazione del datore di lavoro, a sua volta, risponde che essendo nel 1991 assicurata presso l' \_\_\_\_\_, e non presso di loro, non è di loro competenza. Chi deve assumersi le spese presenti e future?" (cfr. doc. \_) 1.2. Nella sua risposta del 30 aprile 2002 la Cassa propone di respingere il gravame e osserva: 1. Nel lontano 7 dicembre 1991 la signora \_\_\_\_\_, quand'era attiva in una compagine hockeyistica, ha subito un trauma cranico (con conseguente amnesia), spostamento delle vertebre cervicali, lesione agli occhi. Il caso è stato assunto dalla \_\_\_\_\_ atteso come in quel preciso momento la signora \_\_\_\_\_ era studentessa e - come persona senza attività lucrativa - assicurata presso la qui convenuta. Con effetto 31 dicembre 2000 la signora \_\_\_\_\_ ha disdetto le coperture assicurative a suo tempo pattuite con la \_\_\_\_\_ e meglio: - \_\_\_\_\_ : assicurazione obbligatoria delle cure medico- sanitarie; - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali; - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa di cura medica per prevenzione e medicina alternativa; - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa ospedaliera (reparto privato); - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa d'indennità ospedaliera; - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa di cure dentarie; - \_\_\_\_\_ : assicurazione integrativa infortuni in caso di morte ed invalidità; Prove: attestato coperture assicurazione (anno 2000) (doc. \_) condizioni generali d'assicurazione (doc. \_) 2. Nel prosieguo la signora \_\_\_\_\_ ha inviato alla \_\_\_\_\_ la fattura datata 6 agosto 2001 del dr. med. \_\_\_\_\_ (ammontare fr. 151.20) inerente ad un trattamento avuto dall'8 maggio al 27 giugno 2001 con la richiesta di assunzione del relativo costo atteso come la prestazione ottenuta fosse da ricollegare con le sequele dell'infortunio subito il 7 dicembre 1991. Detta richiesta è stata declinata dalla \_\_\_\_\_, che con scritto 11 dicembre 2001, ha argomentato che detto rifiuto era da imputare al fatto che la copertura contro gli infortuni era cessata con effetto 31 dicembre 2000 e ciò a causa del cambiamento di assicuratore malattia. La qui convenuta nella stessa sede aveva specificato alla signora \_\_\_\_\_ che "la invitiamo a trasmettere la nota in questione alla sua attuale cassa malati". Prove: copia richiamo fattura dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. \_) copia lettera 11 dicembre 2001 \_\_\_\_\_ 1 signora \_\_\_\_\_ (doc. \_) 3. Con lettera 3 gennaio 2002, la signora \_\_\_\_\_ ha richiesto alla \_\_\_\_\_ l'emanazione di una decisione formale: atto che è stato emesso in data 29 gennaio 2002 ed in base al quale l'ente assicuratore ha rifiutato la richiesta della signora \_\_\_\_\_ tendente all'assunzione della fattura in narrativa adducendo che essendo il contratto assicurativo non più in essere nessuna prestazione era dovuta. Prove: copia lettera 3 gennaio 2002 signora \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (doc. \_) copia decisione formale 29 gennaio 2002 (doc. \_) 4. L'assicurata, con scritto raccomandato 20 febbraio 2002 si è opposta alla citata decisione formale sollevando principalmente l'argomento che a seguito del rifiuto di assunzione della \_\_\_\_\_ - sommato al fatto che l'attuale assicuratore LAINF non intende assumere il caso e che pure il proprio assicuratore LAMal non vuole entrare in materia - questa situazione le comporta la spiacevole conseguenza di dover far fronte, personalmente, alla citata fattura. La \_\_\_\_\_ con decisione su opposizione 14 marzo 2002 ha confermato il contenuto della decisione formale impugnata. Contro la decisione su opposizione, con atto ricorsuale 11 aprile 2002, la signora \_\_\_\_\_ si è aggravata. Prove: copia opposizione 20 febbraio 2002 signora \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (doc. \_)

copia decisione su opposizione 14 marzo 2002

(doc. \_) II.

Considerandi 1. In virtù dell'art. 1 cpv. 2 LAMal l'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di malattia (lett. a), infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni (lett. b) e maternità (lett. c). Inoltre, l'art. 7 cpv. 5 LAMal fissa - da un punto di vista cronologico - l'obbligo prestativo di ogni assicuratore: solo se esiste un valido contratto assicurativo l'assicuratore malattia è tenuto ad erogare prestazioni. 2. La qui ricorrente ritiene che la convenuta debba assumersi i costi dell'adattamento dei propri occhiali poiché questa modifica è da mettere in relazione esclusivamente con l'infortunio subito nel 1991. In questo contesto, va sottolineato che l'attuale assicuratore malattia della signora \_\_\_\_\_ rifiuta la presa a carico della fattura inerente l'adattamento delle lenti da vista adducendo il fatto che il rischio infortunio non è espressamente coperto. Poi, circa l'eventuale presa a carico da parte dell'assicuratore LAINF della signora \_\_\_\_\_, questi rifiuta l'assunzione poiché al momento dell'infortunio la signora \_\_\_\_\_ non era assicurata presso la compagnia assicuratrice titolare del contratto LAINF. 3. A mente della qui convenuta la situazione dev'essere analizzata nell'ottica seguente: la signora \_\_\_\_\_, dal 1. gennaio 2001, non risulta essere assicurata presso la \_\_\_\_\_. Del resto, l'assicuratore LAINF non può certo essere ritenuto parte in causa, escluso detto Ente, l'unica vera controparte della signora \_\_\_\_\_ risulta essere la sua attuale assicurazione malattia. Infatti, la \_\_\_\_\_ - attuale assicuratore - nell'ambito della copertura dell'assicurazione di base deve garantire pure il rischio infortuni quando nessun assicuratore LAINF risponde del caso e ciò malgrado il fatto che l'assicurata non abbia pattuito una copertura ad hoc. Non potrebbe comunque essere diversamente atteso come a seguito della disdetta notificata dalla signora \_\_\_\_\_ per il 31 dicembre 2000 la \_\_\_\_\_ non dispone di nessuna relazione contrattuale con la signora \_\_\_\_\_ ed in questo contesto è risaputo come l'intervento di un assicuratore malattia (assicurazione di base) è subordinato all'esistenza di un valido contratto assicurativo: in assenza di detto presupposto la qui convenuta non dovrebbe essere tenuta ad erogare prestazioni." (cfr. doc. \_) 1.3. Con osservazioni 13 maggio 2002 la ricorrente afferma: " (...) 1. Per quanto concerne l'art. 7 cpv. 5 LAMAL esso si riferisce all'obbligo delle prestazioni dovute dall'assicuratore in caso di cambiamento dell'assicuratore malattia. In sostanza, il nuovo prestatore deve assicurare le medesime prestazioni del precedente assicuratore malattia. Nessun riferimento è fatto per quanto concerne la copertura relativa agli infortuni, fermo restando che la stessa può pure essere stipulata con un assicuratore privato e non obbligatoriamente con la propria Cassa malati. Nel mio caso, la \_\_\_\_\_ era intervenuta per l'incidente del 1991 in quanto sola assicurazione esistente a quel momento e deve continuare ad intervenire trattandosi, come già detto, della copertura infortuni e non malattia. Poco importa, pertanto, che il contratto con la \_\_\_\_\_ sia stato disdetto. Il suo intervento per le conseguenze dell'infortunio patito nel 1991 è dovuto in qualità di assicuratore infortuni. 2. Esatto. In sostanza nessuna delle Compagnie assicurative da me interpellate intende assumersi la copertura del trattamento medico dello scorso anno con motivazioni diverse. 3. Come già sopra detto poco importa che il contratto con la \_\_\_\_\_ sia stato disdetto con effetto 31 dicembre 2000. Rilevante è per contro che la stessa \_\_\_\_\_ è stata assicuratore contro gli infortuni e proprio in tale veste deve rispondere delle conseguenze dell'incidente subito nel 1991. La tesi secondo la quale sia la \_\_\_\_\_ a dover rispondere del danno si fonda sul fatto che essa dovrebbe intervenire in assenza di una garanzia da parte di un assicuratore LAINF che però, nel caso concreto, dovrebbe essere la \_\_\_\_\_ che era responsabile delle prestazioni al momento dell'infortunio. 4. In ogni caso, se anche la \_\_\_\_\_ non

dovesse essere tenuta al pagamento della nota professionale del Dott. \_\_\_\_\_, si chiede a questo Giudice di voler indicare quale degli assicuratori (LAINF o \_\_\_\_\_) è tenuto ad intervenire per la copertura delle prestazioni mediche derivanti dall'infortunio del 1991." (cfr. doc. \_) 1.4. Infine la Cassa ha osservato: " (...) In ambito LAMal, l'assicurato ha diritto a prestazioni sia in caso di malattia che d'infortunio e ciò per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni. Inoltre, l'assicurato può pure cambiare il proprio assicuratore (libera scelta dell'assicuratore) alla condizione che il passaggio da un assicuratore ad un altro sia formalizzato (il passaggio sarà valido solo ed esclusivamente quando all'assicuratore cui è stato disdetto il contratto venga recapitata la conferma che l'assicurato partente è stato "ripreso" da un altro assicuratore). Sulla base di quanto sopra e fatto riferimento agli atti prodotti è palese che l'\_\_\_\_\_ non è più l'assicuratore LAMal della signora \_\_\_\_\_ e pertanto non può essere tenuta a corrispondere prestazioni dovute sia in caso di malattia che d'infortunio in luogo di un assicuratore che ha "ripreso" l'assicurata \_\_\_\_\_ (momento determinante risulta dunque essere l'affiliazione)." (cfr. doc. \_) in diritto In ordine 2.1. 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). 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 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Va innanzitutto osservato che, ritenuto come l'assicurata al momento dell'infortunio nel 1991 era una studentessa, essa non poteva, in quel periodo, essere assicurata tramite la LAINF. Infatti sono assicurati obbligatoriamente ai sensi della LAINF i lavoratori occupati in Svizzera, compresi quelli a domicilio, gli apprendisti, i praticanti, i volontari e le persone che lavorano nei laboratori d'apprendistato o protetti (art. 1 cpv. 1 LAINF). E' considerato lavoratore conformemente all'articolo 1 capoverso 1 della legge chiunque esercita un'attività lucrativa dipendente ai sensi della legislazione federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS). Possono inoltre assicurarsi a titolo facoltativo le persone esercitanti un'attività lucrativa indipendente domiciliate in Svizzera, come pure i loro familiari collaboranti nell'impresa e non assicurati d'obbligo (art. 4 cpv. 1 LAINF). Va qui rilevato che all'epoca dell'infortunio vigeva ancora la LAMI. Ora, l'art. 14 cpv. 2 dell'Ordinanza III sull'assicurazione contro le malattie concernente le prestazioni delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione prevedeva che le casse devono indicare espressamente negli statuti se concedono delle prestazioni in caso d'infortunio e in quale misura. Nel caso concreto, si rivela inutile effettuare un tale accertamento, sia perché dal 1.1.1996 è in vigore la LAMal, che va applicata al caso di specie, poiché l'importo in esame è riferito a prestazioni eseguite nel 2001, sia perché la Cassa nella sua risposta conferma che la ricorrente era assicurata presso di lei (punto 1 della risposta). L'art. 1 cpv. 2 lett. b LAMal, in vigore dal 1.1.1996, prevede che l'assicurazione sociale malattia accorda prestazioni in caso di infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni. Per l'art. 8 cpv. 1 la copertura di infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta dell'assicurato, il quale deve

provare di essere interamente assicurato ai sensi della LAINF. Il premio è ridotto in proporzione. Gli infortuni sono coperti ai sensi della LAMal non appena la copertura dell'infortunio giusta la LAINF cessa in tutto o in parte (art. 8 cpv. 2 LAMal). L'assicurazione sociale malattie prende a carico tutti i postumi d'infortunio che essa assicurava prima della sospensione dell'assicurazione (Art. 8 cpv. 3 LAMal). Infine, l'art. 112 cpv. 1 OAMal prevede che, ove in caso di malattia o d'infortunio, non è certo se l'obbligo di fornire prestazioni spetti all'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF o all'assicurazione militare, l'assicuratore malattie deve, a domanda dell'assicuratore-infortuni, dell'assicurazione militare o dell'assicurato, anticipare le prestazioni che assicura. Può anche assumerle spontaneamente, a piena tutela della ripetizione. Se ne deduce che il caso sub judice ha da essere vagliato in applicazione delle disposizioni contemplate dalla LAMal. 2.3. Dalle tavole processuali emerge che l'affiliazione di \_\_\_\_\_ alla Cassa malati \_\_\_\_\_ si è estinta a far tempo dal 1° gennaio 2001. Secondo una consolidata giurisprudenza federale, nell'ambito dell'assicurazione malattie sociale, vige il principio dell'affiliazione, secondo il quale il diritto a prestazioni si estingue, di principio, con la cessazione dell'affiliazione, e ciò anche se l'origine di un provvedimento terapeutico può essere fatta risalire ad un evento verificatosi quando il rapporto assicurativo ancora sussisteva. In altri termini, la cassa abbandonata da un assicurato malato, è liberata dall'obbligo di corrispondere prestazioni per il trattamento o l'inabilità lavorativa in corso (J.-L. Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 119; P.-Y. Greber, *Le droit suisse de la sécurité sociale*, p. 414; Losanna 1982; RAMI 1975 K216, p. 67ss., 1984 K576, p. 91ss.). Questa Corte ha già stabilito in una decisione del 19 gennaio 2001 nella causa V., inc. 36.00.12, che tale principio - elaborato dalla giurisprudenza sotto il vecchio diritto (RAMI 1975 K216, p. 67ss., 1984 K576, p. 91ss.) - vale anche nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie retta dalla LAMal, perlomeno in casi quali quello ora sub judice, dove la sua applicazione non costituisce un ostacolo al raggiungimento dello scopo perseguito dalla stessa LAMal, ossia quello d'assicurare l'assistenza sanitaria di base in tutti quei casi per i quali la nuova legge garantisce copertura (cfr. per quel che riguarda l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera giusta gli artt. 67ss. LAMal, R AMI 1999 KV76, p. 305ss. = DTF 125 V 112ss. ). Infatti, da un lato, la nuova legge impedisce il crearsi di lacune assicurative, nel senso che la precedente copertura termina soltanto dal momento in cui inizia quella presso il nuovo assicuratore-malattie (cfr. art. 7 cpv. 5 LAMal). Dall'altro, l'assicurato che lascia una cassa malati gode di un diritto di libero passaggio integrale presso un altro assicuratore-malattie autorizzato, di modo che quest'ultimo è tenuto ad affiliarlo senza possibilità d'applicare delle riserve assicurative (cfr. Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, p. 37). Sulla scorta di quanto precede, i costi delle cure eseguite dopo il 31 dicembre 2000, non possono più essere posti a carico dell'assicuratore malattie convenuto. \_\_\_\_\_ potrà, beninteso, chiedere il rimborso dei costi a quella Cassa malati presso la quale era affiliata al momento del trattamento. Infatti, ritenuto come l'attuale assicuratore LAINF si rifiuta di pagare la fattura in quanto l'infortunio è avvenuto quando l'insorgente non era ancora assicurata presso questo assicuratore, spetta alla Cassa malati pagare le relative prestazioni, in applicazione dell'art. 1 cpv. 2 lett. b LAMal (cfr. per il tenore di questo disposto il consid. 2.2.). In particolare, spetterà all'insorgente, se la Cassa malati non si assumerà i relativi costi inerenti la fattura in esame, chiedere al nuovo assicuratore l'emanazione di una decisione formale e, in caso di rifiuto, dopo l'emanazione della decisione su opposizione, presentare ricorso al TCA. Copia

della presenta sentenza è trasmessa all'\_\_\_\_\_, Cassa malati, attuale assicuratore malattia dell'insorgente, quale cointeressato al presente giudizio. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto . 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato

Ranzanici

Il segretario Ivano  
Fabio Zocchetti

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