

Raccomandata



Incarto n.
36.2003.52

Lugano
13 aprile 2004

CR/sc

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattrice: Cinzia Raffa, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 2 giugno 2003 di

1. **XXX**
2. **XXX**

contro

Cassa malati Y

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. **XXX** e **XXX** sono stati affiliati presso la Cassa malati **Y** (assicurati n. **OOOO** e n. **PPPP**) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2002. Essi hanno inoltre beneficiato, durante lo stesso periodo di tempo citato, delle coperture complementari per prestazioni complementari **N** (classe **R3**).
- 1.2. Il 26 febbraio 2002 la Cassa malati **Y** ha inviato a **XXX** un'ingiunzione legale tesa al pagamento dei premi per l'assicurazione complementare (LCA) relativi ai mesi compresi fra agosto e dicembre 2001, oltre spese di sollecito, ancora dovuti sia da lui, sia da sua moglie **XXX** (pari a fr. 225.95, cfr. doc. 8a), diffidandolo dall'effettuare detto versamento entro il 23

marzo 2002, pena la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (cfr. doc. 8).

In data 14 maggio 2002 Y ha inviato nuovamente a XXX un'ingiunzione legale tesa al pagamento dei premi per l'assicurazione complementare (LCA) relativi ai mesi di gennaio, febbraio, marzo e aprile 2002 ancora dovuti sia da lui, sia da sua moglie XXX (pari a fr. 137.60, cfr. doc. 9a), diffidandolo dall'effettuare detto versamento entro il 31 maggio 2002, pena la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (cfr. doc. 9).

- 1.3. Il 15 luglio 2002 l'assicuratore malattia ha poi inviato a XXX la seguente "Intimazione LCA", invitandolo a versare, entro quattordici giorni, la somma ancora impagata di fr. 88.20, pena la sospensione delle prestazioni complementari LCA:

"Il nostro servizio contabilità ci informa che non ha saldato, entro i termini stabiliti, i suoi premi di assicurazione, oppure, le partecipazioni alle spese mediche; pensiamo comunque che si tratta di una semplice dimenticanza. Di conseguenza, lei è sempre debitore dell'importo menzionato qui sotto. La invitiamo ad utilizzare la polizza di versamento in basso al presente documento onde poter saldare questa somma, e per questo la ringraziamo anticipatamente.

Richiamo delle disposizioni legali: Assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Attiriamo la sua attenzione sul fatto che in virtù della legge summenzionata e dell'intimazione che lei ha già ricevuto per un periodo d'assicurazione precedente, le assicurazioni complementari LCA, secondo conteggio allegato, saranno sospese fino a quando non avrà pagato i premi arretrati compresi interessi e spese. Se nel frattempo, il pagamento dei debiti per i periodi d'assicurazione precedenti è stato effettuato, le assicurazioni complementari LCA precitate saranno sospese **entro 14 giorni a partire dall'invio della presente**. In effetti, solo il pagamento entro il termine summenzionato della somma totale dovuta, compreso le spese, permetterà di evitare questa sanzione.

La informiamo, inoltre, che se il pagamento della somma dovuta non avverrà entro il termine, abbiamo la possibilità, oltre alla sospensione delle prestazioni, di annullare le assicurazioni complementari LCA."
(Doc. 10)

L'importo di fr. 88.20 corrisponde, secondo l'assicuratore malattia, ai premi LCA impagati dei mesi di maggio, giugno e luglio 2002 relativi a XXX (per un totale di fr. 39.90, cfr. doc. 10 a) e a XXX (per un totale di fr. 48.30, cfr. doc. 10b).

In data 14 ottobre 2002 Y ha inviato a XXX un'altra "Intimazione LCA", diffidandolo a pagare entro quattordici giorni, pena la sospensione del contratto assicurativo, l'importo ancora scoperto di fr. 172.75 (cfr. doc. 11), corrispondente ai premi LCA

di agosto, settembre e ottobre 2002 di XXX (per un totale di fr. 39.90, cfr. doc. 11a) e ai premi LCA di agosto, settembre e ottobre 2002 e a una partecipazione ai costi di giugno 2002 di XXX (per un totale di fr. 132.85, cfr. doc. 11b).

Successivamente, in data 9 dicembre 2002, la Cassa malati Y ha inviato a XXX un'ulteriore "Intimazione LCA", diffidandolo a pagare entro quattordici giorni, pena la sospensione del contratto assicurativo, l'importo ancora scoperto di fr. 26.60 (cfr. doc. 12), corrispondente ai premi LCA di novembre e dicembre 2002 di XXX (cfr. doc. 11a).

Infine, in data 10 marzo 2003, Y ha inviato a XXX un'ennesima "Intimazione LCA", diffidandolo a pagare entro quattordici giorni, pena la sospensione del contratto assicurativo, l'importo ancora scoperto di fr. 91.95 (cfr. doc. 13), corrispondente ai premi LCA di aprile, maggio e giugno 2000, oltre una partecipazione ai costi di novembre 2002 e alle spese di sollecito di XXX (per un totale di fr. 55.55, cfr. doc. 13a) e ai premi LCA di novembre e dicembre 2002, oltre spese di sollecito, di XXX (per un totale di fr. 36.40, cfr. doc. 13b).

- 1.4. Non avendo dato seguito a nessuna delle diffide citate (cfr. consid. 1.3.), Y ha quindi inviato a XXX, in data 13 agosto 2002 (cfr. doc. 14), 18 novembre 2002 (cfr. doc. 15), 27 gennaio 2003 (cfr. doc. 16), 8 aprile 2003 (cfr. doc. 17) e 29 luglio 2003 (cfr. doc. 18), la comunicazione relativa alla "Sospensione delle assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA)", del seguente tenore:

"Nonostante la nostra intimazione al pagamento, conforme alle disposizioni dell'art. 20 LCA, lei non ha ancora provveduto al pagamento degli importi citati qui sotto. Le indirizziamo quindi la presente per ricordare che è scaduto il termine di 14 giorni indicato nel nostro precedente scritto. La informiamo di conseguenza che le sue assicurazioni complementari LCA, citate nell'allegato conteggio, sono sospese.

Le facciamo notare che se dovesse malauguratamente essere colpito da una malattia o da un infortunio non potrà pretendere ad alcuna prestazione, ma resterà in ogni modo sempre debitore degli arretrati. Le ricordiamo che il pagamento dell'arretrato non dà diritto alla copertura assicurativa con effetto retroattivo, ma permette solamente di rimetterla in vigore.

La preghiamo di utilizzare il bollettino di versamento in calce per regolare gli importi dovuti **entro l'ultimo termine di 10 giorni**. In caso contrario agiremo per via esecutiva contro di lei. Le ricordiamo che abbiamo anche la possibilità di disdire le categorie, citate nell'allegato conteggio, secondo i termini dell'articolo 21 LCA." (Doc. 14)

In tali comunicazioni la Cassa malati Y ha quindi intimato agli assicurati di versare gli importi dei premi per l'assicurazione complementare (LCA) ancora dovuti e pari rispettivamente a fr. 128.20 (cfr. doc. 14), fr. 212.75 (cfr. doc. 15), fr. 98.80 (cfr. doc. 16), fr. 99.75 (cfr. doc. 17) e fr. 100.10 (cfr. doc. 18) entro un ultimo termine di dieci giorni, pena l'avvio di una procedura d'incasso forzato, ricordando nel contempo alla famiglia XXX che essendo già scaduto infruttuoso il primo termine di quattordici giorni concesso per pagare quanto risultava scoperto, l'assicuratore malattia ha sospeso le prestazioni complementari LCA degli assicurati.

- 1.5. Con lettera raccomandata del 2 maggio 2003 XXX e XXX si sono rivolti a Y , rilevando quanto segue:

"A suo tempo ci avete inviato dei precetti esecutivi costringendoci in una situazione di carenza beni, dei quali attestati avete usufruito per incassare tutti gli arretrati nei vostri confronti dall'istituto delle assicurazioni sociali di Bellinzona (come notificatoci da quest'ultima).

Nonostante che il Tribunale Federale delle Assicurazioni abbia decretato che l'assicuratore non ha diritto di trattenere i rimborsi dovuti per coprire i premi per l'assicurazione malattia base, avete omesso di effettuare molteplici pagamenti delle nostre cure mediche, ospedaliere e medicine, giustificando i vostri mancati rimborsi per coprire i premi da noi dovuti.

Pertanto verificiamo che siete entrati in possesso doppiamente di molti premi (sia riscuotendoli dall'Istituto delle assicurazioni sociali, che omettendo di trasmetterci i rimborsi), quindi vi invitiamo cortesemente a

- aggiornare i vostri conteggi e trasmetterci un estratto conto dettagliato dove compaiono tutte le somme da voi riscosse per i nostri premi,
- restituirci le prestazioni mediche, ospedaliere e farmaceutiche che avete omesso di pagare,
- notificare all'Ufficio esecuzioni di Lugano le somme che avete ricevuto dall'istituto delle assicurazioni sociali.

Nel caso che le nostre richieste non venissero esaudite nel termine di 15 giorni, saremo costretti a procedere nei vostri confronti rivolgendoci al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni." (Doc. B1)

- 1.6. Con petizione del 2 giugno 2003 XXX e XXX si sono rivolti al TCA chiedendo che la Cassa malati Y sia condannata a risarcire gli importi dovuti quali rimborso per cure mediche, ospedaliere e farmaceutiche spettanti agli assicurati e trattenuti

indebitamente dall'assicuratore malattia a titolo di compensazione, rilevando:

"(...)
II. NEL MERITO

IN FATTO

1.

La convenuta non solo non rimborsò diverse prestazioni all'attrice per le spese mediche, ospedaliere, farmaceutiche, analisi e laboratori, ma anche alcuni importi indicandoli nei propri conteggi mensili "a credito dell'assicurato", giustificandosi con

"importo dedotto dalle quote/partecipazioni dovute secondo il contenzioso amministrativo registrato a suo nome"
oppure

"le prestazioni dovute da Y saranno compensate con i premi/partecipazioni dell'assicurazione malattia che lei non ha saldato" oppure "importi compensati".

Le spese che non sono state rimborsate all'attrice sono indicate precisamente nei seguenti conteggi mensili della Y assicurazioni:

Per XXX

- Conteggio del 04/02/1997 - n. pratica: 97-000072287/1 - di Fr. 51.30 - spese laboratorio - non accreditato (doc. C1)
- Conteggio del 11/03/1997 - n. pratica: 97-000175335/1 - di Fr. 51.30 - spese laboratorio - non accreditato (doc. C2)
- Conteggio del 13/03/1997 - n. pratica: 97-000188635/1 - di Fr. 570.70 - spese mediche - non accreditato (doc. C3)
- Conteggio del 18/03/1997 - n. pratica: 97-000200542/1 - di Fr. 58.30 - spese mediche - non accreditato (doc. C4)
- Conteggio del 10/04/1997 - n. pratica: 97-000256595/1 - di Fr. 155.80 - spese mediche - non accreditato (doc. C5)
- Conteggio del 14/12/1999 - n. pratica: 99-000766808/1 - di Fr. 280.45 - spese mediche (doc. C6)
- Conteggio 15/2/2000 - n. pratica: 00-000103962/1 - di Fr. 346.70 - spese mediche (doc. C7)
- Conteggio 7/10/2002 - conteggio delle prestazioni - di Fr. 2265.90 - spese mediche, farmaceutiche, analisi di laboratorio (doc. C8)
- Conteggio del 28/10/2002 - n. pratica: 02-000631293/1 - di Fr. 41.05 - spese mediche (doc. C9)
- Lettera del 20/09/2002 - rimborso di Fr. 523.30 (Fr. 570.30 - 10% partecipazione) della fattura n.1900169 dell'Amplifon SA non rimborsato (doc. C10 e doc. C11 e doc. C12)

Per XXX

- Conteggio del 25/02/1997 - n. pratica: 97-000131376/1 - di Fr. 565.40 - spese mediche (doc. D1)
- Conteggio del 04/03/1997 - n. pratica: 97-000153487/1 - di Fr. 354.00 - spese mediche (doc. D2)
- Conteggio del 18/03/1997 - n. pratica: 97-000200543/1 - di Fr. 139.20 - spese ospedaliere (doc. D3)
- Conteggio del 08/04/1997 - n. pratica: 97-000244705/1 - di Fr. 78.00 - spese mediche (doc. D4)
- Conteggio del 26/06/1997 - n. pratica: 97-000432837/1 - di Fr. 403.20 - spese mediche e laboratorio (doc. D5)
- Conteggio del 18/08/1998 - n. pratica: 98-000570724/1 - di Fr. 125.30 - spese mediche (doc. D6)
- Conteggio del 15/06/1999 - n. pratica: 99-000370776/1 - di Fr. 720.35 - spese mediche (doc. D7)
- Conteggio del 30/07/1999 - n. pratica: 99-000449625/1 - di Fr. 31.50 - spese laboratorio (doc. D8)
- Conteggio del 31/08/1999 - n. pratica: 99-000523529/1 - di Fr. 7.45 - spese farmaceutiche (doc. D9)
- Conteggio del 21/09/1999 - n. pratica: 99-000573712/1 - di Fr. 34.20 - spese laboratorio (doc. D10)
- Conteggio del 16/11/1999 - n. pratica: 99-000693545/1 - di Fr. 102.60 - spese mediche (doc. D11)
- Conteggio del 22/11/1999 - n. pratica: 99-000711310/1 - di Fr. 266.75 - spese mediche (doc. D12)
- Conteggio del 20/08/2002 - conteggio prestazioni - di Fr. 684.85 - spese varie (doc. D13)
- Conteggio del 09/12/2002 - n. pratica: 02-005058915/1 - di Fr. 345.60 - spese mediche (doc. D14)
- Conteggio del 03/02/2003 - n. pratica: 03-000046412/1 - di Fr. 207.85 - spese mediche e laboratorio (doc. D15)
- Conteggio del 15/4/2003 - n. pratica: 03-000136987/1 - di Fr. 624.25 - spese mediche (doc. D16)
- Conteggio del 06/05/2003 - n. pratica: 03-000151815/1 - di Fr. 109.20 - spese mediche (doc. D17)

6.

Tutte le seguenti fatture sono state regolarmente trasmesse alla convenuta che le ha ignorate, senza contabilizzarle ed inserirle nei conteggi mensili, nonché ha omesso di calcolare e rimborsare gli importi dovuti e senza alcun avviso all'attrice:

Per XXX

data fattura	oggetto	importo	part.	da rimbors.	
26/08/1999	XXX	57.00	5.70	51.30	(doc. E1)
29/10/1999	XXX	198.00	19.80	178.20	(doc. E2)
03/02/2000	XXX	117.00	11.70	105.30	(doc. E3)
20/03/2000	XXX	61.20	6.12	55.08	(doc. E4)
12/10/2001	XXX	206.40	20.64	185.76	(doc. E5)
31/01/2002	XXX	121.00	12.10	108.90	(doc. E6)
08/02/2002	XXX	459.60	45.96	413.64	(doc. E7)
22/03/2002	XXX	276.00	27.60	248.40	(doc. E8)
09/04/2002	XXX	371.25	37.12	334.12	(doc. E9)
23/05/2002	XXX	456.00	45.60	410.40	(doc. E10)

Per XXX

data fattura	oggetto	importo	part.	da rimbors.	
11/11/1999	XXX	843.00	743.00	100.00	(doc. F1)
10/01/2000	XXX	61.20	6.12	55.08	(doc. F2)
25/01/2000	XXX	273.60	27.36	246.24	(doc. F3)
09/03/2000	XXX	166.80	16.68	150.12	(doc. F4)
29/05/2000	XXX	882.00	88.2	793.80	(doc. F5)
04/07/2000	XXX	412.80	41.28	371.52	(doc. F6)
30/08/2000	XXX	354.00	35.40	318.60	(doc. F7)
29/12/2000	XXX	436.20	43.62	392.58	(doc. F8)
09/04/2001	XXX	240.00	24.00	216.00	(doc. F9)
03/05/2001	XXX	381.20	38.12	343.08	(doc. F10)
11/07/2001	XXX	81.60	8.16	73.44	(doc. F11)
27/08/2001	XXX	139.20	13.92	125.28	(doc. F12)
03/09/2001	XXX	520.80	52.00	468.00	(doc. F13)
22/11/2001	XXX	108.00	10.80	97.20	(doc. F14)
31/07/2002	XXX	44.20	4.42	39.78	(doc. F15)
09/12/2002	XXX	169.70	16.90	152.80	(doc. F16)
28/02/2003	XXX	109.20	10.90	98.30	(doc. F17)
16/01/2003	XXX	252.00	25.20	226.80	(doc. F18)
21/02/2003	XXX	441.60	44.10	397.50	(doc. F19)
11/03/2003	XXX	326.40	32.60	293.80	(doc. F20)

7.

Le fatture indicate nei seguenti conteggi sono state accettate e conteggiate parzialmente o addirittura respinte dalla convenuta senza alcuna motivazione, le quali dovrebbero venire rimborsate dalla cassa malati, dopo aver dedotto la partecipazione a carico dell'attrice:

Per XXX

Nel conteggio del 23/04/2002 n. 02-000244340/1 la Y assicurazioni indica due fatture del Dr. XXX ma ne considera una sola senza motivazioni:

trattamenti dal 7/11/01 al 7/11/01 di Fr. 459.60 e
trattamenti dal 24/01/02 al 30/01/02 di Fr. 459.60,

Quindi la convenuta deve ancora rimborsare Fr. 413.64 (Fr. 459.60 meno 10% partecipazione). (doc. G 1)

Medesima questione per il conteggio del 13/03/1997 n. 0000188635/1, dove vengono indicate due fatture del Dr. XXX

trattamenti dal 13/11/1996 al 02/12/1996 di Fr. 658.10 e
trattamenti dai 22/01/1997 al 22/10/1997 di Fr. 658.10,

ma ne viene considerata una sola dalla convenuta.
Quindi la cassa malati deve ancora rimborsare Fr. 592.29 (Fr. 658.10
meno 10% partecipazione). (doc. G2)

Per XXX

Nel conteggio del 01/05/2001 su una somma di Fr. 473.00 la
convenuta accetta senza alcuna motivazione unicamente Fr. 300.-
dalla fattura della XXX.

Quindi la Cassa malati dovrebbe ancora rimborsare Fr. 155.70
(173.00 meno 10% partecipazione). (doc. G3)

4.

La Convenuta si è rifiutata di rimborsare diverse spese farmaceutiche
nonostante siano state accompagnate oltre che da un ricetta anche
da un certificato medico, con il pretesto che tali farmaci erano fuori
lista. Queste fatture furono respinte alla XXX che a sua volta ha
fatturato i medicinali all'attrice, come viene indicato di seguito.

Da un accertamento presso la farmacia l'attrice apprese che farmaci
respinti erano tutti inclusi nella lista dei medicinali rimborsati (lista
delle specialità dell'UFAS - presa in carico obbligatoria) e avrebbero
dovuto essere pagati dalla cassa malati.

Si rimarca in modo speciale che la Y non riconobbe e non
rimborsò i medicinali prescritti dal medico per il diabete di XXX, i
quali la convenuta aveva già rimborsato negli anni antecedenti.

Per XXX

data fattura	oggetto-copie	importo	part.	da rimbors	
15/06/2000	fattura XXX - farmacia XXX certificato dottore del 26/6/2000 fattura farmacia	542.90	54.29	488.60	(doc. H1) (doc. H2) (doc. H3)
19/09/2000	fattura XXX - farmacia XXX	341.80	34.18	307.60	(doc. H4)
15/02/2002	fattura ortopedica e ricette dottore	117.00	11.70	105.30	(doc. H5)
16/04/2002	XXX - farmacia XXX relativa ricette dottore	308.00	30.80	277.20	(doc. H6) (doc. H7)
11/06/2002	XXX - farmacia XXX	139.55	13.95	125.60	(doc. H8)
11/06/2002	XXX - farmacia XXX	800.00	80.00	720.00	(doc. H9)
02/01/2003	fattura ortopedia ricette dottore	100.00	10.00	90.00	(doc. H10) (doc. H11)

5.

L'attrice XXX dovette sottoporsi ad un'operazione alla cistifellea per far asportare dei grossi calcoli, su consiglio del proprio medico di famiglia Dr. XXX, per la quale venne ricoverata presso la clinica XXX.

L'operazione risultò estremamente difficile e a causa di complicazioni la paziente venne ricoverata in camera privata dove pernottò pure il marito.

La differenza di spese di pernottamento di Fr. 1840.- venne interamente pagata dal paziente, come viene indicato nella fattura della clinica del 21/05/2001.

Per questa operazione la Y assicurazioni si rifiutò di risarcire parte della fattura della clinica, e precisamente le spese di assistenza operatoria, utilizzo sala operatoria, radiologia, cardiologia e funzioni polmonari, laboratorio interno, prestazioni esterne, medicinali, materiale (tutte inerenti l'operazione), nonché la fattura del chirurgo Dr. XXX e quella dell'anestesista Dr. XXX, come segue:

Per XXX

data fattura	oggetto		
21/05/2001	fattura XXX	9'603.35	(doc. I 1)
	importo a carico dell'attrice per i pernottamenti del coniuge	1'840.00	
	importo a carico dell'assicurazione	7'763.35	
	partecipazione a carico dell'assicurato	776.35	
	importo da rimborsare dall'assicurazione	6'987.00	
	importo rimborsato alla clinica dalla convenuta	3'240.00	
	importo ancora da rimborsare	3'747.00	

data fattura	oggetto-copie	importo	part.	da rimborsare	
02/10/2001	fattura anestesista XXX	1'050.00	105.00	945.00	(doc. I 2)
03/10/2001	fattura chirurgo XXX	4'850.00	485.00	4'365.00	(doc. I 3)

6.

A causa della carenza di beni di XXX e XXX, l'Istituto delle assicurazioni sociali - Ufficio dell'assicurazione malattia comunicò all'attrice di aver saldato tutti i premi arretrati dovuti alla convenuta e più precisamente:

Per XXX:

Fino al 19/02/2003 Premi di assicurazione e partecipazioni Fr. 12'303.70

Per XXX:

Fino al 19/02/2003 Premi di assicurazione e partecipazioni Fr. 11'828.40

Ciò viene indicato in dettaglio nell'estratto conto dell'istituto delle assicurazioni sociali - Ufficio dell'assicurazione malattia. (doc. J)

7.

In data 07/03/2003 la Y assicurazioni versava sul conto dell'attrice una somma pari a Fr. 1229.75, senza alcuna notifica all'assicurato e senza alcuna motivazione/oggetto del versamento. (doc. K)

8.

Inoltre l'attrice si riserva di pretendere il risarcimento di

- eventuali fatture medico, farmaceutico, laboratorio ecc. che non sono state considerate nella presente petizione oppure che non sono ancora giunte all'attrice,
- come pure eventuali pagamenti dell'Istituto delle assicurazioni sociali alla Y per conto dell'attrice avvenuti dopo il 19/02/2003.

CONCLUSIONE

La Y assicurazioni, contrariamente alle disposizioni di legge, bloccò le prestazioni minime di base e compensò le prestazioni che l'assicurazione doveva all'attrice con i crediti scoperti, mentre avrebbe dovuto rimborsare interamente le prestazioni senza attingere ad alcuna compensazione (ai sensi di quanto dichiarato dalla stessa nelle sue comunicazioni), in quanto l'attrice l'aveva già dotato ripetutamente di certificati dimostranti che i propri redditi rappresentano un minimo vitale.

Questi modi d'agire misero l'attrice in una situazione di non potere accedere momentaneamente alle normali cure sanitarie, situazione non conforme né con il principio dell'assistenza sanitaria minima a tutta la popolazione, né con lo spirito stesso della LAMAL.

Inoltre la Y assicurazioni non solo non trasmise all'attrice gli estratti conto ripetutamente richiestigli, ma entrò pure in possesso dei premi dovuti in doppio (la prima volta trattenendoli dai rimborsi che avrebbe dovuto effettuare all'attrice con il pretesto delle compensazioni, la seconda volta tramite l'Istituto sociale delle assicurazioni - Ufficio assicurazione malattia), per la riscossione dei quali aveva già inviato in precedenza dei precetti esecutivi che non sono ancora stati ritirati dalla mandataria, nonostante che la convenuta fosse già stata pienamente saldata.

P.Q.M.

Si chiede piaccia

GIUDICARE

1. La petizione è accolta.
 2. Conseguentemente, la Y assicurazioni è chiamata a risarcire all'attrice tutti i rimborsi non effettuati per le cure mediche, ospedaliere, farmaceutiche ecc. per un totale di Fr. 27'298.70 (totale dovuto Fr. 28'528.45 meno versamento del 7/03/2003 - doc. K e aggiornato al p.to 8 della petizione).
 3. Nonché vengano notificate all'Ufficio esecuzioni le somme già incassate dalla convenuta tramite i pagamenti dell'Istituto delle assicurazioni sociali - Ufficio assicurazione malattia.
 4. Interessi, indennità e ripetibili a carico della convenuta." (Doc. I)
- 1.7. Nella propria risposta del 26 giugno 2003 la Cassa malati Y si è così espressa:

"(...)

I.- In ordine

- 1.- XXX e XXX sono stati assicurati contro il rischio malattia presso Y dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2002 (doc. A1 a A12; doc. 1 e 2).
- 2.- Entrambi beneficiavano della copertura dell'assicurazione di base e della copertura complementare N. (CGA 1997) (doc. A1 a A12; doc. 1 e 2).
- 3.- Tramite petizione datata 2 giugno 2003, i coniugi XXX hanno aperto contro Y Cassa-malati un'«azione di risarcimento danni in materia di rature mediche, farmaceutiche, ospedaliere e laboratori non rimborsate», intimando la convenuta al pagamento della somma di CHF 27'298.70.
- 4.- Se avesse per oggetto una reale pretesa di «risarcimento di un danno», l'azione così aperta non sembrerebbe rilevare della competenza materiale del Tribunale delle assicurazioni del cantone del Ticino (art. 74 e 75 della Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie [LCAMal]; art. 1 Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni).
- 5.- In realtà, un esame sommario delle pretese sollevate dai ricorrenti dimostra che per mezzo di una petizione di risarcimento del danno, intendono principalmente rimettere in questione i rifiuti di Y Cassa-malati di prendere a carico certe prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure, i quali sono stati opposti loro dal 1996.
- 6.- Nella misura in cui il litigio ha relazione, per l'essenziale, a delle pretese fondate sulla LAMal, bisogna constatare che la via della procedura dell'azione amministrativa non è aperta, poiché, in

questo ambito, il contenzioso è regolato secondo il sistema della decisione e del ricorso (art. 80 e 85 ss LAMal ; art. 49 ss e 56 ss LPGa). Se la richiesta depositata dai coniugi XXX il 2 giugno 2003 dovesse essere considerata come un ricorso, bisognerebbe pure constatare che quest'ultimo, in assenza di qualsiasi decisione su opposizione (così come di qualsiasi decisione formale) ai sensi degli art. 52 LPGa e 85 LAMal, non ha oggetto.

- 7.- Ne consegue che nella misura in cui è in relazione a delle pretese dedotte della LAMal, la petizione depositata dai coniugi XXX è irricevibile.

II.- In merito

- 8.- In base a quanto esposto sopra, solo le pretese derivanti dall'assicurazione complementare N. _____ sottoscritta dagli interessati possono essere esaminate nell'ambito della presente procedura.
- 9.- La copertura dell'assicurazione N. _____ è definita dalle condizioni speciali dell'assicurazione complementare NATURA delle prestazioni particolari (ed. 1997) (doc. A1 a A12, 1, 2 e 3).
- 10.- L'art. 5 CGA Classe R3 (prestazioni per cure) stipula quanto segue (doc. 3 p. 39 ss):
1. Nella misura prevista dalle presenti condizioni d'assicurazione, la cassa rimborsa le spese non prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure da terzi, purché le prestazioni fornite emanino da un medico o da altra persona debitamente autorizzata o da un'istituzione accettata dalla cassa.
 2. La cassa versa le seguenti prestazioni nei limiti dell'articolo 3:
 - a) Omeopatia, antroposofia compresa l'euritmia curativa, agopuntura, elettropuntura, auricoloterapia, test d'elettroagopuntura secondo Voll, biorisonanza, moraterapia, mesoterapia, stimolazione dei punti cinesi, simpaticoterapia; effettuati da un medico.
 - b) Omeopatia, agopuntura, elettropuntura, auricoloterapia, test d'elettroagopuntura secondo Voll, biorisonanza, moraterapia, mesoterapia, stimolazione dei punti cinesi, simpaticoterapia, cromoterapia, cromopuntura; effettuati da un naturopata membro A della «Association des praticiens en Thérapeutiques Naturelles» (APTn), della «Naturaerzte Vereinigung der Schweiz» (NVS), dell'Associazione Ticinese Naturopati (ATN) o della «Fédération Suisse des Praticiens de santé en Naturopathie» (FSPN).
 - c) Osteopatia, biomeccanica, eziopatia, eutonia, drenaggio linfatico, sofrologia curativa, chinesiologia, microchinesiterapia, shiatsu IOKAI, reiki.

- d) Riflessologia, medicinali omeopatici e fitoterapeutici, come pure preparati di tipo organoterapico, iridologia, drenaggio linfatico.
- e) Ortottica, euritmia curativa.
- f) Trattamento secondo il metodo Tomatis, psicoterapia, musicoterapia.
- g) Consultazioni dietetiche, corsi «Backacademy», corsi di sofrologia.
- h) Sterilizzazione volontaria.
- i) Cure.
- j) Aiuto familiare e spese di collocamento.
- k) Disinfezione d'abiti e di locali,
- l) Specialità farmaceutiche fuori elenco.
- m) Occhiali e lenti a contatto.
- n) Vaccini profilattici.
- o) Mezzi ausiliari.
- p) Mammografie.
- q) Ecografie.

Per tutti i casi suindicati, salvo per quello figurante alla lettera h), deve trattarsi unicamente di trattamenti ambulatori.

- 11.- Questa enumerazione è completata da un Allegato alle condizioni speciali dell'assicurazione complementare delle prestazioni particolari R3: N , il quale definisce in maniera più precisa le prestazioni e fissa certi limiti di presa a carico (doc. 3 p. 41 ss).
- 12.- Dall'insieme delle pretese sollevate dai ricorrenti, solamente le seguenti erano suscettibili di essere coperte dall'assicurazione complementare:

Data	Prestazioni /prestataro	Importo	Documento
20.04.1999	XXX	CHF 9.30	D9
11.11.1999	XXX	CHF 843.00	F1
01.05.2001	XXX	CHF 473.00	G3
15.06.2000	XXX	CHF 542.90	H1-H3
19.09.2000	XXX	CHF 341.80	H4
22.05.2002	XXX	CHF 570.30	C10
02.01.2003	XXX	CHF 100.00	H10

- 13.- Conformemente all'art. 46 cpv. 1 prima frase LCA, i crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni

dal fatto su cui è fondata l'obbligazione. L'art. 19 delle condizioni generali (CGA) delle assicurazioni complementari dell'assicurazione malattia e infortuni non prevede un termine più lungo (doc. 3 p. 27). Ne consegue, in assenza di ogni atto che interrompa la prescrizione ai sensi dell'art. 135 CO, che le pretese fondate su delle fatture che rimontano ad una data anteriore al 2 giugno 2001 (cioè due anni prima della data di apertura dell'azione al Tribunale delle assicurazioni) sono prescritte.

- 14.- Posteriore alla fine della copertura d'assicurazione, la fattura del 2 gennaio 2003 (XXX) di un importo di CHF 100.- non è coperta.
- 15.- Infine, per quanto riguarda la fattura XXX, di un importo di CHF 570.30, è opportuno rilevare che conformemente alla cifra 17 dell'allegato alle condizioni speciali dell'assicurazione complementare delle prestazioni particolari N , le protesi acustiche sono prese a carico fino a concorrenza di CHF 300.- per anno civile (doc. 3 p. 46). Quest'ultimo importo è l'unico che resterebbe quindi a carico di Y a titolo dell'assicurazione complementare N.

III.- Conclusioni

In base a quanto sopra esposto, l'intimata ha l'onore di concludere:

- I.- Protestate spese e ripetibili.
- II.- Nella misura in cui le conclusioni della petizione depositata il 2 giugno da XXX e XXX XXX sono relative alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure, il ricorso è dichiarato irricevibile.
- III.- La petizione del 2 giugno 2003 va respinta a concorrenza di CHF 26'998.70." (Doc. III)

1.8. In data 12 agosto 2003 gli assicurati hanno osservato:

"(...)

Come indicato al punto 8. della nostra petizione, vi presentiamo le eventuali fatture che non erano state considerate oppure non erano ancora giunteci al momento della nostra petizione.

1. Conteggio della Y assicurazioni del 27 maggio 2003 - no. Pratica 3-000163256/1 di Fr. 293.75 e Fr. 238.70 - fatture medico non rimborsate, ma considerati importi compensati quale premi. (doc. L).
2. Con diverse comunicazioni la Y assicurazioni ci trasmetteva un piano di pagamenti per i premi dovuti proponendoci di beneficiare fino al 40% di sconto in caso di un versamento unico entro il 5 luglio 2002, nonostante fosse già entrata in possesso degli importi completi (senza alcuna deduzione) dall'Ufficio dell'Assicurazione malattia di Bellinzona, quindi oltre a non farci beneficiare dello sconto proposto, è entrata doppiamente in possesso dei premi dovuti. (documenti M, M1, M2, M3, M4).

3. In calce ai propri conteggi delle prestazioni, la Y assicurazioni indicava una "informazione importante" dove confermava che le prestazioni dovute alla Y non sarebbero state compensate con i premi/partecipazioni se l'assicurato la dotava di un'attestazione di carenza beni, del quale l'abbiamo dotata ogni volta che ricevevano un simile conteggio. Malgrado ciò la Y assicurazioni ha ignorato la nostra situazione e le documentazioni inviatele, compensando i premi e le partecipazioni con le prestazioni dovute, così da pregiudicare il nostro minimo vitale. (documenti N, N1, N2, N3, N4)
4. La Supra assicurazioni si rifiutò di rimborsarci diversi medicinali respingendoli alla OFAC. Pertanto dovemmo dotare l'assicurazione di certificati medici che dimostravano la necessità di questi medicinali che dovevano venire coperti dalla nostra assicurazione complementare (medicamenti che erano compresi nella lista di quelli riconosciuti dalle assicurazioni). In seguito, non trovando alcun altro pretesto per non rimborsarci tali medicinali, la Supra ben pensò di notificarci che la nostra assicurazione complementare era stata sospesa a decorrere dal 20 dicembre 1999 al 24 marzo 2000 (lettera del 16 ottobre 2000) e dal 23 marzo al 10 aprile 2002 (lettera del 26 luglio 2002), sospensioni decise interamente dalla Y assicurazioni (senza mai notificarci prima tali decisioni) e sicuramente dopo la ricezione delle fatture dei medicinali (visto che concernevano stranamente lo stesso periodo dei trattamenti) per evitare di rimborsare quanto dovutoci. (documenti O, O1, O2, O3, O4).
5. Accusiamo la ricezione nel 2003 di diverse corrispondenze della Supra assicurazioni con le quali ci notificava che l'assicurazione LCA sarebbe stata sospesa se gli importi pretesi per i premi non fossero stati pagati entro i termini fissati, senza considerare che avevamo già disdetto le nostre polizze d'assicurazione per il 31 dicembre 2002. Inoltre ciò confermerebbe che finché eravamo assicurati presso la Y assicurazioni (fino al 31 dicembre 2002) le nostre polizze d'assicurazione malattia erano con copertura di LCA - assicurazione complementare. (documenti P, P1, P2, P3, P4).
6. La Y assicurazioni ha sempre ignorato tutte le nostre richieste di estratti conto al fine di valutare la nostra situazione nei suoi confronti, senza mai risponderci. (documenti Q, Q1, Q2)
7. La Y assicurazioni si rifiutò di pagarci le prestazioni che utilizzò per compensare i premi e le partecipazioni, nonostante gli attestati di carenza beni che le trasmettemmo immediatamente a ricezione dei loro conteggi ai sensi di quanto indicatovi in calce ai loro conteggi in "informazione importante". Si presume che quanto indicato nei loro conteggi servisse unicamente per entrare in possesso dei nostri attestati di modo da presentarli all'Istituto delle assicurazioni sociali per riscuotere in doppio i premi. (doc. R, R1, R2, R3, R4, R5, R6)" (Doc. VII)

1.9. Con scritto datato 10 settembre 2003 Y ha rilevato:

" Ci riferiamo alla causa citata a margine ed alla vostra lettera del 25 agosto 2003 ricevuta nei nostri locali il 26 seguente, con la quale ci

impartite un termine di 10 giorni, sospeso dal 27 al 31 agosto 2003 a causa delle ferie giudiziarie, per presentare le nostre osservazioni sulla determinazione depositata dai Sigg. XXX e XXX il 18 agosto 2003.

Dopo aver esaminato questo scritto, tenuto conto dell'argomento che è trattato, risulta che si rilevi necessario uno studio più approfondito di certi punti. In particolare si tratta di questioni in relazione con la sospensione della copertura d'assicurazione LCA degli interessati, in quanto quest'ultimi da molti anni non hanno pagato alcun premio per le loro assicurazioni complementari. Poiché la nostra cassa non conserva gli avvisi di sospensione su carta, ci vediamo costretti a richiederne la stampa di duplicati da parte del nostro servizio informatico, il quale potrà procedere a queste stampe solamente nell'ambito del trattamento globale settimanale dei formulari destinati agli assicurati. Dobbiamo quindi tener conto di un termine di almeno una settimana prima di poterne entrare in possesso.

Al fine di poter disporre del tempo necessario alla redazione della nostra determinazione ed alla relativa traduzione, rispettosamente sollecitiamo che ci sia accordato un termine supplementare di 15 giorni." (Doc. IX)

1.10. Con scritto del 2 ottobre 2003 Y si è così espressa:

"Ci riferiamo alla causa citata a margine ed alla vostra corrispondenza del 25 agosto e dell'11 settembre 2003 (ricevuta il 15 settembre 2003), con la quale ci impartite un termine prolungato per determinarci sulla controreplica depositata il 18 ottobre 2003 dai coniugi XXX e XXX.

Completiamo la nostra esposizione dei fatti e le nostre determinazioni come segue:

16.- In base all'esame dei documenti prodotti dai Sigg. XXX e XXX il 18 agosto 2003, risulta che solo le pretese dedotte dai documenti numerati da O a O4 rilevano dalla Legge sul contratto di assicurazione e sono, di conseguenza, oggetto del presente litigio.

Prova: doc. L a R6

17.- Le pretese relative alle fatture della XXX, di 549 fr. 90, che si riferiscono all'inizio dell'anno 2000, al momento dell'apertura dell'azione erano già raggiunte dalla prescrizione.

Prova: doc. O a O2

18.- Ad ogni buon conto, la convenuta dichiara espressamente prevalersi di questa eccezione.

Prova: dichiarazione di parte

19.- Rimane quindi solamente la fattura di 845 fr. 85 relativa a dei medicinali prescritti durante il periodo dal 12 marzo al 28 maggio 2002.

Prova: doc. O4, giustificativo 6

20.- Questa fattura è stata rimborsata al fornitore di prestazioni secondo il sistema del terzo pagante.

Prova: documento 7

21.- Ne consegue che gli assicurati non possono in nessun caso reclamare una qualsiasi pretesa nei confronti di Y in relazione a questa fattura.

Prova: per valutazione

22.- Y mette in evidenza inoltre che a causa del non pagamento dei premi d'assicurazione, ha notificato a più riprese agli assicurati la sospensione delle prestazioni delle loro assicurazioni private.

Prova: documenti 8 a 13

23.- Ha quindi intimato agli interessati di onorare i premi tramite avviso del 26 febbraio, 14 maggio, 15 luglio, 14 ottobre e 9 dicembre 2002, nonché del 10 marzo 2003.

Prova: documenti 8 a 13

24.- ... ed il 13 agosto, il 18 novembre 2002, il 27 gennaio, l'8 aprile ed il 29 luglio 2003 li ha informati che la sospensione era divenuta effettiva

Prova: documenti 14 a 18

25.- Poiché gli assicurati non hanno onorato alcun importo a titolo dei premi LCA a partire da almeno il mese di gennaio 2000, su riserva delle somme che sono state oggetto di compensazioni con le prestazioni, rimane in sospeso un importo di 330 fr. 60 la cui riscossione è stata richiesta a XXX per XXX.

Prova: documento 19

26.- ... e di 712 fr. 50 per XXX.

Prova: documento 20

27.- Ad ogni buon conto, in compensazione alle pretese degli interessati, Y dichiara opporre i crediti in questione.

Prova: dichiarazione di parte.

In base a quanto sopra esposto, Y ha l'onore di confermare le conclusioni prese nella sua risposta del 26 giugno 2003.

Vi informiamo inoltre, in relazione al contenzioso dell'assicurazione-malattia obbligatoria, che è in preparazione una decisione. Tenuto conto della complessità del caso, non potrà tuttavia essere resa prima di una o due settimane." (Doc. XIV)

1.11. In data 17 ottobre 2003 gli assicurati hanno nuovamente puntualizzato:

"(...)

Riteniamo che tutte le documentazioni allegare alla nostra petizione del 2 giugno 2003, osservazioni del 12 agosto 2003 e alla presente osservazione (documenti da A a R7), nonché la documentazione prodotta dalla controparte concernano tale vertenza, quindi chiediamo cortesemente che il giudizio tenga conto di tutti i fatti esposti e non venga limitato unicamente ad alcuni documenti, come preteso dalla Supra assicurazioni.

Pertanto osserviamo che la controparte tenta di indirizzare l'oggetto della vertenza basandosi unicamente sulla assicurazione LCA, riproducendo solo adesso un estratto conto non veritiero e preparato sul momento (ciò di cui non ci ha mai dotato in precedenza), cestinando tutto quanto concerne l'assicurazione LAMAL per la quale non ha onorato le dovute prestazioni (e tanto meno nessun estratto conto).

A complemento della documentazione già precedentemente riprodotta, dimostriamo con quanto segue che la Supra assicurazioni, non solo non ha fornito le dovute prestazioni, ma è pure entrata in possesso doppiamente dei premi e dei relativi:

1. Stranamente in seguito alla nostra petizione, il 22.8.2003 la Supra assicurazioni ci rimborsava Fr. 582.55 per le fatture del 22/03/2002 e 18/03/2002 (dopo circa 17 mesi) indicate nella loro relativa notifica (doc. R7)

L'Assicurazione cassa malati ha il diritto di non fornire le prestazioni dovute per compensare i premi/partecipazioni LAMAL senza il consenso dell'assicurato, mettendo a rischio il relativo minimo vitale?

L'Assicurazione cassa malati ha il diritto di non fornire le prestazioni dovute per compensare i premi/partecipazioni LCA senza il consenso dell'assicurato, mettendo a rischio il relativo minimo vitale?

- a. Dal 1997 al maggio 2003 la Y assicurazioni non ci ha fornito le prestazioni dovute per un totale di **Fr. 8'814.50** con il pretesto di compensare i premi/partecipazioni, senza indicare se tale compensazione concerneva la assicurazione LAMAL o quella LCA, e precisamente:

Fr. 2'427.20 nel 1997 (cod. C1, C2, C3, C4, C5, D1, D2, D3, D4, D5)
Fr. 125.30 nel 1998 (D6)
Fr. 1'443.30 nel 1999 (D7, D8, D9, D10, D11, C6, D12)
Fr. 346.70 nel 2000 (C7)
Fr. 300.00 nel 2001 (G3)
Fr. 4'172.00 nel 2002 e 2003 (C8, C9, D13, D14, GI, D15, D16, D17)

- b. Dal 1997 al maggio 2003 la Y assicurazioni non ci ha risarcito le fatturazioni mediche, farmaceutiche, ospedaliere ecc. per un totale di **Fr. 23'764.15** e precisamente:

Fr. 1'098.00 nel 1999 (E1, E2, F1)
Fr. 3'649.50 nel 2000 (E3, E4, F2, F3, F4, F6, F7, F8, F5, H1, H4)
Fr. 14'024.55 nel 2001 (F9, F10, I1, F11, F12, F13, I2, I3, E5, F14)
Fr. 4'992.10 nel 2002 e 2003 (E6, E7, H5, E8, E9, H6, E10, H8, H9, F15, F16, F18, H10, F19, F17, F20)

- c. La Y assicurazioni incassava dall'Istituto delle assicurazioni sociali cantonale a nostro debito una somma pari a **Fr. 26'508.00** (doc. R5)

Pertanto la Y assicurazioni é entrata in possesso di una somma pari a **Fr. 59'086.65** (totali a. + b. + c.).
Da tale somma bisogna sottrarre:

10% partecipazione assicurati	Fr. 2'376.40 (sul totale di Fr. 23'764.15, punto b.)
rimborsi effettuati	Fr. 1'229.75 (doc. K)
versamenti effettuati	Fr. 582.55 (doc. R7)
per un totale di	Fr. 4'188.70

quindi la Y assicurazioni doveva registrare nella propria contabilità **Fr. 54'897.95 a nostro favore.**

Per i premi delle nostre assicurazioni LAMAL e LCA (polizze no. 4614371 XXX XXX e no. 0614372 XXX XXX) erano dovuti alla Y assicurazioni unicamente **Fr. 23'569.80** (Fr. 22'373.40 per i premi LAMAL e Fr. 1'196.40 per i premi LCA) e precisamente:

Totale premio LAMAL 1999 XXX XXX	Fr. 2'594.40
Totale premio LCA 1999 XXX XXX	Fr. 136.80
Totale premio LAMAL 1999 XXX XXX	Fr. 2'820.00
Totale premio LCA 1999 XXX XXX	Fr. 136.80
Totale premio LAMAL 2000 XXX XXX	Fr. 2'749.20
Totale premio LCA 2000 XXX XXX	Fr. 136.80
Totale premio LAMAL 2000 XXX XXX	Fr. 3'124.80
Totale premio LCA 2000 XXX XXX	Fr. 136.80
Totale premio LAMAL 2001 XXX XXX	Fr. 2'228.40
Totale premio LCA 2001 XXX XXX	Fr. 136.80
Totale premio LAMAL 2001 XXX XXX	Fr. 3'147.60
Totale premio LCA 2001 XXX XXX	Fr. 159.60
Totale premio LAMAL 2002 XXX XXX	Fr. 2'416.80

Totale premio LCA 2002 XXX XXX	Fr. 159.60
Totale premio LAMAL 2002 XXX XXX	Fr. 3'292.00
Totale premio LCA 2002 XXX XXX	Fr. 193.20

(documenti da A1 fino A8)

Validità dell'assicurazione LCA

2. Per ogni polizza l'Assicuratore dovrebbe tenere una scheda aggiornata dell'assicurato e su sua richiesta dovrebbe trasmettergli un estratto conto tale da permettergli di verificare eventuali differenze, nonché la propria posizione nei confronti dell'Assicurazione. Le nostre richieste di conteggi tramite le lettere Raccomandate datate 12 agosto 2002, 28 agosto 2002, 2 settembre 2002 e 2 maggio 2003 vennero tutte ignorate dalla Supra assicurazioni (doc. Q, Q1, Q2, B1).
3. Come sopra esposto, il totale dei premi LCA da noi dovuti ammontava a **Fr. 1'196.40**, mentre la Y ass. doveva nei nostri confronti una somma estremamente superiore (per le mancate prestazioni e fatturazioni non rimborsateci). Pertanto è inaccettabile l'affermazione della Y assicurazioni (punto 22, lettera della Y del 2.10.2003 al Tribunale delle assicurazioni) con la quale ritiene di avere sospeso le prestazioni LCA previa dei mancati pagamenti dei premi.
4. Si ritiene anche che la prima sospensione della LCA dal 23 marzo 2002 al 10 aprile 2002 venne effettuata dalla Y ass. unicamente per non pagare le prestazioni relative a quel periodo (doc. 04), come pure le due successive sospensioni del 13 agosto 2002 e del 18 agosto 2002 (punto 24, lettera della Supra del 2.10.2003 al Tribunale delle assicurazioni documenti 14 e 15). Inoltre rimarchiamo che tali presunti periodi di sospensione non concernono la maggior parte delle date delle fatture che la Y ass. non ci ha rimborsato (le quali date risalgono dal 1999 al 31 luglio 2002, periodi nei quali la nostra assicurazione LCA era in vigore). Inoltre le sospensioni indicate nei documenti 16, 17, 18 riprodotti dalla Y assicurazioni, concernono il 2003, fatto che dimostra la disorganizzazione della Cassa malati, in quanto in data 26 novembre 2002 avevamo trasmesso la nostra disdetta d'assicurazione alla Y con validità al 31 dicembre 2002 (doc. P).
5. Per quanto concerne i punti 17, 18, 19, 20, 21, 22 (lettera della Supra del 2.10.2003 al Tribunale delle assicurazioni) l'assicurato è diabetico; oltre alla validità della sua copertura LCA (come sopra indicato) ha dotato l'assicurazione dei dovuti certificati medici (doc. O1 e H2); quindi le due fatture per medicinali di Fr. 549.90 e Fr. 845.85 dovevano venire interamente riconosciute.
6. Inoltre si rimarca che i due estratti conto punti 25 e 26 (lettera della Supra del 2.10.2003 al Tribunale delle assicurazioni) sono pari ai documenti 19 e 20, precisamente vaghi, preparati di recente appositamente per tale vertenza, nei quali non vengono indicati i crediti a nostro favore, come pure non ci

sono stati mai trasmessi al momento delle nostre richieste del 12 agosto 2002, 28 agosto 2002, 2 settembre 2002, 2 maggio 2003 (doc. Q, Q1, Q2, B1), inoltre sono anche incompleti e non indicano alcun estratto conto LAMAL." (Doc. XVII)

- 1.12. Il doc. XVII è stato trasmesso all'assicuratore malattia (cfr. doc. XVIII), con la facoltà di presentare osservazioni scritte.

Con scritto del 27 ottobre 2003 Y ha risposto di non avere ulteriori osservazioni da presentare (cfr. doc. XIX).

- 1.13. Pendente causa il TCA ha chiesto a Y di fornire le seguenti precisazioni:

"(...)

- se la fattura di fr. 845.85 della XXX, pagata da Y al fornitore di prestazioni secondo il sistema del terzo pagante, è stata poi fatturata agli assicurati, per un importo di fr. 422.75, come indicato nello scritto del 26 luglio 2002;
- i motivi per i quali Supra ha fatturato agli assicurati la somma di fr. 422.75, precisando a cosa corrisponde tale importo." (Doc. XXI)

Con scritto datato 2 aprile 2004 l'assicuratore malattia ha risposto:

- "1) L'importo di Fr. 422.75 è stato fatturato alla Sig.ra XXX il 28 agosto 2002, conformemente alla copia qui allegata (BVR 02-00.001.887.027).
Allegato 1
- 2) L'importo di Fr. 422.75 fatturato all'assicurata corrisponde ai rifiuti di presa a carico del medicamento XXX.
- 3) In base alle informazioni mediche in nostro possesso (in particolare l'avviso manoscritto del nostro medico di fiducia del 09.10.01 [all. 3]), la Sig.ra XXX non soddisfa le condizioni di presa a carico del medicamento XXX sull'assicurazione obbligatoria delle cure.
Allegati 2, 3 e 4
- 4) Se la nostra assicurata non fosse stata sanzionata da una sospensione delle prestazioni delle sue assicurazioni complementari, avremmo ammesso una presa a carico sull'assicurazione complementare delle prestazioni particolari N , come medicamento fuori lista.
Allego 5

Per ottenere l'importo di Fr. 422.75 fatturato alla Sig.ra XXX, abbiamo dedotto dal prezzo di base del medicamento (Fr. 432.30), la percentuale del contributo per la stabilizzazione dei costi (3.20% di Fr. 432.30, cioè Fr. 13.85) e aggiunto la tassa di farmacia (Fr. 4.30 di Fr. 34.40):

Fr. 432.30

./.	Fr.	13.85
+	Fr.	4.30
<hr/>		
Total	Fr.	422.75 " (Doc. XXII)

- 1.14. Il doc. XXI e il doc. XXII sono stati trasmessi agli assicurati per conoscenza (cfr. doc. XXIII).

in diritto

- 2.1. L'assicurazione contro le malattie è stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995, dalla LAMI, sostituita, con effetto a decorrere dal 1° gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo quanto disposto dall'art. 1 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 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 è entrata in vigore la Legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che all'art. 75 prevede che

"le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA."

Nel caso di specie non è contestato (cfr. doc. I e doc. III) che, con effetto a decorrere dal 1° gennaio 1996, le parti hanno concluso un contratto di assicurazione sottoposto alla LCA con base di riferimento le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) del gennaio 1997 (cfr. doc. 1 e doc. 2).

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'interessata in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

- 2.2. Oggetto della lite è sapere se XXX e XXX hanno diritto al rimborso da parte della loro Cassa malati di alcuni costi relativi alle cure mediche coperte dall'assicurazione complementare N

Non rientrano invece nell'ambito della presente controversia, contrariamente a quanto preteso, a torto, dai ricorrenti nello scritto del 17 ottobre 2003 (cfr. doc. XVII), presunti premi arretrati ed eventuali compensazioni di crediti per premi scaduti con prestazioni dovute agli assicurati operate da Supra nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, problematiche queste ultime oggetto di giudizio separato (ricorso per denegata giustizia, cfr. inc. 36.2004.21).

- 2.3. Nel caso di specie, i ricorrenti, nella petizione del 2 giugno 2003 (cfr. doc. I) e poi ancora nello scritto del 12 agosto 2003 (cfr. doc. VII), hanno elencato una serie di fatture relative a cure mediche e prestazioni di farmacia, che Supra ha omesso di rimborsare loro.

Al riguardo, l'assicuratore malattia, nella risposta del 26 giugno 2003 (cfr. doc. III), dopo aver elencato le prestazioni coperte dall'assicurazione complementare N , stipulata dagli

assicurati, ha osservato che tra tutte le fatture prodotte dai ricorrenti, solo ed esclusivamente sette possono entrare in linea di conto in quanto rientranti nell'elenco delle prestazioni coperte dall'assicurazione complementare, vale a dire la fattura della XXX del 20 aprile 1999 (cfr. doc. D9), la fattura dell'XXX dell'11 novembre 1999 (cfr. doc. F1), le fatture della XXX rispettivamente del 15 giugno 2000 (cfr. doc. H1-H3) e del 19 settembre 2000 (cfr. doc. H4), la fattura per articoli ortopedici del 1° maggio 2001 (cfr. doc. G3), la fattura XXX del 22 maggio 2002 (cfr. doc. C10) e la fattura dell'XXX del 2 gennaio 2003 (cfr. doc. H10).

Il rilievo della Y non ha fatto oggetto di contestazione da parte degli assicurati. L'esame di questo Tribunale deve quindi limitarsi alle citate fatture, le sole rientranti nell'ambito della copertura complementare N

- 2.4. Trattandosi in concreto di prestazioni relative al periodo dal 1997 al 2002, va preliminarmente esaminato se gli importi oggetto della presente controversia sono prescritti, come all'eccezione sollevata dall'assicuratore.

Al riguardo, l'articolo 46 LCA stabilisce che:

"Art. 46

¹I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione. L'articolo 41 della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è riservato.

²Sono nulli i patti che assoggettano il credito verso l'assicuratore ad una prescrizione o ad un termine più breve. Rimane ferma la disposizione dell'articolo 39 capoverso 2 numero 2 della presente legge."

Questa norma è imperativa, come indicato da Olivier Carré in *Loi fédérale sur le contrat d'assurance accompagnée d'autres textes, complets ou en extraits, relatifs à l'assurance privée avec annotations de jurisprudence et renvois*, Losanna 2000, pag. 319:

"Force obligatoire

Les prescriptions de cet art. ne peuvent pas être modifiées conventionnellement au détriment du preneur ou de l'ayant droit, selon l'art. 98 LCA. Elle est impérative pour toutes les branches d'assurances, sous réserve de celle de l'assurance-transport: cf. plus bas (Tciv. BS RBA V n° 209/219). Elle n'est cependant pas d'ordre public, ni d'ailleurs contraire aux moeurs, si le droit étranger,

applicabile au contrat, y déroge (CJ GE RBA X n° 50; Tciv. BS RBA V n° 209/219 all.).

Ainsi, les parties peuvent valablement convenir d'un délai de prescription, ou de déchéance, plus long que le délai légal (ATF 74 II 97 all., JdT 1948 I 592, RBA X n° 49; ATF 60 II 445 all., JdT 1935 I 208, rés. SJ 1935 p. 349, RBA VII n° 182).

La jurisprudence a écarté la théorie selon laquelle l'art. 46 LCA aurait été rangé par inadvertance dans les dispositions relativement impératives de la loi, et non dans celles, qui sont absolument impératives au sens de l'art. 97 LCA (ATF 48 II 284, JdT 1923 I 162, RBA V n° 213; CCC FR RBA XIII n° 56).

Un autre délai, plus court, de prescription, ou de péremption (cf. ci-après), peut en effet être stipulé en matière d'assurance-transport (...)."

L'art. 19 delle CGA Edizione 1997 di SUPRA prevede, in tema di prescrizione, quanto segue:

"I crediti che nascono dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni a datare dall'evento da cui nasce l'obbligo."

A proposito dell'interruzione del termine di prescrizione, Olivier Carré, nell'opera citata, ha osservato:

"(...)

La prescription est interrompue par l'ouverture d'un procès contre l'assureur (ATF 118 II 447, JdT 1993 I 745, non rés. sur ce point au JdT 1996 I 223, SJ 1993 p. 173, RBA XIX n° 62; ATF 68 II 106 all., JdT 1942 I 569, non rés. sur ce point à la SJ 1942 p. 574 et 575, RBA IX n° 97; ATF 61 II 197 all., non rés. sur ce point au JdT 1936 I 543, ni à la SJ 1936 p. 223, RBA VIII n° 170). Peu importe de savoir si l'action est condamnatoire ou constatatoire (question laissée ouverte dans le cas de l'assurance de la protection juridique), car les deux ont pour effet d'interrompre la prescription (ATF 119 II 468, rés. JdT 1996 I 684, RBA XIX n° 63). Une action partielle interrompt la prescription de la totalité de la prétention, si, à raison de sa nature et de son contenu, elle nécessite la fixation de la totalité de la prétention dérivant du contrat d'assurance (TC SG RBA VI n° 181/184 all.). Une dénonciation d'instance interrompt aussi la prescription si elle présente les caractères propres à l'exercice du droit de recours contre un tiers (OG ZH RBA n° 204/210 all.)." (Olivier Carré, op cit. pag. 328)

Nella fattispecie in esame, gli assicurati hanno intentato azione presso il TCA contro l'assicuratore malattia in data 2 giugno 2003. È dunque a partire da quella data che va calcolato, all'indietro nel tempo, il termine di prescrizione di due anni (art. 46 LCA).

Di conseguenza, come giustamente rilevato dalla Cassa malati (cfr. doc. III), le pretese derivanti da fatture che risalgono ad un periodo anteriore al 2 giugno 2001 sono prescritte.

Pertanto, nella presente controversia entrano unicamente in considerazione la fattura XXX del 22 maggio 2002 (cfr. doc. C10) e la fattura dell'XXX del 2 gennaio 2003 (cfr. doc. H10), nonché la fattura della XXX del 1° luglio 2002 di fr. 845.85 relativa a dei medicinali prescritti durante il periodo compreso fra il 12 marzo 2002 e il 28 maggio 2002 (cfr. doc. 6), fattura prodotta dai ricorrenti il 12 agosto 2003 (doc. VII).

- 2.5. Nel gennaio 1996 gli assicurati hanno concluso con la Cassa malati Y un'assicurazione complementare N delle prestazioni particolari (cfr. doc. 1 e doc. 2). Parte integrante di detto contratto d'assicurazione complementare sono le Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) valide dal gennaio 1997 (cfr. doc. 5).

Gli assicurati hanno posto termine alla loro copertura assicurativa, sia per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sia per l'assicurazione complementare, con effetto a partire dal 31 dicembre 2002 (cfr. doc. P).

Nello scritto del 2 ottobre 2003 (cfr. doc. XIV), Y ha osservato che, riassumendo, le pretese derivanti dall'assicurazione complementare N che possono essere oggetto della presente controversia sono quelle risultanti dalla fattura della XXX del 1° luglio 2002 di fr. 845.85 relativa a dei medicinali prescritti durante il periodo compreso fra il 12 marzo 2002 e il 28 maggio 2002 (cfr. doc. 6) - fattura quest'ultima prodotta dai ricorrenti con lo scritto 12 agosto 2003 (cfr. doc. VII) - e le già citate fatture "XXX" del 22 maggio 2002 (cfr. doc. C10) e "l'XXX" del 2 gennaio 2003 (cfr. doc. H10).

Con riferimento alla fattura della XXX del 1° luglio 2002 di fr. 845.85 (cfr. doc. 6), la Cassa malati Y, con comunicazione del 26 luglio 2002 (cfr. doc. O4), ha informato gli assicurati di non potere rimborsare i medicinali prescritti dal medico e rientranti fra le prestazioni coperte dall'assicurazione complementare di cui beneficiavano gli assicurati, in quanto il diritto all'assicurazione complementare è sospeso:

" Ci riferiamo alla fattura della XXX di CHF 845.85 per dei medicinali consegnati dal 12 marzo al 28 maggio 2002 e prescritti dal Dr. XXX.

Le ricordiamo che i medicinali vengono presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure solo se figurano nella Lista dei medicinali con tariffa (LMT) o nella Lista delle specialità (LS). In base alle informazioni in nostro possesso il medicamento «XXX» è considerato fuori lista (HL) ed è rimborsato solo nel caso in cui l'assicurato benefici di un'assicurazione complementare (la nostra classe R) e alle condizioni di quest'ultima.

Il suo diritto a questa assicurazione complementare è sospeso dal 23 marzo al 10 aprile 2002, dobbiamo quindi informarla che non potremo rimborsare i medicinali fuori lista.

Desideriamo ancora segnalarle che non ha nessuna importanza il fatto che siano stati prescritti da un medico, quest'ultimo dovrebbe infatti attirare l'attenzione dei suoi pazienti su questa particolarità.

Rimborseremo direttamente alla farmacia la fattura in questione, dal momento che ne siamo convenzionalmente obbligati, e le fattureremo in seguito l'importo a suo carico (CHF 422.75).

Ci dispiace di non poter soddisfare la sua richiesta in questa occasione, e ringraziandola per la sua comprensione, le porgiamo i nostri più distinti saluti." (Doc. O4)

- 2.6. L'art. 20 LCA, a cui rinvia espressamente l'art. 1 CGA, concerne l' "Obbligo della diffida. Conseguenze della mora" dell'assicurato (cfr. nota marginale del disposto di legge). Esso prevede che nel caso in cui il premio non sia stato pagato alla scadenza o entro il termine di rispetto concesso dal contratto, il debitore debba essere diffidato per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida (cpv. 1). Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligazione dell'Assicuratore è sospesa a datare dalla scadenza del termine di diffida (cpv. 3).

La LCA regola il tema della mora contrattuale in maniera diversa rispetto alle disposizioni del Codice delle Obbligazioni (CO) nella misura in cui non fa dipendere la validità della mora dalla ricezione da parte del debitore della diffida. Nonostante la nota marginale dell'art. 20 LCA, la diffida non è obbligatoria; essa diviene necessaria se l'Assicuratore intende ottenere la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (cfr. STCA del 29 aprile 2003 nella causa B., inc. 36.2002.107; STCA del 10 giugno 2003 nella causa K., inc. 36.2002.138; TC SG in RUA XI n. 23; TC VD in RUA VI n. 107; TC NE in RUA VI n. 113, citati in: CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Losanna 2000, pag. 210 ad art. 20 LCA).

Se l'Assicuratore non notifica una diffida al debitore, il primo non può liberarsi dei suoi obblighi nel caso in cui si produca un nuovo evento e neppure può recedere dal contratto (KUHN/MONTAVON, Droit des assurances privées, Losanna 1994, pag. 197).

Tuttavia, l'invio di una diffida non è soggetto ad alcun termine se non a quello di due anni previsto dall'art. 46 LCA, trascorso il quale il diritto dell'Assicuratore al pagamento del premio si prescrive (TC VD in RUA IX n. 52; RUA III n. 95, in: CARRÉ, op. cit., pag. 212 ad art. 20 LCA). L'assicurato, infatti, non si trova in mora per il solo fatto che il premio è scaduto: è necessario ancora che l'Assicuratore lo diffidi. La diffida deve informare il debitore in modo esplicito e completo su tutte le conseguenze del ritardo nel caso in cui l'assicurato non adempia ai suoi obblighi nel termine concessogli (HASENBOEHLER, in: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Basilea 2001, n. 42 ad art. 20 LCA; DTF 128 III 186, in particolare consid. 2). Una diffida che non indica le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi è irregolare e non può produrre gli effetti che non sono stati citati (DTF 128 III 186).

La legge accorda comunque al debitore un termine legale di quattordici giorni (termine di grazia) per provvedere al pagamento. Questo termine non inizia a decorrere dalla notifica della diffida ma dal momento del suo invio (STF in RUA XVIII n. 13, in: CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Friburgo 1997, n. 179 pag. 61; KUHN/ MONTAVON, op. cit., pagg. 189-193).

Contrariamente a quanto è previsto dal CO la messa in mora diventa effettiva – e l'assicurato deve pure degli interessi moratori - se, alla scadenza del termine legale, il debitore non ha ancora dato seguito al pagamento del premio. Qualora il termine di grazia venga a scadere infruttuosamente gli obblighi dell'Assicuratore vengono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA). La sospensione dura fino al pagamento completo del premio, oltre accessori, a meno che un'intenzione diversa risulti dall'attitudine dell'Assicuratore (DTF 112 II 463; DTF 103 II 204). Il pagamento, o semplicemente la maturazione, di un altro premio intervenuta successivamente a quello che è stato oggetto della diffida, non hanno alcun effetto sulla sospensione. Ad ogni modo l'Assicuratore è tenuto ad accettare il pagamento di un premio posteriore, a meno che non intenda recedere dal contratto, possibilità questa cui non è obbligato (DTF 103 II 204).

Se, invece, il debitore adempie al suo obbligo contrattuale versando nei quattordici giorni di tempo di cui alla diffida il premio dovuto all'Assicuratore, egli si sottrae alle conseguenze della mora. A tal proposito si osserva che l'obbligo dell'Assicuratore di fornire le sue prestazioni resta salvaguardato durante tutto il termine legale (termine di grazia) per gli eventi

che potrebbero sopraggiungere durante questo periodo. Tale obbligo permane anche se, più tardi, emergesse che la diffida è rimasta senza effetto (art. 20 cpv. 3 LCA). Se allo scadere del termine di grazia il debitore ha pagato solo una parte del premio scaduto, bisogna ritenere che egli non ha adempiuto ai suoi obblighi contrattuali. In tal caso, gli obblighi dell'Assicuratore sono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA), anche se la parte ancora dovuta rappresenta una piccola porzione dell'intero premio arretrato (KUHN/MONTAVON, op. cit., pagg. 194 e 195). A dipendenza delle circostanze rimangono tuttavia riservate le intenzioni diverse dell'assicuratore (DTF 112 II 463).

Va rammentato infine che se l'assicuratore ha incassato il premio corrispondente al nuovo periodo d'assicurazione, ciò non significa che egli abbia rinunciato a ricevere i premi dovuti per i periodi anteriori, e ancor meno che rinunci a sospendere le proprie obbligazioni (KUHN/MONTAVON, op. cit., pag. 189 segg.).

Alla luce di quanto precede, dunque, quando il premio arretrato non venga versato prima della scadenza del termine legale di quattordici giorni, la mora del debitore diventa effettiva. Ciò comporta la sospensione degli obblighi dell'assicuratore (art. 20 cpv. 3 LCA). Tuttavia un contratto sospeso nei suoi effetti non equivale ad un contratto estinto o rescisso; significa invece semplicemente che gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi, mentre il contratto d'assicurazione in quanto tale resta vigente. La sospensione degli obblighi dell'assicuratore interviene a discapito dell'assicurato che resta debitore del premio. Si ribadisce quindi che, di regola, l'assicuratore non ha obblighi nei confronti dell'assicurato se un evento si produce dopo la scadenza infruttuosa del termine legale di diffida (quattordici giorni) (KUHN/MONTAVON, op. cit., pag. 198 e seg.; HASENBOEHLER, op. cit., nn. 19-32 ad art. 21 LCA, pag. 334 segg.).

2.7. L'art. 21 LCA prevede che

"Quando l'assicuratore non abbia richiesto nelle vie legali il premio arretrato entro due mesi dalla scadenza del termine fissato all'articolo 20 della presente legge si ritiene che sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio (cpv. 1)

Se l'assicuratore ha richiesto il premio o l'ha accettato più tardi, la sua responsabilità rinasce dal momento in cui il premio arretrato venga pagato con interessi e spese (cpv. 2)."

Qualora gli effetti del contratto siano sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA) e l'assicuratore non intenti una procedura esecutiva nei due mesi che fanno seguito alla scadenza del termine di grazia, v'è dunque la presunzione irrefragabile – che esclude l'apporto della prova del contrario (STF in RUA VIII n. 109, in: CARRÉ, op. cit., pag. 218 ad art. 21 LCA) - che egli voglia recedere dal contratto e quindi che rinunci al pagamento del premio arretrato (TComm. ZH in RUA XIV n. 33, in: CARRON, op. cit., n. 194 pag. 67), fatto comunque salvo quanto prescritto al capoverso 2 dell'art. 21 LCA.

Il contratto, ai termini dell'art. 21 cpv. 1 LCA, si estingue ex nunc e non ab initio. Anziché attendere che la presunzione irrefragabile sia effettiva (presunzione di rescissione), l'assicuratore ha la possibilità di dichiarare espressamente che vuole recedere dal contratto. Per far ciò, egli non deve aspettare che sia trascorso il periodo di due mesi, ma può dichiarare la sua volontà immediatamente (KUHN/MONTAVON, op.cit., pag. 199).

Se l'assicuratore recede effettivamente dal contratto, qualunque sia il modo in cui ciò avvenga (per dichiarazione dell'assicuratore o alla scadenza del termine di due mesi), giusta l'art. 21 cpv. 1 LCA egli perde automaticamente ogni diritto a ricevere i premi arretrati ed a rivendicare le prestazioni precedentemente fornite. V'è dunque una finzione della rinuncia da parte dell'assicuratore per il recupero dei premi arretrati (KUHN/MONTAVON, op. cit., pag. 198 e seg.; HASENBOEHLER, op. cit., nn. 4-18 ad art. 21 LCA, pag. 330 segg.).

Se l'assicuratore non ha intenzione di recedere dal contratto può pretendere dal debitore che quest'ultimo dia seguito ai suoi obblighi. Ciò significa che può esigere dall'assicurato l'esecuzione del contratto e quindi il pagamento del premio ormai scaduto. Onde evitare che si crei una situazione di presunzione di rinuncia all'adempimento contrattuale (art. 21 cpv. 1 LCA), il creditore può introdurre al competente ufficio una procedura esecutiva atta a recuperare il premio arretrato. Il creditore deve agire nel periodo di due mesi che ha fatto seguito alla diffida legale di pagamento. Infatti, se in questo lasso di tempo l'assicuratore non si attiva per recuperare il premio, sussiste la presunzione di rinuncia e quindi del diritto di recuperare il premio arretrato (TC ZG in RUA XIX n. 30, in: CARRON, op. cit., n. 189 pag. 65).

Se l'assicuratore, trascorso il termine legale di grazia di quattordici giorni, sceglie di ottenere il pagamento del premio - e

quindi di non rinunciare al contratto – e concede ancora del tempo all'assicurato prima di procedere con il recupero del premio, il contratto rimane ugualmente sospeso conformemente all'art. 20 cpv. 3 LCA (STF in RUA V n. 124, in: CARRÉ, op. cit., pag. 220 ad art. 21 LCA).

Nell'eventualità in cui la procedura esecutiva abbia avuto esito favorevole o che il creditore abbia accettato più tardi il pagamento del premio arretrato comprese le spese e gli interessi moratori (art. 21 cpv. 2 LCA) - anche se gli ammontari di questi ultimi dovessero essere esigui (DTF 112 II 463) - gli obblighi dell'assicuratore rinascono dal momento in cui l'importo del premio arretrato è stato interamente pagato (*ex nunc*). Il pagamento non esplica effetti retroattivi a partire da quando gli obblighi dell'assicuratore sono stati sospesi (TD BE in RUA XIII n. 91, in: CARRON, op. cit., n. 196 pag. 67).

Gli obblighi dell'assicuratore rinascono dunque soltanto a condizione che egli abbia accettato più tardi il pagamento del premio scaduto (KUHN/MONTAVON, op. cit., pag. 202).

Come indicato in precedenza, se l'assicuratore accetta il pagamento del nuovo premio prima che il premio arretrato sia stato soluto, ciò non significa che egli rinunci alla sospensione del contratto. L'assicuratore può prevalersi della sospensione della copertura anche se il precetto esecutivo teso al recupero del premio scaduto è notificato dopo il pagamento del nuovo premio (DTF 103 II 204).

Pertanto, la sospensione della copertura assicurativa si ripercuote sugli obblighi dell'assicuratore, e né la scadenza né il pagamento di un premio susseguente hanno per effetto che la garanzia contrattuale fornita dall'assicuratore torni in vigore (DTF 103 II 204, STF in RUA XIV n. 32, in: CARRON, op. cit., n. 188 pag. 65). Il rapporto d'assicurazione fra l'assicuratore e l'assicurato rinasce soltanto per accordo delle parti (STF in RUA VIII n. 25/109, in: CARRÉ, op. cit., pag. 218 ad art. 21 LCA). Grazie al solo pagamento, l'assicurato non può infatti rimettere unilateralmente in vigore il contratto: il pagamento va infatti accettato da parte dell'assicuratore (art. 21 cpv. 2 LCA).

- 2.8. Nel caso concreto, dall'estratto conto corrente globale LCA, stato al 10 settembre 2003 di Y (cfr. doc. 19 e doc. 20), risultano effettivamente alcune fatture per premi ancora scoperte: in particolare, per XXX fr. 102.60 relativi ai premi dei mesi compresi fra aprile 2001 e dicembre 2001 (premio di fr. 11.40 mensili); per XXX, invece, fr. 87.40 relativi ai premi di aprile, maggio e giugno

2000 (premio di fr. 11.40 mensili) e ai premi dei mesi compresi fra aprile 2001 e luglio 2001 (premio di fr. 13.30 mensili).

Con riferimento alla fattura della XXX del 1° luglio 2002 di fr. 845.85 (cfr. doc. 6), occorre osservare che dalla documentazione agli atti, non risulta nessuna prova della presunta sospensione delle prestazioni dell'assicurazione complementare nel periodo compreso fra il 23 marzo e il 10 aprile 2002 invocata dalla Cassa malati Supra nella comunicazione del 26 luglio 2002 (cfr. doc. 04), per giustificare il rifiuto di rimborsare i medicinali prescritti dal medico e rientranti fra le prestazioni coperte dall'assicurazione complementare di cui beneficiavano gli assicurati.

Agli atti risulta infatti un'ingiunzione legale della Cassa malati Supra del 26 febbraio 2002 inviata a XXX tesa al pagamento dei premi per l'assicurazione complementare (LCA) relativi ai mesi compresi fra agosto e dicembre 2001, oltre spese di sollecito, ancora dovuti sia da lui, sia da sua moglie XXX (pari a fr. 225.95, cfr. doc. 8a), invitandolo ad effettuare detto versamento entro il 23 marzo 2002, pena la sospensione dei suoi obblighi contrattuali:

INGIUNZIONE LEGALE
LCA

Data d'emissione: 26 febbraio 2002
Estratto fatture scadute al 31 dicembre 2001
Questo modulo tiene conto dei vostri versamenti fino al 22 febbraio 2002
Importo da pagarci immediatamente
23 marzo 2002
N° bollettino: 02-00'000'388'416

Alla data di spedizione del presente avviso, l'importo indicato rappresentante il premio scaduto della(e) sua (sue) assicurazione(i) complementare(i) non ci è giunto. La scadenza del termine di pagamento le è probabilmente sfuggita. La preghiamo in conseguenza di voler saldare la somma dovuta alla scadenza summenzionata mediante la polizza di versamento qui unita. Le rammentiamo che se questa ingiunzione rimanesse senza effetto, i nostri obblighi al suo riguardo sarebbero sospesi a decorrere dell'espiazione del termine sopraccitato e fino al pagamento globale di quello che ci deve (art. 13 delle nostre Condizioni generali delle assicurazioni complementari).
Le auguriamo che tale contrarietà sarà evitata e la ringraziamo anticipatamente del suo pronto pagamento.
Se nel frattempo, ha effettuato il versamento corrispondente, la presente ingiunzione non ha più motivo di essere." (Doc. 8)

Gli assicurati non hanno dato seguito a tale ingiunzione. Ci si può chiedere se questa ingiunzione legale LCA emessa nei confronti dei coniugi XXX da parte di Supra, visto il mancato pagamento entro il termine fissato di quanto dovuto, rappresenti una diffida ai sensi dell'art. 20 LCA - e sarebbe quindi da considerare una diffida imperfetta, che non può esplicare effetti nei confronti degli assicurati, dato che la stessa non contiene tutti gli elementi propri di una vera e propria diffida - o se non sia neppure una vera diffida, vista la mancanza di alcuni elementi fondamentali della diffida.

La questione può comunque restare aperta, dato che, in entrambi i casi, le conseguenze nei confronti degli assicurati non cambiano: infatti sia che si tratti di una diffida imperfetta, sia che si tratti di una semplice ingiunzione che non può quindi costituire una diffida, non possono in ogni caso prodursi gli effetti propri della diffida e in particolare la sospensione degli obblighi assicurativi, motivo per il quale il contratto assicurativo fra le parti continua a restare in vigore.

Va infatti ricordato che, come stabilito dall'Alta Corte in una sentenza del 25 aprile 2002 nella causa G., pubblicata in DTF 128 III 186, una diffida per essere valida ed esplicare i suoi effetti nei confronti degli assicurati deve obbligatoriamente contenere tutti gli elementi citati - ovvero indicare un ultimo termine di quattordici giorni concesso dall'assicuratore per versare quanto dovuto e attirare l'attenzione dell'assicurato su tutte le conseguenze della mora, ossia la sospensione della copertura assicurativa da parte dell'assicuratore, così come il diritto per l'assicuratore di recedere dal contratto - dando in tal modo all'assicurato la possibilità di essere pienamente consapevole delle conseguenze cui va incontro omettendo di pagare quanto dovuto entro il termine assegnato.

L'ingiunzione legale LCA citata inviata ai coniugi XXX non indica chiaramente che viene concesso agli assicurati un ultimo termine legale di quattordici giorni (termine di grazia) per provvedere al pagamento degli importi scoperti; inoltre, essa indica una sola delle due possibili conseguenze del mancato pagamento di quanto dovuto entro il termine di grazia, vale a dire la sospensione delle prestazioni da parte dell'assicuratore, omettendo di segnalare agli assicurati la possibilità per l'assicuratore di recedere dal contratto.

Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.6.), se l'Assicuratore non notifica una diffida al debitore, il primo non può liberarsi dei suoi obblighi nel caso in cui si produca un nuovo evento e neppure può recedere dal contratto; l'assicurato, infatti, non si trova in mora per il solo fatto che il premio è scaduto, ma è necessario ancora che l'Assicuratore lo diffidi, informandolo in

modo esplicito e completo su tutte le conseguenze del ritardo nel caso in cui l'assicurato non adempia ai suoi obblighi nel termine concessogli, pena l'irregolarità della diffida; se, alla scadenza del termine legale, il debitore non ha ancora dato seguito al pagamento del premio, gli obblighi dell'Assicuratore vengono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA) e la sospensione dura fino al pagamento completo del premio, oltre accessori, a meno che un'intenzione diversa risulti dall'attitudine dell'Assicuratore.

La prima diffida "perfetta" contenente tutti gli elementi necessari a norma dell'art. 20 LCA risultante agli atti è una "Intimazione LCA", datata 15 luglio 2002, con la quale l'assicuratore malattia ha invitato XXX a versare, entro quattordici giorni, la somma ancora impagata di fr. 88.20, corrispondente ai premi LCA impagati dei mesi di maggio, giugno e luglio 2002 relativi a XXX (per un totale di fr. 39.90, cfr. doc. 10 a) e a XXX (per un totale di fr. 48.30, cfr. doc. 10b), pena la sospensione delle prestazioni complementari LCA:

INTIMAZIONE LCA

Data d'emissione: 15 luglio 2002
Estratto fatture scadute al 2 luglio 2002
Questo modulo tiene conto dei vostri versamenti fino
al 13 luglio 2002
Importo da pagarci immediatamente N° bollettino: 02-00'001'452'308

Il nostro servizio contabilità ci informa che non ha saldato, entro i termini stabiliti, i suoi premi di assicurazione, oppure, le partecipazioni alle spese mediche; pensiamo comunque che si tratta di una semplice dimenticanza. Di conseguenza, lei è sempre debitore dell'importo menzionato qui sotto. La invitiamo ad utilizzare la polizza di versamento in basso al presente documento onde poter saldare questa somma, e per questo la ringraziamo anticipatamente.

Richiamo delle disposizioni legali: Assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Attiriamo la sua attenzione sul fatto che in virtù della legge summenzionata e dell'intimazione che lei ha già ricevuto per un periodo d'assicurazione precedente, le assicurazioni complementari LCA, secondo conteggio allegato, saranno sospese fino a quando non avrà pagato i premi arretrati compresi interessi e spese. Se nel frattempo, il pagamento dei debiti per i periodi d'assicurazione precedenti è stato effettuato, le assicurazioni complementari LCA precitate saranno sospese **entro 14 giorni a partire dall'invio della presente**. In effetti, solo il pagamento entro il termine summenzionato della somma totale dovuta, compreso le spese, permetterà di evitare questa sanzione.

La informiamo, inoltre, che se il pagamento della somma dovuta non avverrà entro il termine, abbiamo la possibilità, oltre alla sospensione delle prestazioni, di annullare le assicurazioni complementari LCA." (Doc. 10)

Non avendo dato seguito alla diffida citata, l'assicuratore malattia ha quindi provveduto ad inviare a XXX, in data 13 agosto 2002 (cfr. doc. 14), la comunicazione relativa alla "Sospensione delle assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA)"; di conseguenza, in virtù del predetto art. 20 cpv. 3 LCA, gli obblighi della Cassa malati Y sono stati correttamente sospesi a decorrere dalla data di scadenza del termine di diffida (ovvero entro quattordici giorni a partire dal 15 luglio 2002 compreso). Il sopraggiungere di una situazione di ritardo nel pagamento dei premi non ha – come visto - per effetto la rescissione del contratto d'assicurazione, ma unicamente la sospensione della protezione assicurativa (HASENBOEHLER, op. cit., n. 78 ad art. 20 LCA, pag. 327; DTF 103 II 204, 208 = SVA XIV n. 32 pag. 150 = Pra 1977 pag. 478).

Di conseguenza, dato che l'assicuratore malattia non ha dimostrato che nel periodo relativo alla fattura in discussione la copertura complementare N. fosse sospesa nei confronti dei coniugi XXX - gli obblighi della Cassa malati Supra sono stati infatti sospesi a decorrere dal 28 luglio 2002 (vale a dire dalla data di scadenza del termine di diffida, cfr. doc. 10) - la fattura della XXX del 1° luglio 2002 di fr. 845.85 per medicinali rientranti, per stessa ammissione della Cassa malati Y, fra le prestazioni coperte dall'assicurazione complementare (cfr. doc. O4), deve essere posta a carico di Y.

A tal proposito va osservato che nello scritto inviato il 2 ottobre 2003 al TCA l'assicuratore malattia ha indicato, ai punti 19, 20 e 21, di avere rimborsato la fattura in questione al fornitore di prestazioni secondo il sistema del terzo pagante e che di conseguenza gli assicurati non possono più vantare nessuna pretesa nei confronti di Y (cfr. doc. XIV).

Nello scritto inviato agli assicurati in data 26 luglio 2002, tuttavia, la Cassa malati ha informato i coniugi XXX che Y avrebbe rimborsato direttamente alla XXX la fattura di fr. 845.85, essendo convenzionalmente obbligati a farlo, provvedendo successivamente a fatturare agli assicurati l'importo a loro carico di fr. 422.75 (cfr. doc. O4).

Rispondendo ad un'esplicita domanda del TCA volta ad accertare se effettivamente Y ha rimborsato alla XXX la fattura citata, fatturando poi agli assicurati l'importo di fr. 422.75,

- esoprotesi del seno
- noleggio di torce
- cuscini retrocapitali
- noleggio di sedie a rotelle
- protesi acustiche
- sedili per WC
- noleggio di letto elettrico
- cinture addominali
- noleggio d'elettrostimolatore per la rieducazione"
- toilettes sopraelevate
- parrucche
- modifiche di scarpe
- mentoniere
- protesi oculari
- sedili per vasche da bagno
- seggette
- ortesi di gambe

Di conseguenza, la fattura per protesi acustiche della ditta XXX di fr. 570.30, datata 22 maggio 2002 (cfr. doc. C10), per XXX deve essere presa a carico da parte della Cassa malati Y nella misura massima possibile di fr. 300.

Infine, per quanto concerne la fattura di fr. 100 della ditta "l'XXX" del 2 gennaio 2003 a favore di XXX (cfr. doc. H10), Y ha rilevato di non essere tenuta al pagamento della stessa, in quanto gli assicurati hanno inoltrato disdetta sia dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia dell'assicurazione complementare con effetto a partire dal 31 dicembre 2002 (cfr. doc. III).

Al riguardo, questo Tribunale rileva che la fattura relativa alla prestazione in questione è sì del 2 gennaio 2003 e quindi successiva alla disdetta del contratto, ma la prescrizione medica del Dr. Med. XXX, è del 2 dicembre 2002 e quindi anteriore alla disdetta del contratto d'assicurazione (cfr. doc. H11).

Al riguardo si segnala che il TFA in una sentenza del 24 ottobre 2002 nella causa W., K 43/02, pubblicata in RAMI 2003 pag. 14, relativa all'assicurazione sociale contro le malattie, ha stabilito che il vecchio assicuratore malattia deve per principio rimborsare i costi per i medicinali che sono stati prescritti da un medico sotto il suo regime e che continuano ad essere presi sotto il regime del nuovo assicuratore malattia.

Nel caso di specie, la Cassa malati Y non deve tuttavia riconoscere questa prestazione, rientrando fra quelle coperte dall'assicurazione complementare stipulata dagli assicurati, in quanto, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.8.), gli obblighi della Cassa malati Y sono stati sospesi a decorrere dal 28 luglio 2002 (cfr. doc. 10).

Una delle conseguenze della mora in cui si viene a trovare un assicurato che non ha effettuato per tempo il pagamento di un premio d'assicurazione complementare è, come rilevato in precedenza (cfr. consid. 2.6.), la sospensione degli obblighi dell'assicuratore. Pertanto, se un evento si produce dopo che il termine legale di diffida di quattordici giorni è trascorso

infruttuoso, l'assicuratore non ha più alcun obbligo giuridico nei confronti dell'assicurato.

In concreto, quindi, la fattura di fr. 100 della ditta "L'XXX" del 2 gennaio 2003, conseguente alla prescrizione medica del Dr. Med. XXX, del 2 dicembre 2002, riguarda una prestazione avvenuta in un periodo di sospensione degli obblighi assicurativi. Di conseguenza, la fattura della ditta "L'XXX" (cfr. doc. H10) non deve essere rimborsata da Supra.

- 2.10. 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

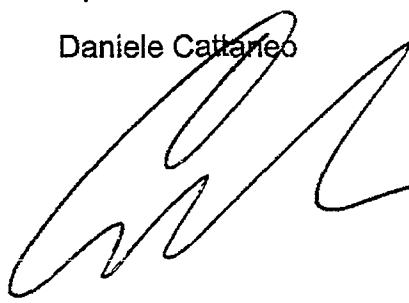
dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **parzialmente accolta** ai sensi dei considerandi.
 - 1.1. Di conseguenza, il contratto d'assicurazione complementare n. 523'169/02 concluso con la Cassa Malati Y da XXX e XXX esplica i suoi effetti per Y nel periodo antecedente il 28 luglio 2002. Pertanto, la fattura di fr. 422.75 della XXX del 1° luglio 2002 è a carico dell'Assicuratore malattia.
 - 1.2. La fattura per protesi acustiche "XXX", datata 22 maggio 2002, per XXX è a carico dell'Assicuratore malattia, relativamente all'importo massimo riconosciuto di fr. 300.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

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. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

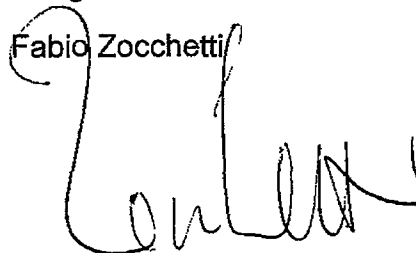
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

21 APR. 2004

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI