

Raccomandata



Incaro n.  
36.2004.14

Lugano  
16 giugno 2004

CS

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

## Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 27 gennaio 2004 di

**XXX**

contro

Y **Assicurazione Servizio giuridico,**

in materia di assicurazione contro le malattie

considerato che

- **XXX** è assicurato, per il tramite del proprio datore di lavoro, presso la Y per la perdita di guadagno in caso di malattia,
- con petizione del 27 gennaio 2004 l'interessato si è rivolto al TCA chiedendo il versamento di fr. 7'162 per il periodo 18.8.2003-30.11.2003, durante il quale era in malattia (doc. I),
- con risposta del 24 febbraio 2004 l'assicuratore ha accolto le richieste dell'attore ed ha versato un importo complessivo di fr. 7'247, superiore dunque rispetto a quanto richiesto con la petizione (doc. III),

- interpellato in merito al ritiro della petizione l'interessato ha deciso di mantenerla, ponendo una serie di domande:

"Chiedo pertanto a codesto lodevole tribunale di voler chiarire e decidere:

1. Chi versa le indennità
2. posso ricevere la distinta esatta da parte della Y
3. posso ricevere le indennità direttamente dalla Y e in caso negativo per quale motivo
4. perché viene calcolato il periodo di attesa di 14 giorni per due volte per la medesima malattia, senza interruzione di inabilità lavorativa?
5. perché la Y si è accanita contro di me quando i certificati medici e di inabilità lavorativa al momento della decisione erano già in loro possesso?
6. come dovrò comportarmi d'ora in avanti con la Y ,  
rispettivamente con il datore di lavoro?
7. Quanti e quali documenti dovrò regolarmente presentare?
8. Chiedo che mi vengano riconosciute le spese e che non mi vengano imposte tasse di giustizia
9. da ultimo chiedo che mi venga messo a disposizione il documento 7 (documentazione medica da parte del Dr. Bonetti) allegato alla risposta della Y ." (doc. V)

- in data 18 marzo 2004 l'assicuratore ha risposto alle domande (doc. VII),
- malgrado ciò, l'attore ha voluto mantenere la petizione (doc. IX),
- in ordine la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98),
- secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa,

- la LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita mentre le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA),
- 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,
- nel caso di specie l'assicurato beneficia dell'assicurazione contro la perdita di guadagno sottoposta alla LCA,
- in queste circostanze, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Heibing 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'interessato in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal,
- nel merito va rilevato preliminarmente che nella misura in cui la Cassa ha accolto le pretese dell'assicurato la petizione diviene priva di oggetto,
- l'attore vuole comunque mantenere la petizione al fine di delucidare 7 punti (cfr. doc. V),
- alle prime tre domande va risposto nel senso che le indennità sono versate dalla Cassa al datore di lavoro (stipulante), il quale paga le indennità contrattualmente previste al proprio lavoratore. La distinta, come le indennità, sono pertanto trasmesse allo stipulante (datore di lavoro). Spetta poi eventualmente al datore di lavoro, secondo le norme reggenti il contratto di lavoro, fornire le distinte al proprio lavoratore.  
Dai documenti forniti dallo stesso assicurato emerge che il datore di lavoro gli ha trasmesso, regolarmente, ogni mese, il conteggio del salario da cui risulta l'ammontare dell'indennità malattia (cfr. doc. B1, doc. B2, doc. B3, doc. B4, doc. B5, doc. B6). Per cui l'interessato ha ricevuto dal proprio datore di lavoro le informazioni inerenti l'ammontare delle indennità. Tanto che ha prodotto le ricevute dove viene indicato "io sottoscritto **XXX** dichiaro di aver ricevuto i seguenti rimborsi di indennità

gionaliere per malattia direttamente dall'impresa generale di costruzioni **XXX**" (doc. B7 per i mesi settembre e ottobre 2003, doc. B 10 per il mese di novembre 2003, doc. B 12 per il mese di gennaio 2004). Se questi conteggi, emessi dal datore di lavoro, non sono corretti, o comunque sono da contestare, questo TCA non è competente ad esprimersi in merito. Infatti le vertenze tra lavoratore e datore di lavoro non sono giudicate da questo Tribunale (cfr. art. 416 CPC). Non spetta pertanto al TCA decidere circa la correttezza dell'agire del datore di lavoro a proposito di asseriti errori nel calcolo delle indennità dovute,

- dalla polizza di assicurazione collettiva d'indennità giornaliera emerge che il prenditore dell'assicurazione è la società per la quale lavora l'assicurato (doc. 3).  
Dall'art. 7 delle condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA; ritardato pagamento del premio dello stipulante), risulta che debitore del premio è, in concreto, il datore di lavoro.  
Se il premio non viene pagato, malgrado un richiamo scritto, l'obbligo di versare prestazioni da parte dell'assicuratore è sospeso a partire dalla scadenza del termine indicato nel richiamo (cfr. art. 7.1 CGA).  
Il datore di lavoro, da parte sua è debitore del salario nei confronti del lavoratore secondo le norme del CO (cfr. art. 322 seg. CO), ed in particolare l'art. 324a CO giusta il quale se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come malattia, infortunio, adempimento d'un obbligo legale o d'una funzione pubblica, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi,
- nel caso di specie da una parte il datore di lavoro ha trasmesso all'assicurato i conteggi delle indennità per perdita di salario da lui versate (cfr. doc. B 1 seg.) e dall'altra la Cassa, in corso di causa, ha trasmesso la documentazione da cui emerge, per il periodo contestato, l'ammontare delle indennità versate (doc. 8, 15 e 16, nonché cfr. risposta di causa doc. V). L'attore, per quanto concerne il periodo litigioso è stato pertanto informato dell'ammontare delle indennità cui ha diritto,
- per quanto concerne il periodo di attesa, dagli atti, e meglio dai doc. 8, 15 e 16, emerge che l'assicuratore lo ha calcolato solo una volta dal 18.8.2003 al 31.8.2003, dopo di ché, da settembre 2003 a gennaio 2004, è stata versata l'intera prestazione,

- in particolare, inizialmente la Cassa aveva calcolato il periodo di attesa dal 15.12.2003 al 28.12.2003, avendo riconosciuto l'inabilità dell'attore solo dal 15.12.2003 (cfr. doc. 8),
- in seguito alla petizione dell'interessato che chiedeva il versamento delle indennità fino al 30.11.2003, l'assicuratore aveva ricalcolato il periodo di attesa, prendendo in considerazione un periodo di carenza dal 18.8.2003 al 31.8.2003 (doc. 8),
- infine, dopo lo scritto dell'assicurato con le sette domande (doc. V), la Cassa ha presentato al Tribunale il conteggio di cui al doc. 16, dal quale emerge da una parte che sono stati versati fr. 2'618 per il periodo 15.12.03-31.12.03, ossia fr. 154 di indennità giornaliera x 17 giorni e fr. 1'078 dal 1.12.2003 al 14.12.2003 (fr. 77 x 14, poiché inabile al 50%), e dall'altra che sono stati stornati fr. 264, corrispondenti al periodo 29.12.2003-31.12.2003 che precedentemente seguivano il periodo iniziale di attesa (doc. 16),
- ne segue che la Cassa ha calcolato correttamente le indennità dovute, che del resto sono superiori rispetto a quelle che l'attore chiedeva con la sua petizione,
- l'asserito accanimento della Cassa nei confronti dell'attore esula invece dalle competenze giuridiche di questo TCA, così come il futuro comportamento che l'assicurato dovrà tenere (cfr. domande 5, 6 e 7). All'interessato va tuttavia rammentato che gli incombe di trasmettere i certificati medici necessari all'evasione della pratica, tempestivamente, al medico fiduciario del proprio assicuratore (cfr. art. 9 CGA),
- in particolare la documentazione da presentare è stata descritta nella lettera del 18 marzo 2004 dell'assicuratore ed inoltre viene elencata nelle CGA applicabili in concreto: in particolare l'art. 9.3 CGA prevede che lo stipulante invia alla Cassa, entro 3 giorni dalla scadenza del differimento concordato, un attestato di incapacità lavorativa rilasciato dal medico curante. In caso di incapacità lavorativa prolungata, la persona assicurata ha l'obbligo di presentare ogni mese un certificato medico intermedio. Per l'art. 9.4 CGA (regole di comportamento dell'assicurato, dovere d'informare dello stipulante) in caso di una malattia che potrebbe comportare il pagamento di prestazioni, se necessario, l'assicurato deve farsi seguire medicalmente non appena possibile. La Cassa si riserva il diritto

di farlo visitare da un medico da essa incaricato o di inviargli un visitatore degli ammalati,

- va ancora abbondanzialmente rilevato che per l'art. 6 cpv. 2 lett. b OAVS non sono considerati reddito proveniente da un'attività lucrativa le prestazioni di assicurazione in caso di infortunio, malattia o invalidità, eccetto le indennità giornaliere giuste l'articolo 25ter della legge federale del 19 giugno 1959 su l'assicurazione per l'invalidità (LAI). La questione del pagamento degli oneri sociali, comunque, in assenza di una decisione formale su opposizione emanata dalla competente cassa di compensazione, non è oggetto del contendere,
- per quanto concerne la trasmissione del doc. 7, ossia di documentazione medica irrilevante ai fini dell'evasione della petizione visto che l'assicuratore ha versato quanto richiesto, questo TCA non ritiene necessario notificarlo all'attore, il quale, se vuole, può farne richiesta scritta al medico che ha compilato il referto,
- circa la richiesta dall'esenzione dal pagamento delle tasse di giustizia va rammentato che la procedura è gratuita (cfr. art. 20 LPTCA),
- a proposito delle ripetibili va invece ricordato che l'art. 22 LPTCA prevede che il ricorrente che vince la causa ha diritto nella misura stabilita dal giudice al rimborso delle spese processuali, dei disborse e delle spese di patrocinio (cpv. 1). L'importo delle ripetibili è determinato in relazione alla fattispecie ed alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso (cpv. 2),
- in concreto, per quanto concerne le indennità per perdita di guadagno l'assicurato ha ottenuto quanto richiesto, trasmettendo al TCA una petizione di tre pagine. Per il resto egli è soccombente,
- nel caso di specie pertanto non si giustifica un riconoscimento di ripetibili in favore dell'assicurato che ha esercitato i suoi diritti in un ambito dove al giudice è fatto obbligo di accertare d'ufficio i fatti e di applicare d'ufficio il diritto e che non ha prodotto sforzi particolarmente difficoltosi che lo hanno impedito nell'esercizio della sua attività abituale,
- 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,
- l'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG).  
L'art. 46 OG precisa che

"Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno."

- nel caso di specie, il valore litigioso è rappresentato dalle indennità di fr. 7'162 chieste dall'attore.  
Siccome tale importo è inferiore ai succitati fr. 8'000.-, non sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

- 1.- La petizione, nella misura in cui non è priva di oggetto, è **respinta**.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
il giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario

Gianluca Menghetti

