

Raccomandata

Incarro n.

36.2006.146

Lugano

15 gennaio 2007

TB

In nome
della Repubblica e Cantone Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 24 luglio 2006 di

XXXX,

contro

Y Assicurazioni SA,

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Da un ventennio XXXX è assicurata contro le malattie presso l'assicuratore malattia Y sia per l'assicurazione sociale obbligatoria secondo la LAMal, sia per alcune assicurazioni complementari (nel 2006: Ambulatoriale II, Ospedale, Cura dentaria, Complementare II, Complemento per costi di guarigione in caso d'infortunio, Assicurazione capitale per infortunio in caso di decesso e d'invalidità nell'ambito dell'indennità giornaliera) (doc. 18).
- B. Il 10 marzo 2006 (doc. Al) l'assicurata ha trasmesso a Y il certificato del 2 marzo 2006 del dr. med. _____ chiedendo la garanzia dell'assunzione dei costi per due settimane di cure termali che il curante le ha prescritto per la

sindrome panvertebrale e l'impingement sotto-acromiale ad ambedue le spalle (doc. A1) preesistenti da tempo. L'interessata ha indicato che tale cura era già prevista per inizio aprile 2006.

- C. Con comunicazione del 24 marzo 2006 (doc. A2) Y ha concesso all'assicurata, per un trattamento di due settimane in una stazione di cura termale *in Svizzera*, la garanzia per prestazioni prese a carico dalla LAMaI (terapie mediche necessarie riconosciute secondo le tariffe vigenti) e dalla copertura complementare II (90%, al massimo Fr. 4'000.- all'anno, per forme terapeutiche riconosciute dall'assicuratore). L'assicuratore ha inoltre accluso la lista delle stazioni termali in Svizzera riconosciute (doc. 5).

Tre giorni dopo (doc. A3) XXXX ha trasmesso all'assicuratore un nuovo certificato del dr. med. , identico al precedente e sempre datato 2 marzo 2006, ma con la specifica aggiunta che la cura termale doveva avvenire ad visti gli ottimi risultati raggiunti in precedenza. L'assicurata ha quindi chiesto l'autorizzazione per recarsi in Italia avendo già prenotato dal 2 al 16 aprile 2006, senza contare che i costi di una tale cura in Svizzera sarebbero stati superiori.

- D. Con presa di posizione del 5 aprile 2006 (doc. A4) l'assicuratore si è così espresso:

"La Y ha deciso a partire da ottobre 2005 di non corrispondere più prestazioni volontarie per soggiorni di cura ad _____ e _____. Non mettiamo in dubbio il fatto che per la sua affezione sono indicati provvedimenti medici. Tuttavia i trattamenti devono essere effettuati in una stazione riconosciuta di cura termale in Svizzera, come le abbiamo comunicato con la nostra lettera del 24 marzo 2006. Pertanto non possiamo corrispondere contributi neppure per le terapie ad _____"

- E. Il 7 maggio 2006 (doc. A5) XXXX ha indicato di non essere mai stata informata dall'assicuratore che alcune stazioni termali estere non erano più riconosciute. Anzi, nel novembre 2005 l'ufficio di Lugano le avrebbe ancora garantito il riconoscimento del soggiorno ad _____, perciò Y deve sostenere il costo del soggiorno termale che, per impegni personali, non poteva essere rinviato nell'attesa della garanzia per l'Italia.

Y ha replicato il 31 maggio 2006 (doc. A7), ribadendo che la garanzia era stata data per un soggiorno di cura balneare in una stazione termale in Svizzera e che dato che questo tipo di

prestazioni all'estero non è oggetto di disposizioni legali né regolamentari, ha rinunciato a comunicare ai propri assicurati questo cambiamento di prassi.

- F. Con petizione del 24 luglio 2006 (doc. I) XXXX precisa che da anni, a causa dei dolori lombari, alle spalle ed alla cervicale, si recava *"con una certa regolarità sempre ed unicamente ad (1 cura ogni 1-2 anni) con eccellenti risultati."* Non essendo mai stata informata dell'intervenuto cambio di prassi, postula che Y le rimborsi la quota assicurata per il soggiorno e le cure, ammontante a Fr. 5'464,65 e chiede l'avallo per potersi recare anche in futuro ad .

L'assicuratore ha risposto il 15 agosto 2006 (doc. III) evidenziando che l'attrice è stata dal 2 al 16 aprile 2006 ad insieme al marito, il quale era stato personalmente avvertito, con comunicazione dell'11 novembre 2005 (doc. 3) — ribadita il 16 marzo 2006 (doc. 5) - che, da quel momento, non sarebbero più state riconosciute cure termali ad ma solo in Svizzera. Pertanto, all'attrice, che condivide la dimora con il marito e con il quale da anni si reca ad , non doveva sfuggire che dal 2006 Y riconosceva soltanto le stazioni di cura termale *in Svizzera*. Inoltre, la garanzia è stata rilasciata soltanto per cure in Svizzera, mentre l'assicurata si è ugualmente recata all'estero senza prima ottenerne un'altra specifica per questa destinazione.

L'assicuratore ha trasmesso al TCA il parere del suo medico fiduciario (doc. 17), mentre l'attrice ha contestato il riferimento al marito di cui esso si è avvalso, a motivo che la persona interessata era lei stessa, e non suo marito; e l'assicurata, in buona fede, sostiene di non aver mai ricevuto alcuna informazione concernente l'interruzione dell'assunzione dei costi di cure termali all'estero da parte della convenuta (doc. VII).

in diritto

in ordine

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi

dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

nel merito

2. Oggetto del contendere è sapere se l'attrice ha diritto di ottenere da Y il rimborso dell'importo di Fr. 5'464,65 relativo alle cure termali di cui ha beneficiato ad dal 2 al 16 aprile 2006, in funzione delle coperture complementari da lei sottoscritte.

Le Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) delle Assicurazioni malattie complementari (LCA), edizione 2005 (doc. 15), prevedono all'art. 8.1 che il ricovero in ospedale o in altro istituto e le cure devono essere annunciati a Y Assicurazioni SA al più tardi 14 giorni prima dell'ammissione, rispettivamente dell'inizio delle cure. Nei casi urgenti, al più tardi 14 giorni dopo l'ammissione. Entro 10 giorni Y Assicurazioni SA rilascia una garanzia di assunzione delle spese in base alla copertura dell'assicurazione. Se le condizioni complementari prevedono per l'obbligo di prestazione di Y Assicurazioni SA il rilascio anticipato di tale garanzia, su richiesta dell'assicurato, il pagamento delle prestazioni può essere rifiutato qualora mancasse la garanzia di assunzione delle spese.

Per l'art. 9.1 CGA, questi obblighi si riferiscono a prestazioni ricevute in Svizzera.

L'art. 2 delle Condizioni complementari (CC) dell'Assicurazione malattie complementari Ambulatoriale (doc. 14), valide dal 2004, elenca il catalogo delle prestazioni corrisposte dall'assicuratore, calcolate in base alle spese di trattamento non coperte dalla LAMal. Al capitolo "Eestero", per tutti i tipi di copertura, quindi anche per la categoria II scelta dall'attrice, figura che *"Non si corrispondono prestazioni se l'assicurato si reca all'estero con l'intento di farsi curare"*.

Fra le varie categorie di costi di guarigione assicurabili (A-E), le Condizioni complementari (CC) dell'assicurazione malattie complementare Ospedale (doc. 13), edizione 2002, includono le cure/trattamenti di malattie non acute (B). Per questi tipi di cure stazionarie (art. 4.1), le CC riconoscono prestazioni a condizione che ci sia un'indicazione medica e l'istituzione scelta sia appropriata allo scopo. Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria

delle cure medico-sanitarie. In ogni caso, l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

Giusta l'art. 5.1, in caso di degenza in uno stabilimento termale ammesso dall'assicurazione obbligatoria LAMal, Y rimborsa le tariffe giornaliere indicate quali contributi per il vitto e l'alloggio per la durata delle prestazioni definita di volta in volta, ma al massimo per 21 giorni per anno civile. Per la categoria "privato europa" di cui beneficia l'attrice, il rimborso ammonta a Fr. 100.- al giorno.

Per le cure termali (art. 6.1), le prestazioni vengono corrisposte quando la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure quando il trattamento ambulatoriale non è appropriato. Inoltre, è precisato che i contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura l'assicurato abbia inoltrato a Y Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e l'assicuratore malattia abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (cfr. art. 8.1 CGA).

L'art. 6.3 prevede che per cure all'estero non si corrispondono prestazioni.

Per sapere se l'assicuratore debba riconoscere all'attrice il rimborso dei costi derivanti dal soggiorno termale dal 2 al 16 aprile 2006 ad occorre interpretare queste norme.

3. Per costante giurisprudenza, al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (DTF 118 II 342 consid. 1 a pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la "vera e concorde volontà dei contraenti", se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art 18 cpv. 1 CO). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: DTF 129 III 118 consid. 2.5 pag. 122; DTF 126 III 119 consid. 2a pag. 120; DTF 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze

che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1 b; DTF 125 III 305 consid. 2b pag. 308). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari: dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (DTF 128 III 212 consid. 2b/bb pag. 215, consid. 3c pag. 221; DTF 127 III 444 consid. 1b; Christine Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444: l'interprétation d'un texte clair, in: SJ 2002 I pag. 155). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 in fine LCA ne è un'espressione (DTF 115 II 264 consid. 5a pag. 269). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; DTF 118 II 342 consid. 1 a pag. 344).

4. Le norme, così come espresse, appaiono chiare nell'espressione, utilizzano termini semplici ed usuali, non sono ambigue e non si prestano a molteplici interpretazioni.

Quale regola generale, sia le CGA (art. 8.1) sia le Condizioni speciali attinenti alle coperture scelte dall'attrice (art. 6.1 CC Ospedale), prevedono che per poter pretendere dall'assicuratore malattia il rimborso di prestazioni in caso di cura, occorre che, al più tardi 14 giorni *prima* dell'inizio dei trattamenti, l'assicurato annunci a Y questa cura ed ottenga da essa il rilascio *anticipato* della garanzia di assunzione delle spese — come nel caso espressamente disciplinato dalla copertura complementare Ospedale di cui beneficia l'attrice (art. 6.1 CC) —, pena il rifiuto da parte dell'assicuratore dell'assunzione del pagamento delle prestazioni richieste.

Inoltre, le stesse disposizioni particolari relative alle cure termali contemplano, come visto, che le prestazioni sono corrisposte dall'assicuratore soltanto quando la cura è stata preceduta da un

trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure quando il trattamento ambulatoriale non è appropriato, a condizione tuttavia che *prima* dell'inizio della cura l'assicurato abbia inoltrato a Y Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e l'assicuratore malattia abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (art. 6.1).

Per quanto concerne il caso concreto, agli atti non v'è traccia se l'assicurata abbia seguito, prima del soggiorno di cura ad _____, un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato.

Ritenute comunque le motivazioni addotte dal medico curante riguardo ai presunti benefici tratti dall'attrice ad _____, senza che occorra qui pronunciarsi sul parere negativo espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore circa le proprietà curative della fangoterapia (doc. 17) offerta all'assicurata in questa località termale, si può ammettere che, verosimilmente, un trattamento ambulatoriale non sarebbe comunque stato appropriato. Si aprivano pertanto le porte per il riconoscimento, a favore dell'assicurata, della necessità di una cura termale. L'adempimento di questa prima condizione può dunque essere concesso.

La stessa conclusione potrebbe essere tratta anche per il secondo elemento, cumulativo, della necessità della trasmissione all'assicuratore malattia di una prescrizione medica relativa alle cure termali ad _____. Si veda, infatti, il secondo certificato del dr. med. _____, datato 2 marzo 2006, ma allestito in seconda battuta soltanto a seguito della precisazione di Y di riconoscere i costi di cure termali in stabilimenti *in Svizzera* (doc. A3).

Non altrettanto pacifica è la questione della garanzia che l'assicuratore doveva conseguentemente rilasciare all'attrice. Il momento determinante della sua richiesta rispettivamente della sua ricezione dipende dal tipo di copertura assicurativa complementare scelta e dalla circostanza per la quale questa garanzia viene chiesta. Infatti, la regola generale procedurale da seguire comporta che l'assicurato debba annunciare a Y la cura al *più tardi 14 giorni prima del suo inizio* e che l'assicuratore debba decidere *entro dieci giorni* se rilasciare o rifiutare la garanzia dell'assunzione dei costi. Il rispetto di questi termini permette al richiedente di conoscere la posizione dell'assicuratore ancora *prima* di iniziare la cura e di potersi quindi regolare di conseguenza.

L'unica eccezione al rispetto di questi termini è data quando c'è un'urgenza, circostanza che non concerne comunque il caso in discussione.

Resta dunque da esaminare la natura e la tempistica con cui questa garanzia è stata richiesta rispettivamente ricevuta dall'attrice.

5. Il primo certificato del 2 marzo 2006 redatto dall'ortopedico dr. med. e spedito il 10 seguente (doc. A1) da)XXXX alla parte convenuta per l'ottenimento della garanzia, indica semplicemente che *"la paziente a margine necessita di due settimane di cure termali"*. L'attrice ha comunicato che questa cura era già prevista per inizio aprile 2006.

Su questa base, la risposta del 24 marzo 2006 (doc. A2) dell'assicuratore specifica in ingresso che *"Purtroppo il suo medico curante non ha indicato in quale località deve essere effettuato il soggiorno. In nostro servizio medico fiduciario ritiene che non sia adempiuta la condizione relativa all'indicazione medica per una cura termale da ripetere annualmente. In base ai documenti a disposizione le possiamo garantire le seguenti prestazioni per un trattamento di due settimane in una stazione di cura termale in Svizzera:"* (la sottolineatura è della redattrice), allegando la lista delle stazioni termali riconosciute.

Non soddisfatta della presa di posizione del suo assicuratore, il 27 marzo 2006 (doc. A3) l'attrice ha ritrasmesso il precedente certificato medico, questa volta con l'aggiunta che *"Avendo già effettuato cure ad _____, sempre con ottimi risultati, visto che il tipo di argilla termale è di notevole rilevanza per questo genere di trattamento, consiglio alla paziente di recarsi ad _____ per la cura da me prescritta, inizio aprile 2006."*

Senza attendere la conferma di controparte dell'assunzione dei costi che sarebbero sorti in Italia, l'assicurata vi si è recata dal 2 al 16 aprile 2006.

Il successivo 5 aprile (doc. A4) è poi giunto il rifiuto della presa a carico da parte di Y dei costi di soggiorno di cura termale ad e, più in generale, in altre tre località estere.

Se, dunque, la prima richiesta di garanzia è stata correttamente sottoposta all'assicuratore almeno due settimane prima dell'inizio della cura, non è possibile affermare lo stesso per la seconda domanda di garanzia inviata per raccomandata il 27 marzo 2006 e giunta al competente servizio tre giorni dopo (doc. 7), quindi appena due giorni prima della partenza per la località termale.

Una tempestiva presa di posizione della convenuta era pertanto improbabile.

Partendo quindi *senza* aver ottenuto l'espressa autorizzazione di Y per potersi recare all'estero per cure termali, l'attrice ha manifestamente violato gli obblighi previsti dalle CGA e dalle Condizioni complementari, e meglio dal summenzionato art. 8.1 CGA in connessione con l'art. 6.1 CC Ospedale.

L'assicurata ha infatti assunto un comportamento negligente, perciò deve sopportare il rischio corso, ossia addossarsi il pagamento delle prestazioni che le è stato rifiutato dall'assicuratore, in piena facoltà, in virtù del citato art. 8.1 CGA. E ciò, indipendentemente dalla circostanza che essa aveva già prenotato l'albergo ed avrebbe dovuto pagare una penale in caso di annullamento (doc. A3).

A ben vedere, XXXX è stata negligente anche nel non specificare sin da subito all'assicuratore dove intendeva effettuare queste cure termali. Dal momento che, come ha sostenuto, negli anni scorsi si è sempre appositamente recata all'estero a tale scopo, un'immediata comunicazione alla convenuta di queste sue intenzioni anche per il 2006 le avrebbe permesso di sapere, prima della partenza, che controparte non avrebbe più assunto i costi derivanti da queste cure all'estero e quindi di valutare se disdire o no la sua prenotazione.

Già solo per la violazione di questi suoi obblighi (art. 8.1 CGA e 6.1 CC Ospedale), la petizione dell'attrice non può essere accolta.

6. Ma vi è di più.

L'art. 6.3 CC Ospedale prevede espressamente che per cure all'estero *non* si corrispondono prestazioni. Questa esclusione concerne le cure ed i trattamenti di malattie non acute dispensati in stabilimenti di cura per tossicomani, in comunità terapeutiche, per cure termali e cure di convalescenza (art. 5.1 CC Ospedale). Questa esclusione, di per sé, traspare anche già dal solo art. 5.1, laddove gli stabilimenti di cura per tossicomani devono risultare nella pianificazione ospedaliera cantonale; le comunità terapeutiche riconosciute sono quelle con l'autorizzazione cantonale ad esercitare, mentre *gli stabilimenti termali devono essere ammessi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie*; infine, le cure di convalescenza devono avvenire in specifiche case di cure riconosciute dall'assicuratore. Alla luce di queste specificazioni, è evidente che soltanto le cure dispensate in istituti presenti *in Svizzera*, che sottostanno

essenzialmente alla LAMal, possono essere rimborsate dall'assicuratore.

Non è controverso che lo stabilimento di cura italiano in questione non rientra in questa cerchia riconosciuta da Y.

Va ancora osservato che anche il citato art. 2 delle Condizioni complementari per l'assicurazione Ambulatoriale nega un riconoscimento dei costi all'assicurato che si reca appositamente all'estero con l'intento di farsi curare.

E questa circostanza si è certamente realizzata nella fattispecie, non essendoci stata, a non averne dubbio, alcuna urgenza nel farsi curare all'estero. Questo soggiorno era stato ampiamente pianificato dall'attrice, tanto che si è fatta accompagnare dal marito, anch'egli bisognoso delle medesime cure.

Dall'analisi di tutte le coperture assicurative di cui beneficiava l'attrice nel 2006 si deduce che la presa a carico, in precedenza, da parte di Y dei costi di cure termali effettuate all'estero avveniva *pro bono*, ovvero spontaneamente. Non è infatti emersa una sola disposizione che contempra l'assunzione dei costi derivanti da cure termali dispensate al di fuori del territorio svizzero da parte della convenuta. Anzi; questa particolare situazione è stata espressamente scartata dall'assicuratore (art. 6.3 CC Ospedale ed art. 2 CC Ambulatoriale).

Sulla base di queste disposizioni, la petizione si rivela infondata.

7. L'attrice ritiene infine che il comportamento assunto dall'assicuratore, ossia di negare all'improvviso il riconoscimento di cure termali all'estero, costituisca un illecito cambio di prassi che, conseguentemente, violi la sua buona fede, non essendone stata tempestivamente avvisata.

Come evidenziato in precedenza, è vero che da alcuni anni l'assicurata si recava ad una volta ogni 1-2 anni per effettuare delle cure termali e che in queste evenienze controparte si è sempre assunta, *spontaneamente*, le spese che ne derivavano.

Ora, per quanto concerne la presente fattispecie, l'attrice ha *personalmente* saputo del rifiuto in questo senso da parte di Y soltanto il 24 marzo 2006. In quella circostanza, come visto, l'assicuratore ha precisato che l'attrice non aveva specificato la località in cui intendeva soggiornare, ma che le avrebbe comunque garantito un trattamento di due settimane in una stazione di cura termale in Svizzera (conformemente a

quanto previsto, come visto, dalle Condizioni delle diverse coperture complementari da essa scelte).

A quel momento, l'attrice poteva e doveva riconoscere che la convenuta si sarebbe assunta soltanto i costi di un trattamento termale su territorio svizzero. Poco importa se l'assicurata non è stata preventivamente (prima del 2006) avvisata a questo proposito mediante una circolare generale o ad essa espressamente indirizzata, come la stessa pretende. Trattandosi di un riconoscimento volontario da parte dell'assicuratore, quest'ultimo non era peraltro tenuto ad avvisare i suoi assicurati circa questa modifica di prassi mediante circolari o modificando le Condizioni specifiche d'assicurazione, proprio perché queste stesse Condizioni (generali e complementari) *non* prevedono affatto, come detto, questa particolare assunzione di costi.

La comunicazione del 24 marzo 2006 era dunque chiara e perfettamente intelligibile da parte dell'attrice, la quale poteva e doveva riconoscere che l'assicuratore non intendeva più derogare al contratto chiuso per quanto concerne la presa a carico di costi derivanti da cure termali effettuate in alcune località estere. In caso di dubbio, l'interessata era ancora in tempo per pretendere dei chiarimenti scritti da parte di Y.

Altrimenti, l'attrice avrebbe potuto e dovuto adeguarsi di conseguenza, per esempio era ancora in tempo per non partire per l'estero, vista la mancata presa a carico dei relativi costi da parte dell'assicuratore.

Da quanto precede discende che lo scritto del 24 marzo 2006 è sufficiente chiaro per *non* ammettere le tesi giuridiche dell'attrice.

Oltre a questo stato di cose, non va dimenticato che sebbene l'interessata contesti il richiamo fatto dall'assicuratore della documentazione concernente la pratica del marito, a titolo abbondanziale questo Tribunale rileva che non si può comunque ignorare che i coniugi andassero (sempre) insieme ad . Pertanto, la moglie non poteva rimanere indifferente al fatto che al marito, che disponeva sostanzialmente delle medesime coperture complementari, sia l'11 novembre 2005 (doc. 3) sia il 16 marzo 2006 (doc. 5) — quindi mentre l'attrice attendeva la risposta alla sua prima domanda (del 10 marzo 2006) di garanzia — sia stato comunicato che *"a partire da subito non verranno più corrisposte prestazioni facoltative per i soggiorni di cura ad*

. Eventuali prestazioni per cure termali vengono ancora fornite dalla Y solo se i trattamenti vengono

effettuati in un impianto termale riconosciuto in Svizzera." (doc. 3) e che "A partire dal 1° gennaio 2006 le eventuali prestazioni per cure termali saranno corrisposte unicamente per soggiorni di cura in Svizzera. Lei ha la facoltà di scegliere tra gli stabilimenti di cura termale riconosciuti e situati in Svizzera, in allegato le inviamo una lista degli stabilimenti di cura termale svizzeri riconosciuti." (doc. 5).

Se è vero che l'attrice non è stata avvisata personalmente dalla convenuta nel novembre 2005 — come il marito, che ne aveva fatta espressa richiesta — sull'esigenza di rispetto delle condizioni contrattuali, è altrettanto vero che la presa di posizione del 24 marzo 2006 dell'assicuratore, va ribadito, era chiara: il rimborso delle cure termali avveniva solo se esse erano effettuate in Svizzera, eccetto — lasciava intuire questo scritto — il soggiorno in alcune località estere, fra le quali *non* figura comunque quella scelta dall'interessata.

La petizione deve dunque essere respinta.

8. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a Fr. 30'000.-. Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento

dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, BERNARD CORBOZ, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa di rimborso di Fr. 5'464,65 formulata dall'attrice.

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

In queste circostanze, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 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; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **respinta**.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione.
L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Nelle cause di carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta almeno a:

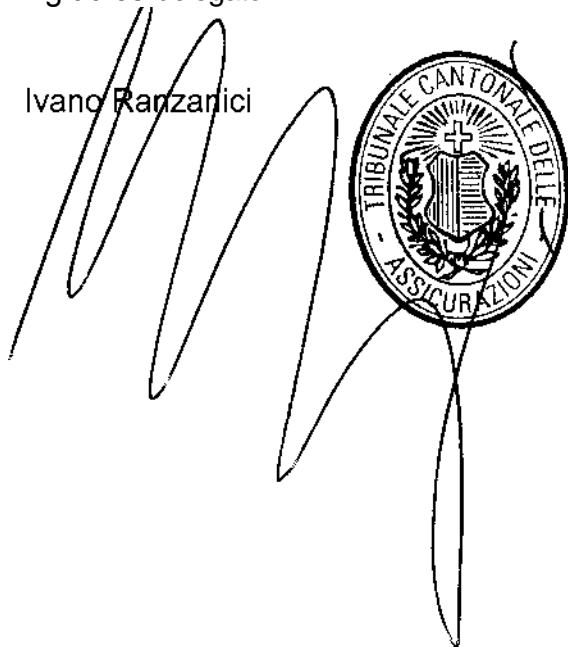
- a. Fr. 15'000.- nelle controversie in materia di diritto del lavoro e di locazione;
- b. Fr. 30'000.- in tutti gli altri casi.

Quando il valore litigioso non raggiunge l'importo determinante secondo il punto precedente, il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale.

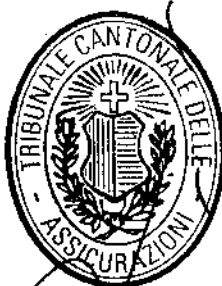
Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile, contro la presente decisione è ammesso il ricorso sussidiario in materia costituzionale al Tribunale federale entro il termine di trenta' giorni dalla notificazione.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

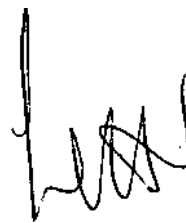
Ivano Ranzarici



A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping loops and a long vertical tail.



Il segretario
Fabio Zocchetti



A handwritten signature in black ink, appearing as a series of connected, somewhat irregular strokes.

Si veda, nota 1.

INTIMAZIONE

16 GEN. 2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI