

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: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 3 novembre 2006 di

XXX

contro

Y Versicherungen AG,

rappr. da: Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- A. **XXX**, nato nel **YYY**, era assicurato, fino al 31.12.2003, per l'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie presso **YYY**, dove beneficiava pure di alcune assicurazioni complementari (T, S, H, C, U).

Nel 2003, nel corso di un viaggio in **XXX**, gli è stato diagnosticato un tumore maligno alla prostata. Dopo diversi colloqui telefonici con l'assicurato, la Cassa malati si è rifiutata di assumersi i costi dell'intervento di "brachytherapia" a cui **XXX** intendeva sottoporsi in Svizzera, poiché questo tipo di operazione è esclusa dall'elenco delle cure ammesse dalla LAMaI secondo l'OPre.

La terapia è stata comunque eseguita dal 1.7.2003 al 3.7.2003 per un costo totale di fr. 18'000.--.

Dopo un ulteriore scambio di corrispondenza l'assicuratore ha confermato il rifiuto di assumersi i costi della cura tramite decisione formale del 12 gennaio 2004, confermata con decisione su opposizione del 29 ottobre 2004.

- B. Con ricorso del 2 dicembre 2004 **XXX**, rappresentato dall'avv. XXX, è insorto al TCA contro la decisione su opposizione. Con sentenza del 9 agosto 2005 (inc. 36.2004.173), cresciuta in giudicato, il TCA ha respinto il ricorso con motivazioni note alle parti.
- C. Con "*istanza*" del 3 novembre 2006 alla Pretura di **XXX**, trasmessa per competenza al TCA in data 10 gennaio 2007, l'attore, sempre rappresentato dall'avv. XXX, per la medesima fattispecie, chiede che la Cassa sia condannata al pagamento di fr. 6'000, oltre interessi al 5% dal 15 gennaio 2005 (doc. I). L'interessato sostiene che nel corso delle trattative prima dell'inoltro della vertenza presso il TCA la convenuta avrebbe assicurato di assumersi la presa a carico dell'intervento fino ad un ammontare di fr. 6'000.
- D. Tramite risposta del 19 gennaio 2007 l'assicuratore propone di respingere la petizione in quanto l'importo non è dovuto e comunque è prescritto (doc. V).

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 a 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 LAMal 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 a prestazioni derivanti da contratti d'assicurazione complementare retti dalla LCA, ossia un ambito di competenza del TCA. Per cui a giusta ragione con ordinanza e decreto del 10 gennaio 2007 il Pretore di XXX ha trasmesso l'incarto al TCA per competenza (doc. II).

nel merito

3. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'assicuratore si è impegnato, tramite un presunto riconoscimento di debito, a versare all'attore fr. 6'000.

Non più contestata è la questione a sapere se la terapia cui è stato sottoposto l'attore è prevista dalla LAMal (cfr. STCA del 9 agosto 2005, inc. 36.2004.173, cui si rinvia conformemente alla giurisprudenza federale: cfr. STF del 10 novembre 2006, 1 P/716.2006 e del 26 giugno 2006, 1P 255/2006).

4. Con scritto 29 ottobre 2004 l'assicuratore si è rivolto all'attore, affermando:

(••)

Zwischen YYY und Ihnen ist strittig, welche Aussagen zur damals bevorstehenden Brachytherapie gemacht worden ist. Unter anderem haben die abgehörten Telefongespräche zwischen Ihnen und der Notrufzentrale der Medicall ergeben, dass die Brachytherapie mit keinem Wort erwähnt wurde, sondern es darum ging, ob es sich um

einen Notfall handelte oder nicht. Richtig ist, dass man in XXX von drei verschiedenen Eingriffen gesprochen hatte. Das längere Telefongespräch zwischen Frau L, welche zwischenzeitlich nicht mehr bei **YYY** arbeitet, und Ihnen wurde nicht aufgezeichnet, da dieses direkt zwischen **YYY** und Ihrem Hotel erfolgte. Die uns vorliegenden Unterlagen halten jedoch fest, dass ihnen Leistungen aus der Zusatzversicherung H von Fr. 1'500.— pro Tag angeboten wurden, jedoch nicht die vollständige Zahlung der Operation.

Aufgrund der Unterlagen kann der Inhalt des nicht aufgenommenen Gespräches nicht mehr eruiert werden. Unter Würdigung der gesamten Umstände und um die Angelegenheit zu einer gütlichen Einigung zu bringen erklärt sich **YYY** mit folgender Lösung zur definitiven Beendigung der Geltendmachung der Ansprüche von Ihnen gegenüber **YYY** einverstanden:

1. **YYY** überweist Ihnen kulanterweise den Pauschalbetrag von

CHF 6'000 (sechstausend Schweizer Franken)

per Saldo aller Ansprüche aus der Streitigkeit betreffend Brachytherapie, jedoch ohne Anerkennung einer Rechtspflicht.

Wir bitten Sie um Mitteilung, auf welches Konto der vorstehend genannte Betrag zu überweisen ist, wenn Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind. Ansonsten verweisen wir Sie auf den direkten Klageweg." (doc. 2)

Con scritto del 29 novembre 2004 l'assicuratore si è nuovamente rivolto all'attore affermando:

*In der Zwischenzeit sind uns sämtliche aufgezeichneten Gespräche zwischen Ihnen und **YYY** resp. Medical zugestellt worden. Diese haben wir nochmals selbst abgehört, um jegliche Missverständnisse aus dem Weg zu räumen, zumal Sie weiterhin die Ansicht vertreten, dass Ihnen die Kostenübernahme der Brachytherapie zugesichert worden sei.*

Aufgrund des Inhaltes dieser Gespräche müssen wir weiterhin daran festhalten, dass wir lediglich aus der Zusatzversicherung H Fr. 6'000.- erbringen können.

(...)

*Abgesehen vom Telefonat Nr. 10, in welchem die Frage der Kostendeckung kurz erwähnt, unserer Meinung nach aber nicht erteilt wurde für die Brachytherapie, hatten Sie zusätzlich am 30. Mai 2003 ein weiteres Gespräch mit unserem Herrn XXX, der Ihnen unmissverständlich mitteilte, dass **YYY** aus der Grundversicherung für die Behandlung in der Schweiz keine Kosten übernehmen werde, jedoch kulanterweise Fr. 6'000.- aus der Zusatzversicherung H, obwohl die Behandlung in der Schweiz erfolgen würde. Diese Auffassung teilte Herr XXX nochmals mit mail vom 30. Mai 2004 mit, d.h. vor dem Eingriff in der Schweiz. Erst nach diesem Telefonat, d. h. am 2. Juli 2003, haben Sie sich*

trotz Nichterteilung der Kostengutsprache der Brachytherapie unterzogen.

Aufgrund dieser Sachlage halten wir weiterhin daran fest, dass wir lediglich aus der Zusatzversicherung H kulanterweise Fr.6'000 übernehmen werden, — jedoch nicht die restlichen Kosten der Brachytherapie.

Wir bedauern, keinen besseren Bescheid geben zu können. Sollten Sie weiterhin mit dieser Entscheid nicht einverstanden sein, verweisen wir Sie direkt an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in Winterthur." (doc. WW, sottolineatura del redattore)

Il 4 gennaio 2005 l'attore ha scritto alla Cassa affermando:

Contrariamente a quanto viene indicato in detto allegato, mi permetto di giez far rilevare che la proposta di versamento di un importo di fr. 6'000.--, sulla base delle coperture integrative cui beneficia il mio cliente, presentata con vostro scritto 29.10.04, è stata confermata, ma ancora maggiormente quale vostro irrevocabile riconoscimento di debito, con il vostro successivo scritto 29.11.04, decisione che beninteso non è stata contestata dall'assicurato, considerato che riguarda la liquidazione del caso limitatamente nell'ambito delle coperture integrative.

Faccio presente che al momento dell'inoltro del ricorso la parte ricorrente non aveva nemmeno ancora ricevuto e preso conoscenza del vostro scritto 29.11.04.

Ne consegue che per il caso che ci occupa la vostra assicurazione è fin d'ora tenuta a versare almeno l'importo già riconosciuto di fr. 6'000.-- (v. annessaolizza per versamento sul mio conto clienti entro il 15 gennaio 2005)

Nel caso in cui, a seguito della procedura ricorsuale, verrà riconosciuto l'obbligo da parte vostra di pagamento delle cure mediche, dall'importo da voi dovuto sarà se del caso ridotto l'importo di fr. 6'000.-- da voi già riconosciuto." (doc. 77)

Il 20 gennaio 2005 l'assicuratore ha affermato:

" Circa la sua richiesta di corresponsione dell'importo di CHF 6'000.-- rilevo che trattasi di un chiaro riconoscimento di debito condizionale. Più precisamente, l'importo in narrativa sarebbe stato corrisposto a condizione che il suo cliente avesse accettato il rifiuto formale di prestazioni.

Questo — attraverso l'inoltro del ricorso — non è successo.

Ovvio, dunque che con il procedere scelto siano venuti meno i presupposti alla base della proposta di YYY (in questo senso, mi sembra che l'uso nello scritto 29 ottobre 2004 della qualifica "kulanterweise" non sia certo casuale ma esprima la premessa di fondo sulla quale poggia l'offerta di YYY).

A questo punto intravedo le due seguenti possibilità e cioè, da un lato, contestualmente al ritiro del ricorso da parte del suo assistito

YYY corrisponde comunque l'importo da lei sollecitato; dall'altro, attendere l'esito giudiziario della vicenda." (doc. Ai)

5. In concreto la questione verte sull'interpretazione degli scritti del 29 ottobre 2004 e del 29 novembre 2004 (doc. RR e doc. WW). L'assicuratore sostiene di aver riconosciuto un importo di fr. 6'000.-- a condizione che l'attore non contestasse in giudizio la decisione su opposizione del 29 ottobre 2004 tramite la quale ha negato l'assunzione dei costi dell'intervento effettuato in Svizzera a carico della LAMal.
L'attore ritiene invece che l'accordo concerne unicamente l'assicurazione privata.
6. Per l'art. 17 CO (capo primo: delle obbligazioni derivanti da contratto; causa dell'obbligazione), il riconoscimento di debito è valido quantunque non sia espressa la causa dell'obbligazione.

Il riconoscimento di debito constatato mediante scrittura privata consiste nel riconoscimento di un'obbligazione in relazione ad una somma di denaro determinata o facilmente determinabile. Il riconoscimento di debito può essere dedotto anche da un insieme di documenti a condizione che da essi risultino gli elementi necessari (DTF 106 III 97, consid. 3; DTF 122 III 125; DTF 132 III 480 consid. 4: „*Eine Schuldanerkennung im Sinn von Art. 82 Abs. 1 SchKG liegt vor, wenn daraus der vorbehalts- und bedingungslose Wille des Betreibenden hervorgeht, dem Betreibenden eine bestimmte oder leicht bestimmbare Geldsumme zu zahlen*”).

In concreto il 29 ottobre 2004 l'assicuratore ha riconosciuto, nei confronti dell'attore, di essere debitore di un importo di fr. 6'000 (doc. RR e WW). Malgrado le perplessità della convenuta, va infatti evidenziato come in data 20 gennaio 2005 la stessa Cassa ha rilevato che *"circa la sua richiesta di corresponsione dell'importo di CHF 6'000.-- rilevo che trattasi di un chiaro riconoscimento di debito condizionale"* (doc. AI).

Il debito è stato nuovamente riconosciuto il 29 novembre 2004, questa volta senza più alcuna condizione (doc. WW: *"Aufgrund dieser Sachlage halten wir weiterhin daran fest, dass wir lediglich aus der Zusatzversicherung H kulanterweise Fr. 6'000 übernehmen werden, jedoch nicht die restlichen Kosten der Brachytherapie."*).

Va esaminato se il riconoscimento di debito concerne unicamente l'assicurazione privata oppure se va inteso nel

sensu che comprende anche le prestazioni derivanti dall'assicurazione sociale.

7. Dovendosi determinare il contenuto di un contratto il giudice deve 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 sensu 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 sensu 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; 118 II consid. 1 a).
8. La convenuta ritiene che l'accordo concerneva anche le prestazioni derivanti dall'assicurazione sociale.

L'interpretazione della Cassa viene smentita dal contenuto della lettera del 29 novembre 2004 tramite la quale l'assicuratore ha concluso affermando che *"Aufgrund dieser Sachlage halten wir weiterhin daran fest, dass wir lediglich aus der Zusatzversicherung H kulanterweise Fr. 6'000.-- übernehmen werden, jedoch nicht die restlichen Kosten der Brachytherapie."* (doc. WW, sottolineatura del redattore).

L'assicuratore, come del resto nel primo scritto del 29 ottobre 2004, fa riferimento all'assicurazione complementare. Nel medesimo scritto rileva che già in precedenza (30 maggio 2003) un funzionario della Cassa gli aveva promesso *"kulanterweise Fr. 6'000.-- aus der Zusatzversicherung H, obwohl die Behandlung in der Schweiz erfolgen würde"*. (Ciò che poi, è successo. L'attore è infatti stato degente dal 1.7.2003 al 3.7.2003 in una clinica svizzera.)

Ciò viene confermato dalla circostanza che lo stesso giorno (29 ottobre 2004), l'assicuratore ha emanato la decisione su opposizione in ambito di assicurazioni sociali tramite la quale ha rifiutato l'assunzione delle cure in Svizzera a carico della LAMaI.

Ora, nel caso in cui la Cassa avesse voluto conglobare nella proposta di transazione anche le prestazioni derivanti dall'assicurazione sociale, avrebbe dovuto emanare una decisione formale in tal senso. Infatti, l'art. 50 cpv. 1 LPGa prevede che le controversie nell'ambito delle assicurazioni sociali possono essere composte con transazione. Per l'art. 50 cpv. 2 LPGa l'assicuratore è tenuto a comunicare la transazione sotto forma di decisione impugnabile. Per il cpv. 3 i capoversi 1 e 2 sono applicabili per analogia alla procedura di opposizione e nella procedura di ricorso.

Kieser, in ATSG Kommentar, Basilea, Ginevra, Zurigo, 2003, a pag. 503 (n. 5 ad art. 50), rammenta che già prima dell'entrata in vigore della LPGa nell'ambito delle assicurazioni sociali le transazioni, laddove erano possibili, dovevano figurare in una decisione (cfr. anche pag. 505, n. 11 ad art. 50: *"Art. 50 Abs. 2 A TSG sieht vor, dass der Vergleich in Form einer anfechtbaren Verfügung eröffnet wird. Damit nimmt der Gesetzgeber die bisherige Rechtsprechung auf, welche festhielt, dass der Versicherungsträger über einen geschlossenen Vergleich eine Verfügung zu erlassen hat (vgl. BGE 104 V 165)."*).

In concreto l'assicuratore non ha emanato una decisione di transazione impugnabile in ambito di assicurazioni sociali. Infatti l'attore, il 2 dicembre 2004, aveva inoltrato al TCA un ricorso contro la decisione su opposizione del 29 ottobre 2004 che negava l'assunzione dei costi dell'intervento di Brachytherapia in Svizzera (inc. 36.2004.173; cfr. decisione su opposizione del 29 ottobre 2004 che nega ogni prestazione derivante dalla LAMaI).

L'assicuratore si è pertanto impegnato, solo per quanto riguarda le assicurazioni complementari, a versare all'attore un importo forfetario di fr. 6'000, bonalmente, se questi avesse rinunciato a far valere le prestazioni innanzi ad un Tribunale. Ciò è avvenuto, nella misura in cui l'interessato non ha presentato una petizione tendente al riconoscimento del costo complessivo dell'intervento ma si è limitato, in un altro ambito, quello delle assicurazioni sociali, a proporre ricorso di diritto amministrativo.

Dal chiaro tenore dello scritto del 29 novembre 2004 non emerge un legame tra il prospettato versamento di fr. 6'000 a saldo di ogni pretesa derivante dall'assicurazione privata e l'assenza di contestazione in ambito di assicurazione sociale.

Va qui abbondanzialmente rilevato che con il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore la LAMaI che ha portato ad una cesura completa tra l'assicurazione sociale, retta dal diritto pubblico, e l'assicurazione privata, retta dalla LCA. Questo nuovo sistema ha portato ad una modifica radicale del diritto applicabile all'assicurazione malattie e ad una sempre più forte separazione tra i due ambiti assicurativi. E' invano che l'assicuratore tenta ora di mischiare e sovrapporre le due questioni che sono, e devono, restare separate.

Inoltre, sempre abbondanzialmente, va rilevato come nello scritto del 29 ottobre 2004 l'assicuratore, nel caso di rifiuto della transazione, rinvia alla "*direkten Klageweg*" (doc. 2). Allo stesso modo nella decisione su opposizione afferma che „*allfällige Ansprüche aus Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag/VVG direkt auf dem Klageweg geltend zu machen sind*". La stessa Cassa ha pertanto operato una netta distinzione tra l'assicurazione sociale e l'assicurazione complementare.

9. L'assicuratore fa valere che la richiesta di pagamento sarebbe comunque prescritta in applicazione dell'art. 46 LCA, senza tuttavia fornire ulteriori precisazioni.

Poiché le condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni integrative di malattia (AIM) non prevedono norme particolari circa la prescrizione, in concreto trova applicazione la LCA.

A questo proposito l'art. 46 LCA stabilisce che:

"Art. 46

1 I 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.

2 Sono 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. Carré, in *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319, ricorda:

"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, applicable au contrat, y déroge (CI 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 1592, RBA X n° 49; ATF 60 II 445 all., JdT 1935 I 208, rés. S11935 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

10. In concreto l'attore è stato degente presso la Clinica XXX di XXX dal 1.7.2003 al 3.7.2003 (doc. 26/3).

L'istanza, datata 3 novembre 2006, è pervenuta alla Pretura di XXX il 6 novembre 2006 (doc. I) e trasmessa al TCA il 10 gennaio 2007 (doc. II).

A norma dell'art. 139 CO se l'azione o l'eccezione furono respinte per incompetenza del giudice adito, o per un vizio rimediabile, o come intempestivamente proposte, e il termine di prescrizione sia nel frattempo decorso è accordato un nuovo termine di sessanta giorni per promuovere l'azione.

Per l'art. 1 a cpv. 2 LPTCA l'atto di ricorso indirizzato ad un'autorità non competente è trasmesso d'ufficio al Tribunale cantonale delle assicurazioni. In tal caso è determinante la data di deposito presso la prima autorità. Per l'art. 1 cpv. 3 ultima frase LPTCA, in ambito di assicurazioni complementari, la procedura, applicata in analogia, è quella prevista per i ricorsi.

Per cui la data determinante è quella di notifica della petizione alla Pretura.

L'interessato avrebbe dovuto inoltrare la petizione entro i due anni dalla degenza.

Tuttavia, per l'art. 135 CO la prescrizione è interrotta mediante riconoscimento del debito da parte del debitore, in specie mediante il pagamento di interessi o di acconti e la dazione di pegni o fideiussioni (cifra 1), oppure mediante atti di esecuzione, azione od eccezione aventi un giudice od un arbitro, e così pure mediante insinuazione nel fallimento o citazione avanti l'ufficio di conciliazione.

Coll'interruzione incomincia a decorrere una nuova prescrizione (art. 137 cpv. 1 CO).

In concreto, come visto in precedenza, con scritto del 29 novembre 2004 (ed in precedenza, condizionalmente, il 29 ottobre 2004), entro il termine di due anni previsto dall'art. 46 LCA, l'assicuratore ha riconosciuto il proprio debito nei confronti dell'attore.

La prescrizione è pertanto stata validamente interrotta ed un nuovo termine ha iniziato a decorrere. L'istanza del 3 novembre 2006 è di conseguenza tempestiva, giacché presentata entro il termine di due anni.

La petizione va pertanto accolta.

La Cassa è condannata a versare all'attore un importo di fr. 6'000 oltre interessi al 5% dal 15 gennaio 2005 (cfr. doc. EE, nonché art. 102. cpv. 2 CO).

11. 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 CHF 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 versamento formulata dall'attore di Fr. 6'000.-. Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono quindi 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).

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 **accolta**.
YYY, XXX, è condannata a versare a XXX, XXX, l'importo di fr. 6'000.-- oltre interessi al 5% dal 15 gennaio 2005.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. **YYY** verserà a XXX fr. 1'500.-- (IVA inclusa) a titolo di ripetibili.

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:

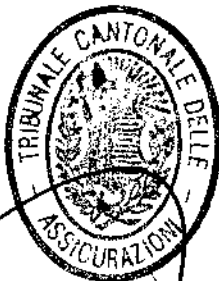
- a. Fr. 15'000.- nelle controversie in materia di diritto del lavoro e di locazione;
- b. Fr. 30'000.- in tutti gli altri casi.

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.

4. 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 Ranzanici



Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

66IU.2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI