

Incarto n.  
36.2010.90

Lugano  
21 marzo 2011

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 21 luglio 2010 di

**XXX**

contro

**Groupe Mutuel Assurances GMA SA**, 1920 Martigny  
rappr. da: Mutuel Assurances, 1920 Martigny

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- A. **XXX**, nata nel 1969, è affiliata presso Mutuel Assurances per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (doc. 1).

Dal 19 maggio 2009 al 16 giugno 2009 l'interessata si è sottoposta a trattamenti contro l'infertilità presso l'Ospedale Regionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. A5).

In seguito ad uno scambio di corrispondenza con il Dr. med. \_\_\_\_\_, il 22 settembre 2009 l'assicuratore ha informato **XXX** che non avrebbe rimborsato una fattura di fr. 4'000 dell'Ospedale Regionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per prestazioni eseguite il 6 luglio

2009, trattandosi di costi per una fecondazione in vitro (FIVETE) non a carico dell'assicurazione obbligatoria (doc. 8).

Dopo aver effettuato ulteriori accertamenti l'assicuratore, il 24 settembre 2009, ha inoltre chiesto all'\_\_\_\_\_ il rimborso di prestazioni già pagate per fr. 428.40 poiché, essendo in relazione con il medesimo trattamento, erano state erroneamente conteggiate (doc. 9).

- B. Il 23 marzo 2010 Mutuel Assurances, dopo aver preso atto di una visita di **XXX** presso il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH ginecologia e ostetricia, ha interpellato lo specialista (doc. 10). Con risposta del 20 aprile 2010 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato la presenza di una sterilità secondaria su fattore meccanico e cervicale ed ha indicato: *“inizio del trattamento presso il mio studio in febbraio 2010, è stato fatto un ciclo di fecondazione in vitro con prelievo di ovociti l'8 marzo 2010 e transfer embrionale il 10 marzo 2010. L'FSH al secondo giorno del ciclo era nella norma e risale al mese di Gennaio 2010, al momento non sono previsti altri trattamenti. La paziente non è rimasta incinta le possibilità di successo sono nella norma”* (doc. 11).
- C. Con scritto del 5 maggio 2010 l'assicuratore ha informato il dr. med. \_\_\_\_\_ che *“la fecondazione in vitro e il trasferimento d'embrione (FIVETE) non figurano nel catalogo delle prestazioni rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure (allegato 1 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie). Non possiamo pertanto intervenire in merito al trattamento in questione. Tuttavia, all'infuori di questo contesto, la nostra assicurazione assume i costi per gli altri trattamenti ginecologici contro la sterilità, al massimo quattro settimane prima del prelievo dei follicoli e non prima di due settimane dopo l'ultima FIVETE. Di conseguenza, rettificheremo tutte le fatture relative a questo trattamento”* (doc. 13).  
Sempre il 5 maggio 2010 l'assicuratore ha scritto all'\_\_\_\_\_ informandolo che le fatture del 30 novembre 2009 e del 31 dicembre 2009, per complessivi fr. 421.60, dopo esame dell'incarto, non sono a carico dell'assicuratore e ne ha chiesto il rimborso (doc. 14).
- D. Il 7 maggio 2010 **XXX** si è rivolta all'assicuratore, dicendosi meravigliata del contenuto dello scritto del 5 maggio 2010 indirizzato al dr. med. \_\_\_\_\_ ed affermando di non condividerlo. L'interessata ha in particolare fatto valere di aver subito 4 anni fa, per motivi medici (malattia), un indispensabile intervento di

asportazione delle tube di falloppio ed a seguito di questo grave intervento per potere avere un figlio deve far capo alla fecondazione in vitro "FIVETE". Non riuscendo a capire per quale motivo la Cassa non rimborsa interamente i costi della fecondazione "FIVETE" provocata da una precedente malattia e neppure i semplici esami di routine che servono al dr. med. \_\_\_\_\_ per stabilire se è in buona salute ed in grado di sottoporsi alla FIVETE, l'assicurata ha quindi chiesto l'emanazione di una decisione formale motivata (doc. 15).

- E. Con decisione formale dell'8 giugno 2010, confermata dalla decisione su opposizione del 6 luglio 2010, l'assicuratore, rammentato che ai sensi dell'art. 3 dell'Allegato 1 dell'OPre la FIVETE non è a carico dell'assicurazione obbligatoria e richiamata la giurisprudenza federale in materia, ha ribadito il rifiuto di assumersi i costi del trattamento e delle analisi connesse.
- F. Con ricorso/petizione del 21 luglio 2010 **XXX** è tempestivamente insorta contro la predetta decisione su opposizione (doc. I). L'insorgente rammenta di aver deciso di sottoporsi alla fecondazione in vitro, detta FIVETE, su consiglio del proprio ginecologo, dr. med. \_\_\_\_\_ e di non comprendere il motivo per il quale l'assicuratore si rifiuta di rimborsare i costi del trattamento e degli esami di "routine" che sono serviti al proprio ginecologo per verificare il suo stato di salute. Richiamata l'intera documentazione ed evidenziato di essere stata tenuta a sottoporsi alla fecondazione in vitro per motivi medici (a causa dell'asportazione delle tube), la ricorrente chiede al Tribunale di verificare l'agire della Cassa sia per quanto concerne il rifiuto di rimborsare i costi del trattamento sia per quanto riguarda il rimborso di fatture già pagate.
- G. Con risposta del 6 settembre 2010 l'assicuratore propone la reiezione del ricorso con argomentazioni che, laddove necessario, saranno riprese in corso di motivazione (doc. III).
- H. L'8 settembre 2010 l'insorgente ha presentato ulteriori osservazioni, ribadendo di aver dovuto far capo alla fecondazione in vitro per motivi medici e di non capire per quale motivo gli esami di routine (analisi del sangue, ecc.) che normalmente sono rimborsati, in questo caso non sono stati pagati. Secondo la ricorrente, l'assicuratore non avrebbe preso posizione in merito (doc. V).

L'interessata rileva inoltre che ancora di recente, dopo l'introduzione del ricorso, l'assicuratore, senza indicarne i motivi, non ha rimborsato i costi di due medicinali (FertiFol e Idrocortisone).

Infine **XXX** si dice perplessa del fatto che in un primo tempo le sono state rimborsate le spese per il trattamento e poi gliene è stata chiesta la restituzione e chiede al Tribunale di verificare l'agire della Cassa.

- I. Con replica del 4 ottobre 2010, alla quale ha allegato una presa di posizione del proprio medico di fiducia, l'assicuratore ha ribadito le sue argomentazioni (doc. IX).
- L. L'8 ottobre 2010 l'insorgente ha presentato ulteriori osservazioni (doc. XI). L'interessata rileva di aver ricevuto un conteggio del 26 luglio 2010 secondo cui deve restituire fr. 1'964.95, cui era allegato un conteggio con la richiesta di restituire fr. 639.85 per un totale di fr. 2'604.80, da cui sono stati dedotti fr. 62.50 e di aver chiesto di poter restituire l'importo ratealmente. Dopo aver ricevuto uno scritto dall'assicuratore che le permetteva il rimborso di fr. 429.20 al mese, in data 27 settembre 2010 ha ricevuto un nuovo conteggio tramite il quale deve restituire ancora fr. 2'138.70, senza tuttavia capire esattamente di cosa si tratta.  
L'insorgente chiede che la Cassa sia obbligata a farle avere un conteggio degli importi da restituire con indicata la causale (doc. XI).
- M. Pendente causa le parti hanno chiesto la sospensione della causa per cercare di addivenire ad un accordo transattivo (doc. XIII e seguenti).
- N. Con decreto del 27 ottobre 2010 il giudice delegato del TCA ha sospeso la trattazione della causa fino al 31 dicembre 2010 (doc. XIV).
- O. Il 25 novembre 2010 l'insorgente ha tuttavia chiesto al TCA di emanare una sentenza tramite la quale sia verificato il corretto agire della Cassa, allegando la proposta di transazione (doc. XV).
- P. Il 16 dicembre 2010 l'assicuratore ha informato il Tribunale che l'insorgente ha completamente soluto il debito relativo al trattamento "FIVETE". Per cui la causa, così come una decisione

formale di restituzione ai sensi dell'art. 25 LPGA "*vengono a decadere, perché sono senza oggetto*" (doc. XVII).

- Q. Il 10 gennaio 2011 l'insorgente ha prodotto ulteriori osservazioni e, con riferimento alla sentenza federale 9C\_864/2007 del 20 aprile 2008, ha rilevato che nel caso di specie il pagamento non ha reso privo di oggetto il ricorso (doc. XIX).
- R. Il 13 gennaio 2011 il TCA ha scritto all'assicuratore, rilevando che dagli atti emerge come la ricorrente sia stata sottoposta a due trattamenti "FIVETE" nel 2006 e nel 2007 e, con riferimento alla sentenza federale K 107/05 del 25 ottobre 2005, ha assegnato un termine di 5 giorni per indicare se i due precedenti trattamenti sono stati pagati e, in caso di risposta positiva, se la ricorrente, prima di iniziare il terzo trattamento, è stata informata circa il rifiuto di ulteriori rimborsi (doc. XXI).
- S. Con scritto del 19 gennaio 2011 l'assicuratore ha affermato che nel caso della sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005 gli assicurati hanno richiesto la presa a carico di trattamenti di fecondazione assistita (inseminazione artificiale uterina) e il numero 3 dell'allegato 1 dell'OPre prevede che tali trattamenti sono presi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure al massimo per tre cicli di terapia per gravidanza. L'insorgente chiede invece la presa a carico di trattamenti di fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE), che non sono riconosciuti dalla LAMal. In concreto l'assicuratore nel luglio 2009 ha, per la prima volta, avuto dubbi sui trattamenti di fertilità dell'assicurata ed ha chiesto un rapporto al dr. med. \_\_\_\_\_, che ha confermato il trattamento "FIVETE" del luglio 2009, ma anche nel 2006 e nel 2007. La Cassa sostiene che le prestazioni del 2006 e del 2007 non permettevano di concludere che ci fossero stati trattamenti di "FIVETE", poiché una fattura che menziona una consultazione per la fertilità non significa necessariamente che l'assicurata ha fatto una "FIVETE". Inoltre i medicinali per la fertilità, che sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure sono prescritti anche al di fuori dei trattamenti di "FIVETE". La fattura del 30 luglio 2009 dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ menziona invece espressamente che si tratta di "FIVETE" ed è la prima e sola fattura ricevuta dall'assicuratore che lo menziona espressamente. L'insorgente non ha inoltre mai chiesto se i trattamenti "FIVETE" fossero a carico della LAMal. Prima del mese di luglio 2009 l'assicuratore non aveva le informazioni sufficienti per ritenere che l'assicurata avesse subito dei trattamenti "FIVETE". Il 12 agosto 2009 la ricorrente è stata

informata che tali trattamenti non sono coperti dalla LAMal (doc. XXII).

- T. Il 25 gennaio 2011 l'assicurata ha nuovamente preso posizione, trovando strano che l'assicuratore abbia scoperto solo nel 2010 che le cure che stava facendo erano relative a "FIVETE" (doc. XXIV).
- U. Con scritto del 1° febbraio 2011 il TCA ha interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_, richiamando tutte le fatture inviate all'assicuratore ed inerenti i primi due trattamenti di "FIVETE" e chiedendogli per quale motivo tra il secondo ed il terzo trattamento è trascorso circa un anno e mezzo ed infine se in quel lasso di tempo (dicembre 2007 – giugno 2009) sono state emesse ulteriori fatture all'assicuratore relative al medesimo o ad altri trattamenti (doc. XXVI).
- V. Con risposta del 4 febbraio 2011 lo specialista ha evidenziato che il motivo del tempo trascorso tra il 2° ed il 3° tentativo non è dato da una questione medica bensì da una libera scelta della coppia ed ha allegato la documentazione richiesta (doc. XXVIII).
- Z. Il 9 febbraio 2011 le parti sono state sentite nel corso di un'udienza di discussione da cui è emerso:

"Il Giudice consegna alle parti il doc. XXVIII con i relativi allegati ossia tutte le fatture trasmesse dal dott. \_\_\_\_\_ con lo scritto del 4 febbraio scorso.

Il doc. 10 rispettivamente 11 e il doc. 18 rispettivamente 19 sono fatture che, contrariamente alle altre, sono state trasmesse direttamente dall'\_\_\_\_\_ alla sig.ra **XXX**.

La signora conferma di avere poi trasmesso questi documenti all'assicuratore che li ha conteggiati, li ha pagati e quindi ha preteso la restituzione.

Il Giudice chiede all'assicuratore di volere cortesemente verificare i conteggi eseguiti a fronte delle fatture 11 e 19 rispettivamente 10 e 18.

Il Giudice precisa che, per quanto desumibile agli atti, la sig.ra **XXX** invoca sostanzialmente il principio della buona fede perché le prestazioni delle cure di cui ha beneficiato tramite il dott. \_\_\_\_\_ negli anni 2006-2007 sono state pagate dalla Cassa senza contestazione.

In questo senso viene fatto riferimento implicitamente ad una STFA del 25.10.2005 K 107/05.

La sig.ra conferma di avere pagato ratealmente quanto reclamava la Cassa per impedire che maturassero interessi e anche per non avere sospesi e poter cambiare cassa a fine 2010." (doc. XXIX)

- AA. In assenza di una qualsiasi presa di posizione da parte dell'assicuratore, il 21 febbraio 2011 il TCA gli ha assegnato un termine scadente il 28 febbraio 2011 per presentare le osservazioni richieste in merito alla documentazione consegnata nel corso dell'udienza ed in particolare sulle fatture di cui ai doc. 11 e 19 (doc. XXX).
- BB. Il 23 febbraio 2011 la Cassa ha affermato di aver verificato tutte le fatture rilevando che parte delle medesime (doc. 10-11, 18-19 e 37-38) sono state indirizzate dall'\_\_\_\_\_ all'assicurata e non alla cassa malati, contrariamente alle altre fatture. Le 3 fatture indicano espressamente il trattamento di "FIVETE", rispettivamente 08.11.2006, 12.12.2007 e 24.10.2009. L'assicuratore contesta di aver ricevuto le citate fatture da parte dell'assicurata per il rimborso. Per la Cassa l'insorgente non è in grado di comprovare, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che le ha effettivamente inviate. L'unica fattura ricevuta dall'assicuratore per i trattamenti "FIVETE" è quella del 06.07.2009 di fr. 4'000.--, inviata dall'assicurata alla cassa malati nel mese di luglio 2009 (doc. XXXI).
- CC. La presa di posizione è stata trasmessa alla ricorrente che si è riconfermata nelle precedenti osservazioni (doc. XXXII e XXXIII).

### **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).
2. Con il ricorso/petizione l'insorgente ha anche inoltrato ricorso contro la decisione su opposizione del 6 luglio 2010 di Mutuel Assurances (cfr. doc. I).

L'impugnativa verrà esaminata nell'ambito dell'incarto parallelo (inc. 36.2010.89).

Oggetto della presente sentenza sono unicamente le prestazioni derivanti dall'assicurazione malattie complementare.

3. 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. 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) nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2010, applicabile in concreto (cfr. anche art. 404 CPC in vigore dal 1° gennaio 2011), 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 cpv. 1 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.

In concreto, non v'è dubbio che la vertenza in esame concerne un contratto d'assicurazione complementare retto dalla LCA e praticato da un assicuratore sociale autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Infatti, con sentenza 36.2010.77 del 31 maggio 2010 questo Tribunale ha già avuto modo di stabilire, con riferimento anche alla sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005, che il TCA è competente a decidere nel merito di una petizione contro un assicuratore che seppur non pratica le assicurazioni sociali fa parte di un gruppo assicurativo che *“tradizionalmente”* le esercita (cfr. sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005).

Il TCA deve pertanto entrare nel merito della petizione.

### **Nel merito**

4. Nel caso di specie l'interessata con la petizione chiede al tribunale di volerle spiegare per quale motivo la *“FIVETE”* non è

riconosciuta dalle assicurazioni complementari e per quale motivo ha dovuto restituire delle prestazioni già rimborsate.

Per quanto concerne il secondo aspetto, rilevato che le prestazioni le erano state pagate per il tramite delle assicurazioni sociali, anche la restituzione soggiace alle norme della LAMal ed è stata esaminata in tale ambito (cfr. sentenza odierna, inc. 36.2010.89), Su questo punto la petizione si rivela irricevibile.

Circa il rifiuto di rimborsare i costi della “FIVETE” e delle prestazioni annesse, va invece evidenziato quanto segue.

5. L'attrice ha concluso 3 assicurazioni complementari: assicurazione combinata d'ospedalizzazione (HC), assicurazione delle cure complementari (SC) e assicurazione Mundo (MU, cfr. doc. 1).

A norma dell'art. 1 delle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assurances GMA SA (di seguito: CGA) fintanto che le disposizioni contrattuali non prevedono deroghe, il contratto d'assicurazione è sottoposto alle prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le CGA, le condizioni particolari come pure le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.

Per l'art. 2 CGA l'assicurazione copre principalmente le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio. Alcune condizioni particolari d'assicurazione danno la possibilità agli assicurati di rinunciare ad uno o più dei rischi precitati.

6. Per quanto concerne l'assicurazione combinata d'ospedalizzazione, l'art. 6.1 delle condizioni particolari categoria HC prevede, a proposito delle prestazioni assicurate, che in caso d'ospedalizzazione l'assicuratore prende a carico le spese di trattamento e la diaria giornaliera conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni concesse da questa categoria d'assicurazione sono in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

Considerato che in concreto l'attrice fa valere prestazioni ambulatoriali e non stazionarie, questo tipo di assicurazione non entra in linea di conto.

L'interessata non può neppure far valere prestazioni derivanti dall'assicurazione Mundo, avendo chiesto il rimborso di prestazioni eseguite nel nostro Paese. Infatti questo tipo di copertura è valido in tutto il mondo esclusi la Svizzera ed il Liechtenstein (art. 2.1 delle condizioni particolari categoria MU, con l'eccezione delle prestazioni volontarie di vaccinazione, cfr. art. 2.2 delle condizioni particolari categoria MU).

Per quanto concerne l'assicurazione delle cure complementari, l'art. 3.2 delle condizioni particolari categoria SC prevede che *“le prestazioni concesse dalla presente assicurazione sono in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure”*. Per l'art. 5.1 prima frase delle condizioni particolari categoria SC *“nei limiti previsti dalle presenti condizioni, l'assicuratore rimborsa le spese non prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure se le prestazioni fornite sono prescritte da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore”*.

A norma dell'art. 5.2 delle condizioni particolari categoria SC l'assicuratore versa le prestazioni elencate nel citato articolo e nei limiti previsti dalla tabella di cui all'articolo 6.

Il TCA con sentenza odierna (inc. 36.2010.89), ha negato all'attrice il diritto di beneficiare del rimborso delle prestazioni derivanti dalla fecondazione in vitro *“FIVETE”* e delle prestazioni connesse per i motivi ivi elencati a cui questo Tribunale rinvia. Nella lista di cui all'art. 5.2 e nella tabella di cui all'art. 6 delle condizioni particolari categoria SC non figurano prestazioni per le cure in caso di *“FIVETE”*.

Per cui la richiesta dell'assicurata di condannare l'assicuratore a pagare i costi della *“FIVETE”* e degli esami connessi (unico oggetto della petizione insieme ai rimborsi di cui si è già detto in precedenza; cfr. doc. I: *“(…) non mi spiegano chiaramente perché la “Fivete” non è riconosciuta né dalla copertura assicurativa obbligatoria né dalle coperture complementari da me sottoscritte”* e *“ho anche chiesto alla cassa (senza mai ricevere una chiara risposta) di spiegarmi perché molti esami di “routine” che servivano al mio medico curante (…) o non mi sono stati pagati o, dopo essere stati pagati, li ho dovuti rimborsare (…)”* e *“(…) chiedo che il Tribunale, richiamati dalla cassa malati tutti i documenti che mi riguardano che concernono questa cura “Fivete” (e anche le coperture assicurative da me stipulate) verifichi se è vero quanto afferma la cassa per rifiutarmi le spese e addirittura per farmi pagare indietro delle fatture”*), va respinta.

7. Il valore di causa è rappresentato dal conteggio delle prestazioni inerenti la "FIVETE" per il periodo dal 30 giugno 2009 al 6 giugno 2010 di cui al doc. XVII per un totale di fr. 10'696.80.

L'importo di fr. 30'000 per poter inoltrare un ricorso in materia civile al Tribunale federale in funzione del valore litigioso *non* è pertanto raggiunto (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri trasmettono gratuitamente alla FINMA una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare alla FINMA anche la presente sentenza.

Per questi motivi

### **dichiara e pronuncia**

1. La petizione, nella misura in cui è ricevibile, é **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si assegnano ripetibili.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, 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

Il segretario

Fabio Zocchetti