

**Il giudice delegato
del Tribunale cantonale delle assicurazioni**
Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 22 settembre 2004 postulata da

Y **Assicurazioni SA,**

contro

XXX, _____

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

considerato,

in fatto ed in diritto

1. **XXX**, cittadina svizzera nata nel 1939, moglie del dott. _____, è assicurata per l'anno 2004 presso la Y Assicurazioni SA dove detiene coperture complementari all'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. In particolare la signora **XXX** beneficia della copertura complementare per le cure ambulatoriali, per l'ospedalizzazione, per le cure durature stazionarie e della copertura definita "Komplementär II".

Il premio mensile complessivo per le assicurazioni complementari assomma a CHF 236,20, le coperture sono rette dalle condizioni generali d'assicurazione (CGA, edizione 2002) prodotte agli atti (doc. 2).

Siccome i premi riferiti al 1 semestre del 2004 non sono stati pagati l'assicurata è stata sollecitata dall'assicuratore con scritti 23 marzo 2004 (doc. 7) e 20 aprile 2004 (doc. 8). Il 14 giugno 2004 Y Assicurazioni SA ha chiesto al competente Ufficio

Esecuzione l'emanazione di un PE (VVVV) effettivamente emesso il 18 giugno successivo ed al quale l'assicurata ha interposto opposizione il 24 giugno 2004.

In data 2 agosto 2004 (come rilevabile dal doc. 11 prodotto dall'assicuratore) la signora **XXX** ha comunicato a Y l'avvenuto pagamento di CHF 500.— producendo la relativa ricevuta postale. Y ha comunque chiesto il versamento di CHF 1'472,95 e, visto il mancato pagamento, si è rivolta al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni per la condanna della signora **XXX** a tale versamento.

In particolare con petizione del 22 settembre 2004 Y indica un credito di CHF 1417,20, chiede il versamento delle spese amministrative e di CHF 25.- per spese di sollecito. L'assicuratore indica poi la scadenza del premio del primo semestre 2004 al 1 marzo 2004, il sollecito e l'ammonimento a pagare nonché il successivo PE con relativa opposizione Y rammenta il pagamento di CHF 500.- che ha però destinato al pagamento di "premi e partecipazioni arretrate dell'assicurazione obbligatoria".

2. **XXX** ha risposto con scritto del 3 novembre scorso con cui non ha contestato né l'importo dei premi dovuti, né la scadenza degli stessi e neppure le spese richieste dall'assicuratore e gli interessi. La signora **XXX** ha evidenziato di essere obbligata da sola a fronteggiare le spese della vita e della casa, chiedendo di "moderare le pretese di tempo" e, quindi, di aspettare o comunque dilatare nel tempo le pretese. La signora ha inoltre rilevato di non avere usufruito di prestazioni da parte dell'assicuratore e di meritarsi "un trattamento ben differente". In conclusione la signora **XXX** indica che "... i premi saranno pagati anche se in ritardo".
3. In diritto va rammentato come 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 R DAT 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).

4. 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). Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde una 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. Nel caso di specie l'assicurata beneficia di assicurazioni complementari sottoposte alla LCA e nell'ambito dell'interpretazione delle prestazioni da onorare da parte dell'assicuratore è nata la controversia in discussione. 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'interessato in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

5. Nel caso in esame la signora **XXX** ha aderito alla pretesa dell'assicuratore nella quasi totale interezza chiedendo esclusivamente di "moderare i tempi". Contrariamente alla

sentenza in re B. del 23 novembre 2004 (36.2004.115 nota all'assicuratore) in questo caso l'assicurata neppure ha chiesto la sospensione della procedura. Il riconoscimento totale dell'importo preteso dall'assicuratore e la sostanziale acquiescenza rendono superfluo ogni ulteriore esame della fattispecie quo all'importo preteso. Il merito della vertenza in discussione va comunque formalmente deciso con precisa pronuncia nel dispositivo e non invece con semplice stralcio (come apparentemente imporrebbe il CPC per il rimando della LPrTCA in questo senso sentenza 23 novembre 2004 in re A.L. 36.2004.145) poiché nel caso in esame sussiste la necessità di rigettare (o meno) l'opposizione interposta al PE 1046793.

Va ancora accennato all'avvenuto pagamento di una parte delle pretese dell'assicuratore prima dell'inoltro della petizione da parte di Visana. L'importo indicato è stato accreditato ad altro debito, circostanza questa che non è neppure posta in discussione dall'assicurata.

In effetti nell'ambito di pagamenti di debiti, e meglio nel sapere come imputare un pagamento dovuto rispettivamente ricevuto, di principio vale l'accordo delle parti, altrimenti si applicano gli art. 85-87 CO che fissano le regole relative all'imputazione di un pagamento parziale su un solo debito o il pagamento completo nei confronti di più debiti.

Giusta l'art. 86 CO chi ha più debiti verso la stessa persona ha diritto di dichiarare, all'atto del pagamento, quale sia il debito che intende soddisfare (cpv. 1). Ove tale dichiarazione non venga fatta, il pagamento si imputerà al debito indicato dal creditore nella sua quietanza, a meno che il debitore non faccia immediatamente opposizione (cpv. 2).

Per l'art. 87 CO ove non esista una valida dichiarazione circa il debito estinto né una designazione risulti dalla quietanza, il pagamento sarà imputato al debito scaduto, fra più debiti scaduti, a quello per cui prima si procedette contro il debitore, e se non si procedette, al debito scaduto prima (cpv. 1). Se i debiti sono scaduti contemporaneamente si farà una imputazione proporzionale (cpv. 2). Se poi nessuno dei debiti è scaduto, il pagamento sarà imputato a quello che presenta per il creditore minori garanzie (cpv. 3).

Nel caso che qui ci occupa tornano applicabili i succitati art. 86 e 87 CO poiché regolano le situazioni in cui sono presenti più debiti come desumibile dagli scritti dell'assicuratore. In queste circostanze, in mancanza di tempestiva dichiarazione del debitore, è il creditore che decide identificando il debito nella

ricevuta. In caso di silenzio, si applica l'art. 87 CO che fissa regole dettagliate.

Si ribadisce comunque che la questione non è contestata da parte dell'assicurata.

6. Nelle more della procedura la signora **XXX** ha versato la somma di CHF 1426,70 – pagamento del 12 novembre 2004 – mediante una cedola di versamento recante un preciso numero di riferimento e che, come rammenta Visana senza contestazione da parte dell'assicurata, risulta essere staccata dal sollecito di pagamento riferito ai premi LCA per il 2 semestre 2004 dovuti dalla signora **XXX**. Quindi rettamente la pretesa oggetto della petizione non è stata soluta.

7. Ne discende che la petizione va integralmente accolta. Non si percepiscono spese e tassa di giustizia, la procedura davanti al TCA è, infatti, di regola gratuita (cfr. art. 20 cpv. 1 LPTCA), e non si attribuiscono ripetibili alla luce dell'esito della vertenza e della difficoltà della stessa, come d'altra parte del rilievo che Visana ha operato da sola in causa propria senza particolare impegno temporale e dispendio.

L'art. 47 cpv. 4 LSA impone ai Tribunali Svizzeri di trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza sulle assicurazioni private (UFAP, Berna) 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 detto obbligo 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.

La presente è definitiva non essendo dati i presupposti del ricovero per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1.- La petizione 3 settembre 2004 formulata dalla Y Assicurazioni SA, Berna é **accolta**.

Di conseguenza:

- 1.1. **XXX**, Savosa, è condannata al pagamento alla Y Assicurazioni SA, Berna dell'importo di CHF 1'417.20 oltre interessi al 5% dal 1° marzo 2004 ed al pagamento di ulteriori CHF 175.- per spese.
- 1.2. E' rigettata, per gli importi di cui sub. 1.1. l'opposizione interposta al PE 1046793 del 18 giugno 2004.
- 2.- Non si prelevano tasse e spese e non si attribuiscono ripetibili.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

13 DIC. 2004

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI