

**Fatti:** B. E., C. E. e D. E. erano assicurati contro le malattie già prima dell'entrata in vigore della nuova legge (LAMal) presso la Cassa malati Y. (poi, Cassa). Con il 1° gennaio 1997 la Cassa ha trasformato l'esistente copertura complementare in un'assicurazione retta dalla nuova legge. Con la nuova polizza, oltre ad alcune modifiche, è pure stata limitata la copertura, precedentemente estesa a ogni tipo di istituto di cura svizzero, agli ospedali figuranti "su una lista cantonale degli ospedali" e ad alcune cliniche private espressamente menzionate. La Cassa ha rifiutato una modifica delle sue proposte, di guisa che la famiglia E. si è vista costretta ad adire le vie legali. Con petizioni distinte per ogni suo membro, essa ha chiesto al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino di accertare che le nuove proposte non garantiscono una copertura pari a quella vigente in precedenza e che pertanto il contratto sia modificato di conseguenza. Alla domanda si è opposta la Cassa, la quale ha contestato sia la legittimazione degli attori sia la fondatezza delle domande. In particolare, secondo l'art. 102 cpv. 2 LAMal l'estensione delle prestazioni dev'essere valutata globalmente e non per singola prestazione: ora, in concreto, la posizione dell'assicurato è complessivamente migliorata. Con sentenza 30 luglio 1998 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha accolto le petizioni ed ha fatto obbligo alla Cassa di garantire agli attori nell'ambito dell'assicurazione complementare la copertura dei costi in caso di degenza nel reparto comune di tutti gli ospedali, pubblici o privati, della Svizzera, nonché di tutte le prestazioni ambulatoriali particolari contemplate dall'assicurazione complementare K3 in vigore fino al 31 dicembre 1996.

Il 20 agosto 1998 la Cassa è insorta contro il giudizio cantonale davanti al Tribunale federale con un ricorso per riforma. Preliminarmente contesta che gli assicurati dispongano di un interesse concreto all'accertamento chiesto, atteso che nessuna decisione di prestazione è finora stata da essa emanata. Nel merito, la ricorrente osserva che gli assicurati sembrano disattendere l'estensione delle prestazioni operata con la nuova polizza; estensione che porta a un sicuro miglioramento delle loro coperture. Così stando le cose, irrilevante è il fatto che si sia limitata la scelta agli ospedali menzionati dai cantoni in una lista specifica: la lista è sufficientemente ricca per non creare pregiudizi agli assicurati. D'altra parte, sembra del tutto corretto eliminare quegli ospedali che non adempiono i criteri stabiliti dai cantoni. Non è stata chiesta una risposta.

**Motivi:** Il ricorso per riforma presentato contro una decisione finale dell'ultima istanza cantonale in materia di assicurazioni complementari contro la malattia è per principio ricevibile (DTF 124 III 44 consid. 1, 229 consid. 2).

Giusta l'art. 46 OG nelle cause civili di natura pecuniaria il ricorso per riforma è ammissibile solo se il valore litigioso davanti all'ultima istanza cantonale raggiungeva ancora fr. 8'000.-. L'atto di ricorso, a sua volta, deve contenere "l'indicazione che il valore litigioso è raggiunto" (art. 55 cpv. 1 lett. a OG). Secondo la giurisprudenza il ricorso è irricevibile se non contiene tale indicazione e il valore non può essere determinato d'acchito e con sicurezza dall'atto di ricorso, dalla decisione impugnata o dall'incarto (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, n. 1.3.3 ad art. 55 OG, pag. 418). Ora, nel ricorso, nella decisione impugnata o negli atti si cercherebbe inutilmente un preciso riferimento al valore litigioso, di guisa che il gravame sembrerebbe irricevibile. La questione non merita tuttavia maggiore disamina poiché, anche se si volesse ritenere che le prestazioni in contestazione, ossia la copertura della degenza in ospedali non riconosciuti per il periodo massimo previsto

dal contratto, manifestamente raggiunge il valore litigioso di fr. 8'000.-, il ricorso sarebbe nondimeno destinato all'insuccesso.

La convenuta lamenta innanzi tutto che i giudici cantonali hanno a torto riconosciuto la legittimazione attiva agli assicurati. In concreto farebbe infatti difetto un interesse concreto e attuale all'accertamento richiesto. La censura appare di primo acchito priva di fondamento, atteso che l'interesse degli assicurati a sapere se la nuova polizza offre pari copertura a quella precedente è concreto e attuale, perché nel caso contrario essi potrebbero cercare di assicurarsi nel rispetto delle vecchie condizioni con un'altra polizza, prima che sia troppo tardi, ossia prima che si avveri l'evento assicurato.

La legge (art. 102 cpv. 2 i.f. LAMal) prescrive che la cassa malati deve offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa riguardo quella di cui beneficiavano prima. La portata di questa norma è precisata nel Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991 (FF 1992 I pag. 183) nel senso che tale garanzia riguarda soltanto il catalogo di prestazioni assicurate e non ha nessuna influenza sull'importo dei premi. Su questi ultimi, tra l'altro, il Tribunale federale già si è espresso nella DTF 124 III 229 consid 3. Ora è generalmente ammesso (Maurer, Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung, in: LAMal-KGV, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 726; Peter Streit, Assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA): expériences et perspectives, in: Sécurité sociale 1997, pag. 225 e gli altri testi citati dal giudizio impugnato) che la garanzia della copertura di cui all'art. 102 cpv. 2 LAMal - espressa nella legge in maniera chiara - non dovrebbe dar origine a troppe contestazioni: le prestazioni assicurate devono essere garantite in misura uguale (pari) a quella esistente in precedenza.

Nel caso che ne occupa non può di conseguenza essere esclusa la copertura per ricoveri in ospedali per i quali era in precedenza garantita, perché ciò determinerebbe con tutta evidenza una restrizione delle prestazioni precedentemente coperte. Poco importa, al proposito, che con la nuova polizza siano state estese e aggiunte altre prestazioni: la stessa legge non impedisce un siffatto modo di procedere, ma esige semplicemente che i nuovi contratti siano di almeno pari copertura. Per il resto, tenuto altresì conto che con il ricorso non vengono proposte particolari censure alle quali i giudici cantonali già non abbiano dato compiuta risposta, ci si può limitare, oltre ad un rinvio a quelle motivazioni, a rilevare che con la predetta norma il legislatore non ha semplicemente inteso - come invece sostenuto dalla convenuta - tutelare gli assicurati unicamente contro limitazioni elementari e non giustificate delle prestazioni.

Da quanto precede discende che il ricorso, in quanto ricevibile, dev'essere respinto. Le spese seguono la soccombenza (art. 156 cpv. 1 OG).

Per questi motivi  
il Tribunale federale  
pronuncia:

1. Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è respinto e la sentenza impugnata è confermata.
2. La tassa di giustizia di fr. 2000.- è posta a carico della ricorrente.
3. Comunicazione alle parti e al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino.