

Raccomandata

ti

Incarico n.

36.2006.227

Lugano

15 febbraio 2007

CS

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 21 novembre 2006 di

XXXX,

contro

Y Assicurazioni SA,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- A. XXXX, nato nel 1957, era assicurato contro la perdita di guadagno in caso di malattia presso la Y Assicurazioni SA per il tramite del suo ex datore di lavoro, la

L'interessato ha percepito le indennità giornaliere dal 28 gennaio 2004 al 26 gennaio 2006.

Con decisione del 12 maggio 2006 XXXX è stato messo al beneficio di una rendita d'invalidità al 100% e di due rendite per i figli per il periodo dal 1. gennaio 2005 al 31 marzo 2006, per un importo complessivo di fr. 58'050 (doc. C). Dal 1. aprile 2006 la rendita è stata ridotta al 70% (diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita).

Il 3 aprile 2006 Y ha trasmesso a XXXX il conteggio della sovrassicurazione per il periodo durante il quale i due assicuratori dovevano versare le prestazioni contemporaneamente. In particolare l'assicuratore ha chiesto, ed ottenuto, dall'AZ il versamento delle rendite dovute all'assicurato dal 1.1.2005 al 26.1.2006 (fr. 49'747.— a fronte di un importo complessivo di fr. 58'050).

- B. Con petizione del 21 novembre 2006 XXXX ha chiesto al TCA di condannare Y al pagamento di un importo di fr. 9'907. Egli ritiene infatti che la convenuta sia obbligata, sulla base del contratto e degli art. 62, 72 oppure 96 LCA, di riconoscergli anche le spese causate dalla malattia, in parte sottoforma di perdita delle sovvenzioni versate dall'ex-datore di lavoro per pagare l'assicurazione di base (LAMaI) ed in parte per i trattamenti e le cure non assunte dall'assicurazione di base e/o complementare nonché altri costi imputabili alla malattia e non coperti altrimenti (doc. I).
- C. Tramite risposta del 6 dicembre 2006 l'assicuratore propone la reiezione dell'impugnativa con argomentazioni che saranno riprese, laddove necessario, in corso di motivazione (doc. III).
- D. Pendente causa le parti hanno ribadito le loro posizioni (doc. V-X).

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 organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00) e 2 cpv. 1 LPTCA.
2. Secondo quanto disposto dall'art. 1 cpv. 1 LAMaI l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMaI si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art.

12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale, la LCAMal all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà, per analogia, la Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA).

In concreto, la causa concerne una vertenza relativa ad un contratto di indennità giornaliera in caso di malattia retto dalla LCA, ossia un ambito di competenza del TCA.

nel merito

3. L'attore chiede che l'assicuratore sia condannato al pagamento di un importo di fr. 9'907 a titolo di riparazione del danno causato dalla malattia iniziata il 28 gennaio 2004, *"in parte addebitati alla perdita dei contributi assicurativi (parte integrante del salario secondo contratto di lavoro vigente ad inizio inabilità lavorativa) ed in parte da ascrivere ad altri costi dovuti alla malattia non coperti altrimenti"* (doc. I).

Egli sostiene in particolare che nel salario vanno computati anche i contributi che il suo ex-datore di lavoro versava mensilmente per il pagamento del premio dell'assicurazione malattie di base e che devono essere presi in considerazione i costi di malattia nel frattempo assunti personalmente fino all'esaurimento del diritto alle indennità giornaliera.

A questo proposito l'attore fa valere di essere stato assicurato nell'ambito di un'assicurazione privata collettiva. Sulla base della DTF 104 II 44 l'assicurazione collettiva è un'assicurazione contro i danni. Per cui in applicazione degli art. 62 e 72 LCA rivendica un importo di fr. 9'907 pari al danno complessivo al 26 gennaio 2006.

L'assicurato chiede, nel caso in cui invece il Tribunale concludesse per la presenza di un'assicurazione di somma, che

il caso sia esaminato alla luce dell'art. 96 LCA e di conseguenza, dalla data del licenziamento (31.10.2004), dovrebbe essergli concesso il libero passaggio nell'assicurazione individuale con premio a suo carico ma senza sovraindennizzo.

Con osservazioni 15 dicembre 2006 l'attore, facendo riferimento a Condizioni generali d'assicurazione (CGA) più vecchie, sostiene che il danno complessivo ammonta a fr. 49'797 (doc. V).

4. L'attore contesta, perlomeno implicitamente, l'utilizzo delle CGA edizione 2002 di tipo A e sostiene che le CGA di tipo B, in vigore precedentemente, sono più vantaggiose e vanno applicate al caso di specie.

Sennonché, come emerge dagli atti, queste ultime CGA non possono trovare applicazione in concreto.

Da una parte infatti, lo stesso attore ammette che dal 1.4.1999 la Y ha modificato il Regolamento del personale e le CGA applicabili, che è stato tempestivamente informato di questa circostanza e che non ne ha contestato l'entrata in vigore (*"da parte mia non mi sono preoccupato di chiarire se fossero effettivamente 730 giorni (indice di CGA tipo A, ossia senza prolungamento delle prestazioni nel caso di somme ricevute dall'AZ quale sovraindennizzo per il periodo di versamento contemporaneo dell'indennità giornaliera Y e gli arretrati della rendita AI) oppure 720 giorni (indice di CGA tipo B, ossia più "sociali" ed a favore dell'assicurato per rapporto al tipo A). E' chiaro che avrei dovuto informarmi al riguardo."*; cfr. doc. V, pag. 2).

D'altra parte sempre lo stesso attore ammette di aver ricevuto comunicazione dalla Cassa che *"in base ai miglioramenti che i cambiamenti comportano, partiamo dalla supposizione del vostro accordo. In caso contrario vi preghiamo di rivolgervi per iscritto al Servizio del Personale."* (doc. V).

L'assicurato afferma tuttavia che in buona fede, credendo che le nuove CGA fossero migliori delle precedenti, non ha approfondito la questione e non ha contestato la loro entrata in vigore.

Ritenuto che l'interessato era *"capogruppo del reparto indennità giornaliera grado di funzione 4"* di un importante assicuratore e che pertanto non poteva sfuggirgli l'importanza di una modifica delle CGA di cui era stato informato, l'attore non può ora far

valere di non aver prestato sufficiente attenzione al comunicato del suo datore di lavoro e sostenere l'inapplicabilità delle nuove CGA.

L'informazione è infatti stata data (cfr. ammissioni dell'attore nel suo scritto di cui al doc. V) e dunque l'interessato doveva essere al corrente delle nuove condizioni assicurative.

5. Per l'art. 23 lett. a prima frase CGA 2002 tipo A applicabili in concreto, la Y Assicurazioni SA corrisponde l'indennità giornaliera convenuta per la durata dell'incapacità lavorativa attestata dal medico o dal chiropratico, al più presto comunque a partire dalla decorrenza del periodo di differimento stabilito dal contratto.

A norma dell'art. 23 lett. e CGA in caso di prestazioni di terzi (assicuratori statali o altre obbligatorie, come l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni [LAINF], l'assicurazione federale militare [LAM], l'assicurazione federale contro l'invalidità [AI], la previdenza professionale [LPP], terzi responsabili o istituti assicurativi esteri corrispondenti), le indennità giornaliere vengono determinate in maniera che insieme a queste prestazioni corrispondano al tasso percentuale convenuto per contratto della perdita di guadagno. I giorni in cui si percepiscono indennità parziali in seguito a riduzione per percezione di prestazioni di terzi, valgono come giorni pieni nel calcolo della durata delle prestazioni. Le precedenti disposizioni di questa lettera e) non valgono se l'indennità giornaliera è assicurata in franchi o somme fisse di salario (assicurazione di somme).

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 (STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2; DTF 118 I 1342 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; STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2). 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: STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 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; 125 III 305 consid. 2b). 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 (STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). 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 LCA ne è un'espressione (STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). 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; 11811 consid. 1 a).

6. Dal chiaro tenore delle CGA di tipo A emerge che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione che copre la perdita del salario in caso di malattia. Se altri assicuratori versano prestazioni, la Cassa è debitrice unicamente della differenza tra l'importo dovuto e l'ammontare complessivo versato dagli altri assicuratori.

Il contratto non prevede invece l'intervento dell'assicuratore per coprire i costi di altre prestazioni (quali ad esempio i costi di un ricovero).

In concreto la Cassa ha calcolato in fr. 245.95 al giorno l'ammontare dell'indennità di perdita di guadagno cui ha diritto l'assicurato. L'attore non contesta questo importo ed anzi, in due occasioni (doc. V e IX), ne conferma l'esattezza (cfr. doc. V:

"concordo con la calcolazione eseguita dal mio ex-Datore di lavoro per quanto attiene sia le basi di calcolo sia per quanto attiene all'ammontare dell'indennità giornaliera pari a CHF 245.95/giorno (allegato A)"; e cfr. doc. IX: "L'esattezza dei calcoli eseguiti dalla Spettabile di , non è mai stata né messa in dubbio né contestata dal sottoscritto. Anzi, totalmente condivisa. Questo per l'ottenimento dei CHF 245.95/giorno").

In queste condizioni va respinta la richiesta della convenuta di richiamare l'estratto conto individuale AVS dell'assicurato per calcolare l'indennità giornaliera. Infatti le parti concordano che la prestazione giornaliera dovuta dalla Cassa ammonta a fr. 245.95.

Il 3 aprile 2006 l'assicuratore ha scritto all'attore informandolo dettagliatamente del calcolo di sovrassicurazione, effettuato nel seguente modo (doc. D):

Perdita di guadagno LCA 1.1.2005-26.1.2006:

fr. 245.95 X 391 = 96'166.45

Rendita AI (fr. 3'870 al mese)
(fr. 3'870 X 12 : 365 = 127.20 al giorno)

1.1.2005 - 31.12.2005 (3'870 X 12)	=	46'440.00
1.1.2006 - 26.12.2006 (127.20 X 26)	=	3'307.20
Totale:		<u>49'747.20</u>

Totale Perdita di guadagno + Rendita AI: 145'913.65

Ammontare del sovraindennizzo: 49'747.20

L'attore non contesta il calcolo effettuato, ma ritiene che l'assicuratore debba versargli un importo di fr. 9'607, così composto (doc. F, l'attore ha poi rinunciato alla franchigia e alla partecipazione ai costi del 2004):

fr. 6'088 per *"perte des subventions Y octroyées selon les conditions d'emploi (période 01.01.2005/31.12.2005)";*

fr. 3'408 quali *"franchises 2004 (fr. 600) + 2005 (fr. 1'500) + part. aux coûts 2004/2005";*

fr. 511 di "frais dentaires 21.12.2005 (cures dues à un contrôle avec remplacement d'amalgame en prévision d'une nouvelle coronographie");

fr. 1'200 quali "frais Dr. Med. _____, pour thérapie complémentaire Pas remboursée par le Centre des prestations Y _____" (doc. F).

L'assicuratore ha rifiutato il pagamento di questi costi, poiché non rientrano nell'ambito della perdita di guadagno assicurata, trattandosi di un'assicurazione di danno e non di somma.

L'attore, con riferimento agli art. 62, 72 e 96 LCA, e alla giurisprudenza pubblicata in DTF 104 II 44, sostiene invece di aver diritto anche a questi importi (eccetto la franchigia 2004 di fr. 600 e la partecipazione ai costi di fr. 700 cui l'attore ha rinunciato; cfr. doc. I).

7. Per l'art. 62 LCA il valore di risarcimento dev'essere calcolato sulla base del valore che l'interesse assicurato aveva al momento in cui accadde il sinistro.

A norma dell'art. 72 cpv. 1 LCA il credito spettante all'avente diritto verso terzi per atti illeciti passa all'assicuratore fino a concorrenza dell'indennità da lui pagata. Per l'art. 72 cpv. 2 LCA l'avente diritto è responsabile di ogni atto che pregiudichi questo diritto dell'assicuratore.

Giusta l'art. 72 cpv. 3 LCA la disposizione del primo capoverso di questo articolo non si applica al caso in cui il danno sia dovuto a colpa lieve di una persona che convive coll'avente diritto o de' cui atti questi è responsabile.

L'art. 96 LCA prevede che nell'assicurazione delle persone i diritti verso terzi spettanti per effetto del sinistro all'avente diritto non passano all'assicuratore.

8. Secondo dottrina e giurisprudenza è data un'assicurazione di danno se le parti hanno convenuto che la perdita di guadagno è un presupposto per l'assegnazione delle prestazioni.

L'assicurazione di somma invece permette l'assegnazione di prestazioni indipendentemente dal fatto che l'evento assicurato abbia causato un danno in senso giuridico (HonselNogt/Schnyder, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basilea 2001, p. 9ss N 29ss e giurisprudenza citata).

Circa le assicurazioni indennità giornaliera sottoposte alla LAMal occorre rilevare che l'assicurazione d'indennità giornaliera persegue lo scopo di risarcire la perdita di guadagno intervenuta in seguito a malattia, infortunio o maternità (cfr. art. 72 cpv. 1 seconda frase LAMal; Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998, p. 196 N 357; STFA del 19 ottobre 2000 nella causa G, K 188/98; STFA del 2 marzo 2000 nella causa N. consid. 2a; DTF 126 V 495; 501).

Secondo dottrina (Eugster, Krankenversicherung, op. cit., p. 196) e giurisprudenza (RAMI 1998 p. 420, 422) l'assicurazione indennità giornaliera della LAMal è inoltre unicamente concepita come un'assicurazione per perdita di guadagno ("eine reine Erwerbsausfallversicherung" RAMI 1998 p. 421 consid. 2a; gli stessi principi valevano in ambito LAMI SVR 1998 KV No. 4 p. 9 e giurisprudenza citata). Ciò non esclude tuttavia che, nel contratto di assicurazione, vengano indicati quali rischi assicurati altri danni provocati dalla malattia (RAMI 1998 p. 421).

Per quanto concerne le assicurazioni sottoposte alla LCA, il TF, circa l'assicurazione contro la perdita di salario, ha affermato che un'assicurazione diretta a compensare la perdita effettiva di salario è un'assicurazione contro i danni e non un'assicurazione di somma e, come tale, è pertanto soggetta al principio indennitario secondo cui l'assicurazione non deve procurare un profitto all'avente diritto ma deve limitarsi a compensare il danno economico derivantegli dalla realizzazione del rischio (DTF 104 II 44; B. Viret, Droit des assurances privées, pag. 149 seg).

9. In concreto dall'art. 29 CGA prima frase emerge che se il contratto non prevede altrimenti, vale come base per il calcolo dell'indennità giornaliera il salario determinante secondo la legge federale sull'AVS fino all'importo massimo stabilito dal contratto.

Dal tenore del citato disposto risulta chiaramente che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione di danno e non di somma. Trattandosi di un'assicurazione di danno non trova applicazione l'invocato art. 96 LCA, ma solo gli art. 62 LCA, norma imperativa (cfr. art. 97 cpv. 1 LCA) e 72 LCA.

Ora, come emerge dalla DTF 104 II 44 se un assicuratore s'impegna a regolare un danno derivante da una lesione personale, si è in presenza di un'assicurazione contro i danni ed è data la surrogazione fino a concorrenza dell'indennità pagata, conformemente all'art. 72 LCA; un'assicurazione diretta a

compensare la perdita effettiva di salario è un'assicurazione contro i danni (consid. 4).

Quindi, dev'essere dimostrata una perdita di guadagno effettiva, in quanto presupposto necessario per l'assegnazione delle indennità giornaliere.

In concreto, come visto, la perdita di guadagno giornaliera ammonta a fr. 245.95 (doc. V e IX).

Per cui, le altre prestazioni fatte valere dall'assicurato (in particolare le spese mediche, la franchigia e partecipazione ai costi 2005 nonché la perdita delle sovvenzioni per il pagamento del premio LAMaI) non sono a carico dell'assicuratore, dovendo essere corrisposte solo se previste dal contratto, ciò che in concreto non è il caso. Il contratto collettivo infatti non prevede il pagamento di ulteriori prestazioni oltre a quelle derivanti dalla perdita del salario soggetto ad AVS e il cui ammontare di fr. 245.95 è stato confermato dallo stesso attore.

In particolare, per quanto concerne il contributo dell'ex-datore di lavoro al pagamento dei premi dell'assicurazione di base, va evidenziato come per l'art. 8 lett. b OAVS non sono compresi nel salario determinante (soggetto ad AVS) i contributi versati dal datore di lavoro all'assicuratore malattia ed infortunio dei loro salariati nella misura in cui tutti i salariati fruiscono dello stesso trattamento (cfr. all. G, tutti i dipendenti sono trattati allo stesso modo). Inoltre dai documenti prodotti dall'assicuratore emerge che l'importo soggetto ad AVS, e determinante per il calcolo dell'indennità perdita di guadagno, è quello preso in considerazione per il calcolo dell'indennità giornaliera di fr. 245.95 (non contestato dall'attore), ossia il salario senza il contributo per il pagamento dell'assicurazione di base (doc. 3 e seguenti).

In queste condizioni, a ragione, l'assicuratore ha chiesto la somma pagata in troppo direttamente all'Assicurazione invalidità. All'attore non è dovuto più nulla. La petizione va di conseguenza respinta.

Va infine evidenziato come le critiche formulate dall'attore al datore di lavoro per il momento ed i modi scelti per il licenziamento, oltre ad esulare dall'oggetto del litigio (diritto ad indennità giornaliera), vanno (o andavano) semmai fatte valere

nell'ambito di una causa di diritto del lavoro contro l'ex-datore di lavoro e non contro l'assicuratore.

10. Con ¹¹¹⁰ 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.).

Infine, l'art. 119 LTF prevede la possibilità di inoltrare un ricorso ordinario simultaneo. Al riguardo il cpv. 1 della norma stabilisce che "la parte che intende impugnare una decisione sia con un ricorso ordinario sia con un ricorso in materia costituzionale deve presentare entrambi i ricorsi con una sola e medesima istanza (cpv. 1). Il Tribunale federale tratta i due ricorsi nella stessa procedura (cpv. 2) ed esamina le diverse censure secondo le disposizioni applicabili ai due diversi tipi di ricorso."

In concreto, con la petizione l'attore chiede la condanna della convenuta al pagamento di un importo di fr. 9'907. Tuttavia l'interessato fa valere l'art. 96 LCA affermando che nel caso di una sua applicazione non vi sarebbe sovraindennizzo alcuno e avrebbe diritto alle indennità giornaliere piene, ossia fr. 49'797. Anche con osservazioni del 15 dicembre 2006 l'interessato accenna ad un danno di fr. 49'797.

In queste condizioni, trattandosi di una causa di carattere pecuniario, 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).

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:

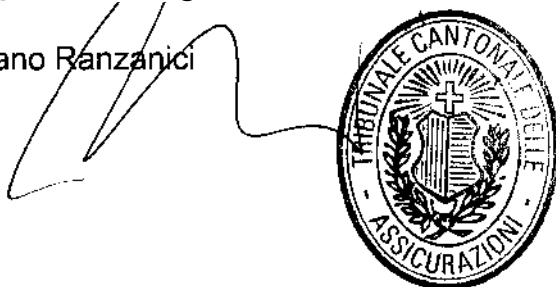
- a. Fr. 15'000.- nelle controversie in materia di diritto del lavoro e di locazione;
- b. Fr. 30'000.- in tutti gli altri casi.

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 Tribuna - cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



gretano

Gianluca Menghetti

INTIMAZIONE

19 FEB. 2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI