

Raccomandata



Incarto n.
36.2004.146

Lugano
19 maggio 2005

CS/td

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 25 maggio 2004 di

XXX, _____
rappr. da: avv. Xxx, _____

contro

Y Assicurazione SA

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto, **in fatto**

- 1.1. **XXX**, nata nel 1966, di professione aiuto fisioterapista, è stata assicurata contro la perdita di guadagno per il tramite del suo datore di lavoro, la fisioterapista _____ di _____, presso la _____. Il contratto prevedeva il versamento di una prestazione pari all'80% del salario a partire dall'8° giorno di malattia.

In seguito a malattia l'assicurata ha ricevuto dalla _____, dal 1.2.2002, le indennità giornaliere pattuite.

Con effetto dal 1.1.2003 la Y Assicurazione è subentrata alla

La Y ha inizialmente versato a XXX le indennità richieste e poi, preso atto del licenziamento dell'assicurata con effetto al 30 marzo 2003, ha rifiutato di erogare altre prestazioni se l'interessata non fosse passata nell'assicurazione individuale.

- 1.2. In data 25 maggio 2004 XXX, rappresentata dall'avv. Xxx, si è rivolta alla Pretura di _____ e, chiedendo contestualmente l'assistenza giudiziaria, ha affermato:

"2.

In particolare il contratto di assicurazione collettiva per perdita di salario della _____, polizza n. _____, prevedeva una diaria all'80% del guadagno assicurato a partire dall'8° giorno fino al 727° giorno.

Secondo le CGA di questa polizza, l'assicurazione paga la diaria per 727 giorni al massimo, compresi in un periodo di 900 giorni consecutivi (art. 23); per i casi di assicurazione, i quali dopo l'estinzione della copertura di assicurazione non sono ancora chiusi, l'assicurazione effettua le sue prestazioni contrattuali anche oltre questa data (prestazione posteriore) (art. 29); se l'assicurato ha diritto anche ad altre prestazioni, l'assicurazione completa queste prestazioni fino a concorrenza dell'effettiva perdita di guadagno dell'assicurato.

Se viene versata una diaria ridotta, la durata della prestazione si protrae sino a che l'importo complessivo delle diarie concesse non corrisponde alla prestazione in caso d'incapacità totale al lavoro senza riduzione (art. 32).

Prove: c.s.

3.

In base alla polizza della _____, per il caso d'incapacità lavorativa per malattia che ci occupa, l'assicurata aveva ed ha pertanto il diritto di ricevere fino a un importo complessivo di diarie per fr. 59'652.-- (80% del guadagno assicurato di fr. 37'800 = fr. 82.85 al giorno x 720 giorni).

Tenuto conto delle prestazioni ricevute dalle assicurazioni AI (doc. U), LAINF (doc. V) e LPP (doc. T), la _____ è stata pertanto tenuta a versare delle indennità per totali fr. 14'251.50, secondo il seguente conteggio:

Periodi	AI mensile	AI giornaliera	LAINF mensile	LAINF giornaliera	LPP mensile	LPP giornaliera	IPG giornaliera dal 8.2.2002
2001	Fr. 816.00	Fr. 26.82	Fr. 259.00	Fr. 8.51	Fr. 424.75	Fr. 13.96	Fr. 54.27
dal 1.8.2002	Fr. 1'632.00	Fr. 53.65	Fr. 259.00	Fr. 8.51	Fr. 424.75	Fr. 13.96	Fr. 26.15
dal 1.1.2003	Fr. 1'671.00	Fr. 54.94	Fr. 262.00	Fr. 8.61	Fr. 435.85	Fr. 13.96	Fr. 26.05

IPG versate dalla _____ : 1.2.2002-31.1.2003:

Fr. 54.27	(8.2.2002-31.7.2002)	x 174 giorni =	fr. 9'443.00
Fr. 26.15	(1.8.2002-31.12.2002)	x 153 giorni =	fr. 4'001.95
Fr. 26.05	(1.1.2003-31.1.2003)	x 31 giorni =	fr. 807.55
			<u>fr. 14'251.50</u>

Prove: doc. da M a V, c.s.

4.

La _____ ha disdetto il contratto con la datrice di lavoro con effetto al 31.12.2002.

Dal 1.1.2003 la copertura per perdita di salario è stata ripresa dalla Y Assicurazione.

La stessa era pertanto tenuta a riprendere il caso malattia dell'attrice, in particolare versando delle prestazioni per perdita di guadagno almeno corrispondenti a quelle già accordate dalla

_____.
Infatti questo principio è previsto dalla convenzione di libero passaggio 14.11.2001 concluso tra l'ASA (di cui fa parte la _____) e la Santésuisse (di cui fa parte la Y Assicurazione).

L'articolo 4 cpv. 2 di questa convenzione, che tratta delle condizioni di passaggio in caso di sinistro in corso, prevede espressamente quanto segue:

"Les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus chez l'assureur actuel, pour autant que le -travailleur soit employé à 100% chez le nouveau, resp. chez l'employeur actuel. En cas d'engagement dans les limites de la capacité de travail résiduelle, l'assureur actuel prend en charge le cas de sinistre en cours".

Prove: c.s.

5.

Malgrado questa chiara situazione in diritto, la Y Assicurazione ha versato delle prestazioni soltanto per un importo totale di fr. 3'079.40.

In base alla copertura della _____, l'attrice era assicurata per un'indennità giornaliera di fr. 82.85, sull'arco di 720 giorni, per un totale quindi di fr. 59'652.--. Tra quanto versato dalla _____ e la Y Assicurazione, per totali fr. 17'330.90, rimane un credito per prestazioni assicurative in favore dell'attrice e a carico della convenuta di fr. 42'321.10.

Accertata l'incapacità lavorativa dell'assicurata fino al 15.6.2004 (v. doc. E), il credito scaduto a carico della convenuta è così definibile:

IPG da versare dalla Y Assicurazione: 1.2.2003-15.6.2004:

Fr. 26.05 (1.2.2003-15.6.2004)	x 501 giorni	= fr. 13'501.05
dedotto pagamento come a conteggio		<u>fr. 3'079.65</u>

Saldo rimanente fr. 9'971.65

Prove: doc. da Z a UU, c.s.

6.

Tenendo conto delle prestazioni percepite pure dalle altre assicurazioni (AI, LAINF e LPP), le indennità giornaliere che la Y Assicurazione era ed è tenuta a versare all'attrice per il periodo dal 1.5.2003 al 15.6.2004 ammontano pertanto a totali fr. 13'051.05, dedotto l'importo di fr. 3'079.40 già versato, pertanto per un saldo di fr. 9'971.65.

Per il periodo dal 16.6.2004 in avanti, si chiede che venga accertato il diritto della signora **XXX** di ricevere le prestazioni assicurative come previsto dalla polizza e CGA della _____, applicabili in base alla convenzione di libero passaggio ASA, fino a un massimo di totali fr. 32'349.45.

Prove: c.s.

7. Richiesta di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio

Vista la precaria situazione in cui si trova l'attrice, si chiede l'ammissione all'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio del sottoscritto legale, con dispensa dal pagamento delle tasse e della spese giudiziarie, nonché all'anticipazione da parte dello Stato delle spese di prova cui è ammessa l'assistita nell'ambito della presente causa.

Le condizioni per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono soddisfatte, in particolare la presente procedura presenta probabilità di esito favorevole.

Prove: formulario assistenza giudiziaria in **annesso**.

Per tutti questi motivi, visti il CCS, il CO, il CPC, la LTG, la LCA, nonché ogni ulteriore disposizione applicabile, si chiede di

giudicare:

1. La petizione è accolta.

Di conseguenza la Y Versicherung AG, Rösslimattstrasse 40, CP 2568, 6002 Lucerna è condannata a versare alla signora **XXX**, _____ un importo di fr. 9'971.65 quale saldo indennità per perdita di guadagno per il periodo dal 1.2.2003 al 15.6.2004.

2. Nel caso in cui l'incapacità lavorativa della signora **XXX** proseguirà, oltre il 15.6.2004, la Y Assicurazione sarà tenuta a continuare il versamento delle sue prestazioni per perdita di guadagno di fr. 82.85 al giorno fino ad un massimo di ulteriori fr. 32'349.45.

3. All'attrice è concessa l'assistenza giudiziaria, con dispensa dal

pagamento delle tasse e spese giudiziarie, con anticipazione da parte dello Stato delle spese di prova, nonché con concessione del gratuito patrocinio."

- 1.3. Nella propria risposta del 25 agosto 2004 la Cassa ha sollevato l'eccezione d'incompetenza della Pretura ed ha inoltre affermato:

"(...)

Ad. 1: Contestato come segue.

L'attrice, durevolmente inabile al lavoro dal 01.02.2002, era fino al 30.04.2003 alle dipendenze dello studio di fisioterapia della signora _____ di _____. Con effetto a partire dal 01.01.2003 la datrice di lavoro, precedentemente affiliata collettivamente per la perdita di salario presso la _____ (di seguito: la _____) con un contratto della durata di 5 anni (resciso anzitempo da parte della _____, cfr. doc. G), ha assicurato il proprio personale presso la Y _____ (doc. S). La copertura assicurativa convenuta a favore del personale dello studio di fisioterapia _____ prevede, in particolare, una copertura LPP, la copertura dell'80% del salario, per una durata di 730 giorni.

Al momento della conclusione d'assicurazione con la Y _____ la datrice di lavoro ometteva di indicare nella cerchia dei propri dipendenti l'attrice, che intendeva licenziare nell'immediato futuro (doc. da 2 a 6). Nonostante non fosse stata inizialmente intenzione della signora _____ affiliare anche l'attrice presso la Y _____, considerato come la _____ non erogava più prestazioni per il protrarsi dell'inabilità lavorativa posteriore al 31.12.2002 - nonostante le proprie condizioni contrattuali prevedessero l'erogazione di prestazioni posteriori alla fine del contratto assicurativo (art. 29 delle CGA) -, e come nemmeno la datrice di lavoro interveniva per la perdita di salario della propria dipendente, la Y _____ assicurava anche l'attrice nel contratto collettivo stipulato con _____ (doc. 7, EE, HH, 00,).

Prove: - doc., testi, ediz. doc., perizia medica

Ad 2 e 3: contestati come segue.

Secondo le condizioni contrattuali della _____, nei casi d'assicurazione insorti pendente contratto non ancora giunti a termine all'estinzione della copertura assicurativa, la _____ eroga prestazioni; fa eccezione, in particolare, il caso in cui vi è un cambiamento del posto di lavoro e di passaggio all'assicurazione diaria per malattie del nuovo datore di lavoro (art. 29 delle CGA della _____, doc. G).

Le condizioni contrattuali previste dal contratto collettivo della datrice di lavoro con la _____ prevedevano una copertura simile a quella valevole in ambito LAMal, con una protrazione della durata del diritto a prestazioni in caso di incapacità lavorativa parziale o in caso di sovraindennizzo a seguito di prestazioni di terzi, sino al raggiungimento delle 720 indennità giornaliere complete (cfr. art. 31 e 32 delle CGA della _____).

La convenuta non contesta la copertura assicurativa valevole presso la _____, pari ad una diaria dell'80% a partire dall'8. giorno, per una durata di 727 giorni, così come esposta della controparte e nemmeno il salario determinante di fr. 37'800.-; la convenuta contesta già sin d'ora, invece, che il conteggio esposto dall'attrice relativo alle prestazioni percepite dall'attrice dalla _____, non del tutto ricostruibile, sia corretto (stimato in fr. 14'251.50). Dalla documentazione presentata dall'attrice risulta infatti che la _____, solo per il 2002, ha erogato un importo di prestazioni superiore (fr. 20'095.- che avrebbe poi compensato con prestazioni AI nella misura di fr. 1'864.-, cfr. doc. L, H). Per quanto concerne la prestazione LPP, inoltre, essa è stata calcolata dalla _____ in fr. 6.78 giornalieri (doc. H), dal doc. T la prestazione risulta esser di fr. 9'482.75 tra il 1999 ed il 2003. Inoltre, per il mese di gennaio 2003 è stata la convenuta, e non la _____ (che è stata rimborsata dalla convenuta) come affermato a torto dall'attrice, a versare le indennità giornaliera per l'inabilità lavorativa dell'attrice (fr. 1'905.-, cfr. doc. 7).

A mente della convenuta, l'attrice non ha pertanto sufficientemente documentato il calcolo da lei effettuato; per permettere alla convenuta di esprimersi precisamente sui conteggi e le pretese formulate, che già sin d'ora vengono contestati, essa è tenuta a sostanziare ulteriormente quanto sostenuto. La convenuta si riserva già sin d'ora il diritto di completare davanti all'autorità competente le proprie allegazioni, e di chiedere, se del caso, la restituzione (eventualmente ponendo l'importo in compensazione) di quanto già versato in eccesso per i mesi da gennaio ad aprile 2003.

Prove: c.s.

Ad. 4, 5 e 6: contestati come segue

In virtù dell'accordo di libero passaggio concluso tra l'ASA (associazione svizzera di assicuratori per il settore infortunio e malattia) e Santésuisse, la Y _____, che è subentrata nel contratto d'indennità giornaliera della _____ con la ditta _____ (cfr. art. 2 dell'accordo), ha affiliato tutti i dipendenti già assicurati alla _____ (art. 3 dell'accordo) ed ha ripreso a proprio carico il caso d'inabilità lavorativa dell'attrice. All'attrice la CSS ha garantito ed erogato, conformemente all'art. 4.2 dell'accordo di libero passaggio, le prestazioni precedentemente assicurate presso la _____, fintanto che quest'ultima era alle dipendenze della ditta _____ (doc. R, S, doc. da 2 a7). Facendo affidamento ai dati di riferimento della _____ (doc. H) la Y _____ ha erogato all'attrice dal contratto d'assicurazione collettivo d'indennità giornaliera l'importo di fr. 4'984.40 (fr. 34.60 giornalieri) per l'inabilità dal 01.01.2003 al 30.04.2003. (Qualora, come già detto, in base alle ulteriori informazioni che l'attrice saprà fornire, le indennità versate dalla Y _____ dovrebbero esser state versate in eccesso, con il presente allegato la convenuta si riserva già sin d'ora il diritto di presentare la propria pretesa di restituzione).

La CSS comunicava di seguito all'attrice che, onde poter beneficiare di ulteriori prestazioni oltre la data di uscita dalla cerchia delle persone assicurate, essa avrebbe dovuto passare all'assicurazione d'indennità giornaliera individuale LCA della Y _____ a partire dall'01.05.2004 (doc. EE, HH). Alla Y _____ l'attrice manifestava l'intenzione di volere il passaggio all'assicurazione individuale,

trasmettendole il formulario per il passaggio all'assicurazione individuale (doc. LL). L'attrice non accettava poi l'offerta presentata dalla Y, che interrompeva di conseguenza cessava di versare ulteriori prestazioni oltre il 30.04.2003.

Ora, in applicazione dell'accordo di libero passaggio applicabile alla fattispecie - che alle condizioni di libero passaggio nei casi di prestazioni pendenti prevedono quale condizione indispensabile che il dipendente sia ancora in un rapporto di lavoro (art. 4 cpv. 1) e che il caso venga ripreso dal nuovo assicuratore nella misura dello stesso ammontare, periodo d'attesa e durata delle prestazioni precedenti, fintanto che il dipendente è impiegato al 100% presso l'attuale datore di lavoro - nonché delle condizioni generali d'assicurazione della Y (in particolare dell'art. 3.5 nonché dell'art. 13 delle CGA), un diritto dell'attrice all'ottenimento delle prestazioni sinora assicurate da parte della convenuta oltre il 30.04.2003, data in cui essa è uscita dalla cerchia delle persone assicurate collettivamente dal datore di lavoro, può avvenire unicamente se essa passa all'assicurazione d'indennità giornaliera LCA della Y. Secondo l'art. 3.5 delle CGA della Y l'assicurazione cessa, in particolare, quando la persona assicurata esce dalla cerchia degli assicurati e in tal caso l'obbligo di versare prestazioni cessa completamente. Secondo l'art. 13.1 delle CGA della Y chi, residente in Svizzera, esce dalla cerchia delle persone assicurate, può passare nell'assicurazione individuale della Y; nell'ambito delle condizioni e delle tariffe in vigore per l'assicurazione individuale, applicando il relativo premio la Y garantisce le prestazioni assicurate in precedenza (art. 13.3), computando nel calcolo del diritto le indennità già erogate (art. 13.4).

La posizione della Y che sottopone l'erogazione delle prestazioni sinora assicurate al passaggio dell'attrice all'assicurazione individuale della Y, è pertanto giustificata.

L'offerta formulata dalla Y per il passaggio all'assicurazione d'indennità giornaliera LCA prevedeva, quale prestazione giornaliera assicurata l'importo di fr. 11.-; a mente dell'attrice sarebbe dovuto l'importo di fr. 33.33. Nella petizione l'attrice fissa l'importo in fr. 26.05 giornalieri. In merito la convenuta osserva che, in virtù dell'art. 13.3 delle CGA in caso di libero passaggio, la Y si impegna a garantire le prestazioni sinora assicurate. Tali condizioni corrispondono all'80% dell'ultimo salario prima della malattia, per una durata di 720 giorni, come precedentemente assicurato. Viste le prestazioni versate in concorrenza anche da altri assicuratori, l'importo d'indennità giornaliera assicurabile dall'attrice presso la Y nell'ambito dell'assicurazione individuale si dovrebbe aggirare ai fr. 30, anziché ai fr. 11 inizialmente stabiliti; non potendo la convenuta al momento attuale verificare con precisione il conteggio effettuato dalla controparte, essa si riserva di quantificare l'ammontare preciso nel proseguo di causa. All'attrice essa formulerà indi una nuova offerta assicurativa per il passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera LCA, cui l'attrice dovrà aderire per continuare a beneficiare di prestazioni da parte della Y oltre il 30.04.2003.

In caso di passaggio all'assicurazione individuale, la Y dovrà inoltre esaminare, se, in considerazione anche dell'obbligo di ridurre il danno incombente all'assicurato secondo l'art. 61 LCA, il protrarsi della piena inabilità lavorativa dell'assicurata sino a tutt'oggi sia giustificata dal lato medico.

Per gli stessi motivi già esposti, non potendo la convenuta condividere quanto conteggiato dall'attrice, la convenuta contesta al momento attuale la pretesa di pagamento formulata dall'attrice per il periodo dall'01.02.2003 al 15.06.2004 di fr. 9'971.65, nonché quella di accertamento di esistenza del diritto a prestazioni assicurative di fr. 32.349.45.

In sintesi: la Y riconosce all'attrice un diritto ad indennità giornaliera nella misura sinora assicurata, nell'ambito delle condizioni e delle tariffe in vigore nell'assicurazione individuale, applicando il relativo premio, anche dopo il 30.04.2003, alla condizione che l'attrice effettui il passaggio all'assicurazione individuale della Y. L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurabile in ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera potrà venir stabilito definitivamente solo dopo che l'attrice avrà sostanziato il proprio conteggio (già sin d'ora si può prevedere che esso si aggira ai fr. 30 giornalieri). La convenuta contesta di dovere all'attrice gli importi di fr. 9'971.65, nonché di fr. 32'349.45.

Se l'attrice oltre il 30.04.2003 non dovesse più esser assicurata alla Y a partire da tale data, in virtù degli art. 3.5. e 13.3 delle CGA dell'assicurazione d'indennità giornaliera collettiva della Y e dell'art. 4.2. dell'accordo citato, essa non avrà più diritto a prestazioni assicurative da parte della Y.

Prove: c.s.

Ad 7: Contestato come segue

Visto che l'indigenza dell'attrice non è dimostrata, al momento attuale non appare giustificata la richiesta d'assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio.

La Y si riserva sin d'ora di esporre e completare le eccezioni alla petizione in oggetto nell'opportuna sede (davanti al TCA).

In esito alle suesposte considerazioni, si chiede a questo lodevole Tribunale di giudicare la controversia ai sensi di quanto proposto in ingresso del presente gravame."

- 1.4. Con decreto del 25 ottobre 2004 il Pretore di _____ ha stralciato la causa dai ruoli ed ha trasmesso l'incarto al TCA per competenza (doc. III).
- 1.5. Il 19 novembre 2004 l'attrice ha affermato:

"Contrariamente a quanto sostiene la controparte nel proprio allegato di risposta, riteniamo che con la nostra petizione 25.5.2004 si sono esposti e giustificati nella maniera più completa e chiara gli elementi alla base delle richieste presentate. Di conseguenza la controparte ha tutti gli elementi per determinarsi, come già li aveva prima ancora dell'inoltro dell'atto di petizione!

Si precisa che la vertenza ha per oggetto il versamento di indennità per perdita di guadagno per il periodo dal 1.2.2003 in avanti e per un importo globale massimo non ancora versato di fr. 42'321.10, sulla base di un'assicurazione collettiva i cui premi erano stati già regolarmente versati.

Come ampiamente risulta dalla documentazione presentata dalla parte attrice (in particolare dal doc. Z in avanti) il passaggio all'assicurazione individuale è stato richiesto a titolo cautelativo, nell'evenienza che la presente vertenza abbia esito negativo per la parte attrice.

D'altra parte è già da oltre un anno che la parte attrice ha chiesto alla convenuta la presentazione di un'adeguata nuova offerta, sulla base di dati ben conosciuti dalla Y (vedi doc. TT).

Considerato che il passaggio all'assicurazione individuale comporterebbe, secondo quanto richiesto finora dalla Y, il pagamento di un premio mensile, è beninteso interesse dall'assicurata far sì che le proprie pretese vengano riconosciute piuttosto come chiesto in sede di petizione.

Come pertanto già dal 24 ottobre 2003 (vedi doc. TT) attendiamo una proposta concreta da parte della Y.

Se ciò non dovesse succedere o non si troverà un accordo entro i prossimi 20 giorni, la parte attrice chiederà la continuazione della procedura." (Doc. IX)

1.6. Il 13 dicembre 2004 la Cassa ha affermato:

"1. La convenuta ha indicato nella risposta di causa come la pretesa dell'attrice non sia suffragata dalle prove agli atti. In particolare, le prestazioni già percepite dall'attrice nell'ambito del contratto collettivo d'indennità giornaliera con la _____ e poi dalla Y, non corrisponderebbero a soli fr. 14'251.50 come indicato dalla stessa. Alle considerazioni della risposta di causa del 25.08.2004 viene pertanto rimandato integralmente. Che la pretesa dell'attrice sia erronea è inoltre dimostrata dal fatto stesso che la stessa, in suoi precedenti scritti, stimava come presumibilmente esaurita l'indennità assicurata per febbraio 2004 (cfr. doc. DD e GG).

La pretesa è erronea anche per il fatto che dalla stessa va dedotto l'importo dei premi dell'assicurazione d'indennità giornaliera che l'attrice dovrebbe concludere per beneficiare di prestazioni oltre il 30.04.2003. L'importo del premio mensile, considerando un'indennità giornaliera assicurata di fr. 11.--, era stato fissato in fr. 23.30 (per un'indennità giornaliera assicurata di fr. 26.- il premio sarebbe di fr. 55.10 mensili e per un'indennità di fr. 33.-, di fr. 70.--, cfr. doc. 8, 9). L'importo dei premi totali da porre in deduzione non può esser cifrato definitivamente attualmente, in quanto il periodo di affiliazione nell'assicurazione individuale dipende dalle prestazioni già percepite nell'assicurazione collettiva, in merito al quale c'è disaccordo tra le parti.

2. In base all'accordo di libero passaggio concluso tra l'ASA e Santésuisse applicabile alla fattispecie, la Y, quale successore della _____ nel contratto d'indennità giornaliera collettiva, è tenuta ad assumersi i casi d'inabilità lavorativa precedentemente insorti, garantendo lo stesso importo di indennità giornaliera, periodo d'attesa e durata delle prestazioni precedenti, fintanto che il dipendente è impiegato al 100% presso l'attuale datore di lavoro. Sino ad ora la Y - nonostante il parere contrario della datrice di lavoro, che sosteneva di dovere all'attrice la metà del salario e in assenza di un contratto di lavoro scritto si limitava a

presentare estratti relativi al salario LAVS/LAI (doc. 10, 11) - ha fatto affidamento alle informazioni avute dalla _____ (in virtù dell'art. 6 dell'accordo ASA), ed è partita dal presupposto, che l'attrice, per un lungo periodo inabile al lavoro al 50%, sino al 30.04.2004 fosse assunta al 100% presso lo studio _____. Visto che il grado d'occupazione costituisce l'elemento decisivo per la determinazione di un diritto a prestazioni da parte della Y _____, visto che un impiego nell'ambito della capacità residua ai sensi dell'art. 4.2 dell'accordo di libero passaggio comporterebbe l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicuratore precedente, nella presente procedura, si chiede che venga chiarito definitivamente tale aspetto, sinora mai provato.

3. Chiarito quanto sopra, si osserva inoltre che il contratto collettivo d'indennità giornaliera concluso dalla signora _____ presso la Y _____ prevede una copertura LPP; caratteristica di tale copertura assicurativa è l'insorgenza del diritto ad indennità con un'inabilità lavorativa del 25% e la sua decadenza con l'inizio delle prestazioni della previdenza professionale (cfr. tabella all'art. 15). L'attrice già percepisce prestazioni LPP; è solo in virtù dell'accordo di libero passaggio - e quindi in deroga alle condizioni contrattuali stipulate con la ditta _____ - che la Y _____ ha sinora versato e si è dichiarata disposta a versare ulteriori indennità giornaliere (alle condizioni già enunciate nella risposta di causa).
4. Contrariamente a quanto preteso dall'attrice, l'erogazione di indennità giornaliera da parte della Y _____ alle condizioni precedentemente assicurate poteva avvenire unicamente fintanto che esisteva un impiego al 100% presso il precedente datore di lavoro; un diritto dell'attrice all'ottenimento delle prestazioni sinora assicurate da parte della convenuta oltre il 30.04.2003, data in cui essa è uscita dalla cerchia delle persone assicurate collettivamente dal datore di lavoro, può avvenire unicamente se essa passa all'assicurazione d'indennità giornaliera individuale LCA della Y _____. Qualora l'attrice passasse all'assicurazione d'indennità giornaliera, la Y _____ nell'ambito delle condizioni e delle tariffe in vigore per l'assicurazione individuale, applicando il relativo premio garantirebbe le prestazioni assicurate in precedenza (80% del salario, per la stessa durata e periodo di attesa, art. 13.3), computando nel calcolo del diritto le indennità già erogate (art. 13.4). Giova ricordare che tra le condizioni vigenti nell'assicurazione individuale, in caso di concorso con prestazioni di altri assicuratori, la Y _____ versa unicamente la parte di prestazioni dovute, non coperte dagli altri assicuratori (art. 15); nell'ambito dell'assicurazione individuale della Y _____ il diritto a prestazioni non si prolunga sino all'estinzione delle intere indennità assicurate.
5. Chiarito il punto 2, (e giustificata dal lato medico il protrarsi dell'inabilità lavorativa), la Y _____ può fare all'attrice l'offerta di passare all'assicurazione individuale (per l'importo da stabilirsi di fr. 33 o fr. 26.--) per beneficiare di prestazioni oltre il 30.04.2003. Alle considerazioni della risposta di causa si fa integralmente rinvio." (Doc. XIII)

1.7. Con scritto del 10 gennaio 2005 l'attrice ha affermato:

"ad 1

I documenti prodotti congiuntamente all'atto di petizione giustificano sufficientemente quanto richiesto dalla parte attrice.
Si noti d'altra parte che si chiede, in primo luogo, che vengano accertati i doveri della convenuta verso l'attrice, sulla base di una specifica copertura assicurativa. Soltanto in secondo luogo si sono quantificati gli importi delle prestazioni che la Y dovrebbe corrispondere, i quali sono in principio corretti e giustificati: tali importi potranno essere in seguito verificati e/o modificati a dipendenza di altre prestazioni versate da altri enti assicurativi, come prassi in simili casi.

Dice bene la controparte che, in fase precedente, si potevano soltanto presumere determinate future situazioni: a quel momento (doc. DD di data 7.7.03, doc. GG di data 22.8.03) si indicava che almeno, ma non soltanto, fino al 727. giorno di incapacità l'assicurata avrebbe ottenuto prestazioni.

La controparte cerca di mischiare le carte in tavola: quello che si chiede nella presente vertenza sono delle prestazioni sulla base dell'assicurazione collettiva e non eventuali prestazioni sulla base di una possibile assicurazione individuale; nulla deve essere messo in deduzione: o la copertura collettiva esiste e la Y deve pagare, o, in caso contrario soltanto, un'assicurazione individuale potrà eventualmente intervenire (v. più sotto).

ad 2

Circa quanto prevede e impone alla Y, l'accordo ASA/Santésuisse, si rinvia alla petizione, in particolare ai punti 4 e 5 della stessa.

La Y interpreta erroneamente detto accordo, sostenendo che l'obbligo di versamento di prestazioni sussiste solo fintanto che il dipendente è impiegato al 100% presso l'attuale datore di lavoro. L'accordo ASA/Santésuisse prevede invece chiaramente, all'art. 4 cpv. 2, che soltanto al momento del passaggio dell'assicurazione (e soltanto in tale frangente!) dal vecchio al nuovo ente assicurativo, i sinistri in corso passano al nuovo assicuratore soltanto se il dipendente è a quel momento impiegato al 100%.
Per il resto la Y è tenuta a versare le prestazioni alle stesse condizioni cui era tenuta la _____, quindi anche oltre i 727 giorni di indennità giornaliera completa.

Soltanto in questa sede giudiziaria la Y viene a contestare l'impiego al 100% dell'assicurata, fatto mai contestato da nessuno in precedenza: un atteggiamento che dev'essere se non altro stigmatizzato

Tanto più che agli atti ci sono numerosi documenti in cui è attestato tale impiego al 100%, primo fra tutti il questionario per il datore di lavoro, doc. F.

Inoltre, assai subdolamente, la Y produce una sua lettera 18.6.03 tentando di far credere che alla stessa non si sia dato seguito!

La tempestiva risposta dell'assicurata, con completa documentazione, era stata inviata.

Inoltre, in annesso quale ulteriore prova, si produce copia dell'annuncio infortunio LAINF 28.8.98 con cui è attestato un impiego del 100% già nel 1998.

Quale prova ulteriore, visto l'atteggiamento di controparte, si chiede inoltre la produzione dalla _____ quale precedente

assicurazione perdita di salario la produzione della documentazione contabile da dove risulti quali coperture e quali premi sussistevano per l'assicurata.

ad 3

Contestato integralmente quanto sostiene controparte.
La copertura cui deve beneficiare l'attrice riguarda indennità per perdita di guadagno e non prestazioni in ambito LPP.
Quanto "pasticciato" tra Y e datrice di lavoro non ci riguarda.

Circa il perdurare dell'incapacità lavorativa al 100%, almeno fino al 31.1.2005, produciamo in annesso gli ultimi certificati medici della Dr. _____ (5).

ad 4

Contestato, in base a quanto precedentemente espresso.
Per quanto riguarda il passaggio, a titolo cautelativo, all'assicurazione individuale, si ribadisce quanto precedentemente sostenuto (v. in particolare mia lettera 24.10.2003, doc. TT).

La presente procedura giudiziaria può pertanto e senz'altro continuare.

Per tutti questi motivi, si riconferma pertanto quanto chiesto in sede di petizione. Con protesta di spese e ripetibili." (Doc. XV)

1.8. Infine, in data 24 gennaio 2005 l'assicuratore ha rilevato:

"con riferimento all'ordinanza del 14.01.2005, pervenuta il 17.01.2005, a complemento della risposta di causa, nonché delle osservazioni del 14.12.2004, comunichiamo quanto segue.

Ad 1 e 2

Si prende atto che l'attrice non esclude che la pretesa formulata possa dover esser modificata a seguito delle prestazioni già versate da altri enti assicurativi.
Per il resto, la posizione della Y, che garantisce all'attrice la copertura assicurativa precedentemente assicurata, conformemente alle condizioni di passaggio in caso di casi pendenti, fissate dall'accordo ASA/santésuisse (art. 4), ma che sottopone al passaggio all'assicurazione individuale l'ulteriore diritto a prestazioni assicurative oltre il 30.04.2003, è corretta e viene mantenuta.
Un obbligo della Y a versare le prestazioni anche oltre 727 d'indennità giornaliera completa, come preteso dalla controparte, è certamente escluso.

Ad 3e4

La copertura LPP convenuta non è una prestazione LPP; trattasi sempre di un'assicurazione per la perdita di guadagno dovuta a malattia. La sua denominazione è dovuta al fatto che il diritto a prestazioni cessa, in particolare, con l'assegnazione di una rendita LPP.

Oltre ad un'affiliazione nell'ambito dell'assicurazione individuale, l'erogazione d'ulteriori prestazioni da parte della Y dipende dalla giustificabilità dal lato medico del protrarsi dell'inabilità lavorativa." (Doc. XVII)

1.9. Pendente causa il TCA ha proceduto a numerosi accertamenti di cui si dirà in seguito.

In diritto

In ordine

2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal in vigore dal 1° gennaio 2003 (corrispondente al precedente art. 1 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. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1° gennaio 1996), per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Recentemente l'Assemblea federale ha approvato la nuova legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), il cui art. 85 è simile all'art. 47 LSA attuale. Il termine di referendum è scaduto il 7 aprile 2005.

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.

In concreto la causa concerne una vertenza relativa ad un contratto di indennità giornaliera in caso di malattia retta dalla LCA (cfr. condizioni generali del contratto) e praticata dalla Y, ossia un assicuratore autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Il TCA è pertanto competente in merito.

Nel merito

- 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'assicuratore deve continuare a versare le prestazioni conformemente a quanto prevedevano le precedenti condizioni della _____, oppure se l'interessata, per poter beneficiare dell'erogazione di ulteriori prestazioni, deve accettare l'offerta di libero passaggio nell'assicurazione individuale della Y .
Va inoltre esaminato a quanto ammontano le indennità da versare.
- 2.3. Come visto, dal 1.1.2003 la Y è subentrata alla _____ nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera.

Il passaggio da un assicuratore ad un altro è avvenuto sulla base della "Convention de libre passage entre l'Association d'assurances (ASA)" di cui fa parte la _____, e "santésuisse – Les assureurs-maladie suisses (santésuisse)", di cui fa parte Y .

Il preambolo della Convenzione prevede che il suo scopo è "de régler le passage d'une personne assurée individuellement en indemnité journalière maladie collective dans une autre assurance individuelle du même type ou le passage d'effectifs d'assurés indemnité journalière maladie collective entre les assureurs qui ont adhéré à la présente convention (...) Grâce à cette convention, il s'agit d'éviter des frais administratifs élevés pour les assureurs ainsi que, de fait de la sélection des risques, des cas insupportables pour les assurés et les preneurs d'assurance."

(„Das vorliegende Abkommen bezweckt die Regelung des Übertritts einer einzelnen versicherten Person von einer Kollektivkrankentaggeldversicherung in die andere oder des Übergangs von Versichertenbeständen in den Kollektivkrankentaggeldversicherungen zwischen den Versicherern, die diesem Abkommen beigetreten sind." (...)
Mit diesem Abkommen sollen hohe administrative Aufwendungen für die Versicherer und unzumutbare Härten für die versicherten Personen und Versicherungsnehmer durch Risikoselektion vermieden werden.“)

L'art. 4 cpv. 2 della Convenzione prevede quanto segue:

"Les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus chez l'assureur actuel, pour autant que le travailleur soit employé à 100% chez le nouveau, resp. chez l'employeur actuel. En cas d'engagement dans les limites de la capacité de travail résiduelle, l'assureur actuel prend en charge le cas de sinistre en cours."

("Laufende Schadenfälle gehen ab Datum des Versichererwechsels im Umfange der beim bisherigen Versicherer vorgesehenen Höhe des Taggelds, der Wartefrist und der Leistungsdauer zu Lasten des neuen Versicherers, sofern der Arbeitnehmer beim neuen bzw. bisherigen Arbeitgeber zu 100% angestellt ist. Bei einer Anstellung im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit, übernimmt der bisherige Versicherer den laufenden Schadenfall.")

Per l'art. 52 delle condizioni generali contrattuali (CGC) della _____, „la copertura di assicurazione cessa con il 30° giorno dopo quello in cui cessa il diritto di almeno alla metà del salario (lo stesso vale in caso di interruzioni di lavoro senza diritto al salario). Se gli assicurati accettano un nuovo impiego prima di questo termine, la copertura di assicurazione cessa già con l'entrata in servizio al nuovo impiego.”

Per l'art. 29 CGC per i casi di assicurazione, i quali dopo l'estinzione della copertura di assicurazione non sono ancora chiusi, la _____ effettua le sue prestazioni contrattuali anche oltre questa data (prestazione posteriore).

Le CGA della Y _____ prevedono invece, nel caso in cui l'interessato esce dalla cerchia degli assicurati, la continuazione delle prestazioni solo in caso di passaggio nell'assicurazione individuale (art. 3.5 e 13 CGA).

In DTF 127 III 106 il TF ha stabilito che nell'ambito di un'assicurazione collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA, il diritto alle prestazioni non dipende dall'affiliazione, contrariamente all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera prevista dagli art. 67 segg. LAMal. Pertanto, in assenza di clausole convenzionali che limitano o sopprimono il diritto alle prestazioni al di là del periodo di copertura, l'assicurato che, dopo un avvenimento che dà diritto alle prestazioni, esce da un'assicurazione collettiva perché cessa di far parte della cerchia di assicurati definita dal contratto, può far valere il diritto alle prestazioni anche per le conseguenze di tale avvenimento

prodottesi dopo l'estinzione del rapporto di assicurazione (consid. 3).

In concreto va pertanto esaminato quale delle due CGA va applicata. Infatti, se trovano applicazione le CGA della _____, la Cassa è tenuta a versare le prestazioni indipendentemente dal fatto che l'interessata abbia usufruito del libero passaggio nell'assicurazione individuale. In caso contrario invece, se si applicano le CGA della Y _____, è necessario che l'attrice abbia chiesto il libero passaggio.

Va pertanto innanzitutto interpretata la Convenzione di libero passaggio conclusa dagli assicuratori.

- 2.4. Per interpretare i contratti vanno applicate le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali derivanti dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22).

Un contratto deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, _____, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b) aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo 1997, n. 209 pag. 72),

Tuttavia, la parola non deve essere snaturata dal suo reale senso al punto di designare una cosa completamente diversa (DTF 64 II 387). Ma se le parti hanno concordemente voluto dare

ad un'espressione un'accezione diversa dal suo senso abituale, non v'è dunque ambiguità che giustifichi un'interpretazione svantaggiosa per l'assicurato (STF in SJ 1996 pag. 623). L'interpretazione di una clausola contrattuale deve fondarsi pure sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della clausola di cui si impone l'interpretazione (ROELLI/KELLER, Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag, 1968, pag. 459, pagg. 462-463).

Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori un'interpretazione (DTF 127 III 44 consid. 1b). Bisogna esaminare se ci sono dei motivi per ritenere che una clausola debba essere compresa diversamente dal suo senso letterale (DTF 128 III 212 consid. 2b)bb).

Non vi sono comunque i presupposti per scostarsi dal senso letterale di un testo adottato dalle parti quando non vi sono ragioni serie per ritenere che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a).

2.5. In concreto occorre quindi ricercare il senso della Convenzione di libero passaggio.

Come visto, scopo della Convenzione è quello di evitare che, in virtù della selezione dei rischi, nel caso di cessazione di copertura assicurativa, vi siano assicurati o prenditori di assicurazione che si ritrovino in difficoltà nel trovare una nuova copertura assicurativa.

Per questo motivo, in caso di sinistro in corso, come in concreto, il nuovo assicuratore deve erogare le indennità giornaliere a concorrenza del medesimo importo, dello stesso termine d'attesa e della stessa durata delle prestazioni del vecchio assicuratore, *"pour autant que le travailleur soit employé à 100% chez le nouveau, resp. chez l'employeur actuel."* (*"sofern der Arbeitnehmer beim neuen bzw. bisherigen Arbeitgeber zu 100% angestellt ist."*).

Mentre la Cassa ritiene di non dover erogare le prestazioni secondo quanto prevedono le condizioni della _____, poiché l'assicurata nel frattempo è senza lavoro, l'interessata rileva da parte sua che al momento del passaggio da un assicuratore all'altro, essa lavorava, avendo ricevuto la lettera di disdetta a fine gennaio 2003.

Dagli atti emerge che *“die Übertrittsbedingungen bei laufenden Schadenfällen wurden präzisiert. So wurde z.B. neu festgehalten, dass laufende Schadenfälle nicht vom neuen Versicherer zu übernehmen sind, wenn eine versicherte Person nur im Rahmen ihrer Restarbeitsfähigkeit bei einem neuen Arbeitgeber abgestellt wird.”* Lo scopo della convenzione di libero passaggio tra gli assicuratori è quello di : *“in der Vereinbarungen wird insbesondere festgehalten, dass laufende Schadenfälle grundsätzlich auf den neuen Versicherer übergehen. Der neue Versicherer muss bei der Offenstellung somit die laufenden Schadenfälle einkalkulieren. Mit dieser Massnahme kann weitgehend verhindert werden, dass ein Versicherungsnehmer Sanierungsmassnahmen unterläuft, indem er einen neuen Vertrag bei einem Mitbewerber abschliesst.”* (doc. Q).

Alla luce delle affermazioni dei rappresentanti degli assicuratori emerge che scopo della convenzione di libero passaggio è quello di evitare all'assicurato di perdere i diritti di cui beneficiava precedentemente unicamente a causa del cambiamento dell'assicuratore. L'unica condizione prevista è che l'assicurato sia occupato al 100%. Questa condizione, a non averne dubbio, deve essere realizzata solo al momento del passaggio da un assicuratore all'altro, e non successivamente. Altrimenti il lavoratore sarebbe penalizzato. Infatti, potendo essere licenziato dopo il termine del periodo di protezione, l'art. 4 cpv. 2 verrebbe svuotato del suo scopo.

In concreto la Cassa, nel corso di causa, ha messo in dubbio più volte il grado di occupazione dell'assicurata.

Il TCA ha interpellato il datore di lavoro dell'assicurata, il quale ha affermato che l'interessata è stata alle sue dipendenze fino al 30.04.2003, *“prima dell'infortunio il grado di occupazione era del 100%, la riduzione c'è stata dal 24.8.1998 al 50% data dell'infortunio. E dal 30.4.2001 al 100% d'inabilità lavorativa.”* Ha poi trasmesso le dichiarazioni di salario AVS del 2000 e 2001, da cui risulta un importo di fr. 18'900 per il primo anno e di fr. 6'300 per il secondo (doc. XXV).

Per cui l'assicurata era alle dipendenze della fisioterapista al 100% ed ha ridotto la sua attività al 50% poiché per la medesima percentuale si trovava in infortunio. Successivamente, dal 30 aprile 2001 è in malattia al 100%.

Poiché l'assicurata è stata assunta al 100% ed ha ridotto l'attività a causa dell'infortunio prima e della malattia poi e visto che l'assicurata non era impiegata nell'ambito della capacità residua, il passaggio dal precedente assicuratore a quello attuale è avvenuto correttamente secondo l'art. 4.2 della citata convenzione di libero passaggio tra assicuratori.

La convenuta è pertanto tenuta ad erogare all'attrice le indennità giornaliere a concorrenza del medesimo importo, dello stesso termine d'attesa e della stessa durata delle prestazioni del vecchio assicuratore.

- 2.6. Resta da esaminare quanto deve ancora pagare l'assicuratore convenuto e per quanto tempo.

Da uno scritto del 17 dicembre 2002 del precedente assicuratore all'attrice (doc. H), emerge che l'indennità giornaliera riconosciuta dal 1.2.2002 al 31.12.2002, ammontava a fr. 61.45 al giorno, così calcolata:

salario annuo fr. 37'800
salario giornaliero: fr. 37'800 : 365 = fr. 103.56
salario giornaliero all'80%: fr. 82.85

Dall'importo giornaliero di fr. 103.56 l'assicuratore ha dedotto:

fr. 26.82 di rendita AI (816 X 12 : 365)
fr. 8.51 di rendita LAINF (259 X 12 : 365)
fr. 6.78 di rendita LPP (2'478 : 365)

ed ha versato un importo totale di fr. 20'095 dal 8.2.2002 (7 giorni d'attesa) al 31.12.2002 (327 x 61.45).

Nel gennaio 2003 la _____ ha ancora versato fr. 1'905 (61.45 X 31), in attesa che il nuovo assicuratore subentrasse.

La convenuta ha invece versato, per il periodo fino al 30.04.2003, fr. 3'079.40 (4'984.40 – 1'905 rimborsati alla _____), ossia fr. 34.60 al giorno dal 1.1.2003.

Il 12 giugno 2003 la _____ ha proceduto ad una compensazione in seguito alla modifica dell'ammontare della rendita AI dal 1.8.2002 al 31.12.2002 da fr. 816 al mese a fr. 1'632.

Con scritto di pari data ha affermato che in quel periodo la perdita effettiva dell'attrice ammontava a fr. 15'845 (fr. 103.56 x 153 giorni) e che, poiché la _____ aveva già versato, per quel periodo, fr. 9'402 (fr. 61.45 X 153), rimanevano "scoperti" fr. 6'443 (15'845 – 9'402). Considerato che, per lo stesso periodo, l'assicurazione AI deve versare fr. 8'160 (fr. 1'632 x 5 mesi), è stata effettuata una compensazione di fr. 1'864.

Riassumendo, l'attrice ha ricevuto complessivamente dalla _____ fr. 20'136 (fr. 20'095 + 1'905 – 1'864) e da CSS fr. 3'079.40, per un totale di fr. 23'215.40.

Pendente causa il TCA ha interpellato la _____, chiedendo:

- "1. A quanto ammonta, complessivamente, l'importo effettivamente versato dalla _____ a **XXX** nel 2002?
A quanto ammonta l'importo versato a **XXX** nel 2003?
2. Voglia presentare per esteso e dettagliatamente il calcolo effettuato dalla _____ relativo alle indennità giornaliere versate, precisando in particolare quali prestazioni di quali assicurazioni sono state prese in considerazione nel conteggio.
3. L'indennità giornaliera è stata calcolata su un importo di fr. 103.56 (ossia al 100%) oppure di fr. 82.85 (ossia all'80%)? Perché?
Se la prestazione è stata calcolata su un importo di fr. 82.85, per quale motivo nello scritto del 17 dicembre 2002 il calcolo è stato effettuato sulla base di fr. 103.56?
4. Per quale motivo è stato preso in considerazione un salario annuo di fr. 37'800?
Chi vi ha fornito questa indicazione ed a quando risale?
In particolare quanto guadagnava mensilmente **XXX** prima della malattia? L'assicurata lavorava al 100%, al 50% (altra percentuale)?
5. Voglia trasmetterci l'intero incarto della _____ inerente questa pratica." (doc. XIX)

L'assicuratore alla domanda 1 ha risposto affermando di aver versato all'attrice, nel 2002, fr. 20'201 (20'095 per perdita di salario + 106 per rimborso spese viaggi). Circa la seconda domanda l'assicuratore ha rinviato al suo scritto del 17.12.2002 di cui si è detto prima.

Alla terza richiesta ha risposto che "il calcolo è stato effettuato tenendo conto del 100% della perdita salariale, ossia fr. 103.56 al giorno, sulla base dell'art. 32 delle CGA", rilevando inoltre che "a titolo aggiuntivo e per quanto riguarda il secondo capoverso, questo è altresì il concetto che dovrebbe applicare il nuovo e

*subentrato assicuratore. Dunque; si riconosce l'effettiva perdita di salario ma al massimo la diaria convenuta: pregiudizio effettivo fr. 61.45
Ma al massimo la diaria convenuta, secondo contratto l'80% di fr. 103.65, ossia fr. 82.85."*

Infine il precedente assicuratore, a proposito della domanda 4, ha rilevato di aver utilizzato il salario annuo di fr. 37'800, secondo la dichiarazione del datore di lavoro del 25 febbraio 2002 figurante sul formulario "notifica per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia". La Cassa ha precisato che "secondo quanto indicatoci fr. 37'800, divisibile per 12 o 13 mensilità per noi non era pertinente, trattasi a tutti gli effetti della remunerazione annua e su questa si basa il calcolo dell'indennità giornaliera. Secondo quanto indicatoci lavorava al 50% e il rimanente sarebbe passata in AI a seguito dell'infortunio del 24.08.1998. Tuttavia persisteva un contratto di lavoro al 100%. L'assicuratore LAINF (Alpina Assicurazioni) poneva termine all'indennità giornaliera in data 31.01.2002 da qui la notifica nei nostri confronti quali assicuratori malattia. In questo senso e sempre riferendoci al nostro conteggio del 17.12.2002 (doc. Z-19 e Z 51/1) abbiamo tenuto conto della rendita AI portandola in deduzione. Tutto questo applicando le disposizioni contrattuali come indicatovi nella risposta alla domanda n. 3." (doc. XX)

L'art. 32 CGA citato dal vecchio assicuratore prevede che se l'assicurato ha diritto anche a prestazioni da assicurazioni federali o aziendali se un terzo responsabile ha effettuato tali prestazioni, la _____ completa queste prestazioni soltanto fino a concorrenza dell'effettiva perdita di guadagno dell'assicurato. La _____ paga al massimo la diaria convenuta. Se viene versata una diaria ridotta, la durata delle prestazioni si protrae sino a che l'importo complessivo delle diarie concesse non corrisponde alla prestazione in caso d'incapacità totale al lavoro senza riduzione. Questa disposizione è pure applicabile alle istituzioni di assicurazione equivalenti con sede all'estero.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto emerge che l'assicurata, come indicato nello scritto del 17 dicembre 2002 sopra citato, ha diritto al versamento, da parte della convenuta, di un importo massimo di fr. 82.85; tuttavia se altri assicuratori erogano delle prestazioni, queste vanno dedotte dall'importo complessivo di fr. 103.56 e, nella misura in cui l'ammontare percepito supera i fr.

20.71 (103.56 – 82.85), l'importo eccedente va dedotto dall'ammontare di fr. 82.85 dovuto dalla convenuta.

Inoltre, se viene versata una diaria ridotta, la durata della prestazione si protrae sino a che l'importo complessivo delle diarie concesse non corrisponde alla prestazione in caso d'incapacità totale al lavoro senza riduzione. L'assicuratore eroga pertanto l'importo complessivo di fr. 59'652 (82.85 x 720; cfr. anche petizione, punto 3).

Per quanto concerne le prestazioni da erogare nel 2003 e fino al 15 giugno 2004, come richiesto con la petizione, dagli atti emerge che la rendita AI nel 2003 e 2004 ammontava a fr. 1'671 (doc. L), la rendita LPP a fr. 5'230 annui (doc. T), mentre per la rendita LAINF vi è solo l'indicazione del 2002 di fr. 259 mensili. Ritenuto che comunque l'interessata afferma che da gennaio la rendita ammonta a fr. 262 e che la causa, attualmente, è pendente al TCA (inc. 35.2004.76), il dato è comunque provvisorio e, in futuro, saranno possibili ulteriori modifiche e compensazioni.

Dagli atti allegati dall'attrice con la richiesta dell'assistenza giudiziaria, emerge che dal 1.1.2003 al 31.1.2004 l'assicurata ha beneficiato anche di un'indennità giornaliera perdita di guadagno di fr. 20 al giorno da S . Tuttavia il citato art. 32 CGA non si applica non trattandosi in concreto di un'assicurazione federale, bensì di un'assicurazione complementare privata. Del resto Y non dice nulla al proposito.

Con i dati attuali, per il periodo 2003/ 2004 l'indennità giornaliera ammonta a fr. 25.71 al giorno (103.56 - 54.95 [1'671 X 12 : 365] – 14.30 [5'230 : 365] – 8.60 [262 X 12 : 365]). L'importo complessivo dovuto fino al 15 giugno 2004 è di fr. 13'677.75 (365 X 25.71 + 167 X 25.71). Poiché la Cassa ha già versato fr. 4'984.40, la convenuta deve ancora un importo di fr. 8'693.35.

Va ora esaminato a quanto ammonta ancora, al massimo, l'importo che la Cassa deve erogare dal 16 giugno 2004, nella misura in cui la malattia dell'assicurata continua.

Come visto l'importo massimo erogabile è di fr. 59'652. Da questa somma vanno dedotti fr. 13'677.75 (importo dovuto dal 1.1.2003 al 15.6.2004) e l'importo già versato nel 2002 dalla _____, ossia fr. 18'231 (20'095 – 1'864

compensati con la Cassa AI), per un importo ancora dovuto di fr. 27'743.25.

In conclusione, la petizione va parzialmente accolta. La Cassa deve versare all'attrice fr. 8'693.35 per indennità perdita di guadagno fino al 15 giugno 2004.

E' accertato che l'importo massimo che la convenuta deve erogare se l'assicurata è ammalata anche dopo il 15 giugno 2004 ammonta a fr. 27'743.25.

- 2.7. Visto l'esito della procedura, l'attrice, vincente parzialmente in causa, rappresentata da un avvocato, ha diritto all'importo di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili parziali (cfr. art. 22 LPTCA).

L'esito della vertenza e il diritto a ripetibili parziali rendono priva di oggetto la richiesta di ammissione al gratuito patrocinio relativa alla parte per la quale l'assicurata è vincente in causa (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02; STFA dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99; STFA del 18 agosto 1999 nella causa T., U 59/99; STFA del 2 agosto 1999 nella causa D., I 360/97; STFA del 19 novembre 1998 nella causa S., P 7/97 e STFA del 27 aprile 1998 nella causa C., U 18/97).

- 2.8. Nella limitata misura in cui l'assicurata è soccombente, essa può invece essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia le relative condizioni (cfr. DTF 124 V 301 consid. 6).

Secondo l'art. 21 cpv. 2 LPTCA la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria.

La legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria, in vigore dal 30 luglio 2002 (cfr. art. 38 Lag e BU 30/2002 pag. 213 segg.), si applica alle domande di assistenza giudiziaria introdotte dopo la sua entrata in vigore.

L'art. 3 della citata legge prevede:

¹"L'istituto dell'assistenza giudiziaria garantisce alla persona fisica indigente la tutela adeguata dei suoi diritti dinanzi alle Autorità giudicanti del Cantone."

²E' ritenuta indigente la persona che non ha la possibilità di provvedere con mezzi propri agli oneri di procedura o alle spese di patrocinio."

Le altre condizioni per l'ammissione all'assistenza giudiziaria enunciate dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria sono così definite negativamente all'art. 14 Lag:

"¹L'assistenza giudiziaria non è concessa se:

- a) la procedura per la persona richiedente non presenta probabilità di esito favorevole;
- b) una persona ragionevole e di condizioni agiate rinuncerebbe alla procedura a causa delle spese che questa comporta.

²L'ammissione al gratuito patrocinio non è concessa se la persona richiedente è in grado di procedere con atti propri, se la designazione di un patrocinatore non è necessaria alla corretta tutela dei suoi interessi o se la causa non presenta difficoltà particolari."

L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 la 11ss.; DTF 103 la 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori, B. Cocchi, F. Trezzini, Codice di procedura civile ticinese, 2a edizione, Lugano 2000, N. 20 ad art. 155, p. 479). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 la 11ss.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 Y (B. Cocchi, F. Trezzini, op. cit., N. 20 ad art. 155, p. 479 e giurisprudenza ivi citata).

Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich*, p. 165).

Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04).

L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (cfr. RAMI 1996 N. U 254 pag. 209 consid. 2; STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa H., pag. 3).

In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1ss., il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale.

L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo (Cocchi, F. Trezzini, op. cit., N. 10 ad art. 156 p. 490).

Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA infatti si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa J.P.H., pag. 4, consid. 2 e giurisprudenza citata non pubbl.). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (cfr. DTF 119 la 12 consid. 5; DTF 118 la 369ss).

Secondo la giurisprudenza del TFA, infine, la decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria può essere modificata o revocata. Trattandosi di una decisione processuale ("prozessleitender Entscheid") non passa infatti in giudicato materiale, ma solo formale. La modifica può avvenire anche con effetto retroattivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b).

- 2.9. Nel caso di specie con la presente sentenza è stato riconosciuto il diritto dell'assicurata di percepire un importo di fr. 8'693.35 e di aver diritto ancora a fr. 27'743.25 al massimo.

Secondo la Tabella per il calcolo del minimo d'esistenza agli effetti del diritto esecutivo allestita dalla Camera di esecuzione e fallimento CEF, quale Autorità di vigilanza cantonale, in vigore dal 1° gennaio 2001, l'importo base mensile per una persona sola è di fr. 1'100 al mese. A questo importo va aggiunto un supplemento del 15-25% conformemente alla recente giurisprudenza del TFA.

Dagli atti emerge che l'assicurata, che il 31.12.2003 disponeva di una sostanza di fr. 1'629.41, mensilmente deve far fronte ad una locazione di fr. 891, oltre a fr. 124 per l'assicurazione dell'automobile (744.10 : 6) e fr. 26.40 per le targhe (316 : 12), oneri sociali per fr. 36.15 (108.40 : 3), un conguaglio spese di fr. 52.70 (632.40 : 12), e fr. 286.30 di cassa malati.

Va tuttavia a questo proposito rilevato che l'insorgente, beneficiaria nel 2004 di fr. 243 di prestazioni complementari, poteva contare anche sul sussidio della Cassa malati (cfr. la decisione della prestazione complementare del 26.1.2004 dove viene indicato un importo versato direttamente all'Ufficio assicurazione malattia). Sia come sia, come si vedrà in seguito, anche prendendo in considerazione l'intero premio LAMal, l'assistenza giudiziaria non va riconosciuta.

Va invece rilevato che le assicurazioni non obbligatorie (per es. le assicurazioni private LCA), sono prese in considerazione solo in casi particolari.

In concreto non ci sono motivi per prendere in considerazione anche i premi delle assicurazioni complementari.

Per cui, sulla base di quanto sopra esposto, il fabbisogno della richiedente ammonta a fr. 1'416.55 (compresi i premi LAMal), cui va aggiunto l'importo di fr. 1'100 che comprende le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° gennaio 2001), per un importo complessivo di fr. 2'516.55.

Il reddito mensile è composto da fr. 1'671 di rendita AI, fr. 243 di complementare, fr. 262 di rendita LAINF, fr. 435.80 di rendita LPP, oltre a fr. 771.30 di indennità giornaliera (fr. 25.71 X 30, cfr. supra), per complessivi fr. 3'383.10.

Con un reddito di fr. 3'383.10 l'attrice deve far fronte a fr. 2'516.55. Ora, anche volendo aggiungere il supplemento massimo del 25% al minimo esecutivo di fr. 1'100, ossia fr. 275, conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04 e un importo di fr. 225.20 per le imposte (1'224.50 [imposte cantonali] + 1'367.75 [imposte comunali] + circa 110 [imposte federali] : 12), comunque vi sarebbe un eccedenza di fr. 366.35.

Nella STFA appena citata il TFA non ha considerato indigente una famiglia composta di due genitori e due figli la cui eccedenza mensile, applicando il supplemento del 15-25%

all'importo di base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, oscillava tra fr. 175.50 e fr. 415.50 al mese.

In particolare l'Alta Corte ha rilevato:

"(...)

4.1.3 Sulla base della documentazione prodotta agli atti, i primi giudici hanno fatto stato di un reddito mensile complessivo di fr. 4'618.- (fr. 3'348.- [rendita intera Al oltre alle complete per la moglie e per i figli, nati nel 1988 rispettivamente nel 1993] + fr. 1'270.- [rendita della previdenza professionale]) a fronte di un fabbisogno globale stabilito in fr. 3'842.50 (fr. 2'400.- [importo base così composto: 1'550.- + 500 + 350] + fr. 1'142.- [locazione] + fr. 118.- [premio dell'assicurazione malattia, dedotti i sussidi cantonali] + 32.50 [contributo AVS della moglie] + fr. 150.- [imposte]). In definitiva, essi hanno quindi ritenuto un'eccedenza mensile di circa fr. 750.-, più precisamente di fr. 775.50.

4.1.4 Gli importi esposti, ai quali si è richiamata la Corte cantonale per l'accertamento dello stato d'indigenza, sono stati dedotti dalle indicazioni fornite in quella sede dallo stesso ricorrente. Essi non si rivelano pertanto confutabili, né peraltro l'insorgente contesta l'una o l'altra posizione. Ora, anche volendo aggiungere all'importo di base di fr. 2'400.-, correttamente determinato sulla base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, un supplemento del 15-25%, risulterebbe comunque un'eccedenza oscillante tra fr. 175.50 e fr. 415.50 al mese. In tali condizioni, considerati anche la gratuità della procedura in materia, l'assenza di ripetibili da dover pagare nonché il (relativamente) basso valore di lite (sostanzialmente fr. 8'775.20, di cui: fr. 4'860.- quale differenza tra l'IMI del 5% ottenuta e quella richiesta del 10% [stante un ammontare massimo del guadagno assicurato all'epoca dell'infortunio di fr. 97'200.-], e fr. 3'915.20 per rimborso spese) che, secondo la tariffa cantonale dell'ordine degli avvocati (cfr. i combinati disposti di cui agli art. 9 e 30 della Tariffa secondo i quali l'onorario normale per una procedura assicurativa con un valore di causa come quello che ci occupa può essere al massimo fissato al 14% [70% di 20%] di quest'ultimo), permette di stimare le spese di patrocinio approssimativamente in fr. 1'230.-, la precedente istanza poteva ammettere la possibilità, per F. _____, di saldare ratealmente e in un termine adeguato le spese di avvocato senza con ciò incorrere in una violazione del concetto di indigenza appartenente al diritto federale (v. DTF 109 la 9 consid. 3a; cfr. inoltre pure la sentenza citata del 25 settembre 2000 in re E., nel cui ambito un'eccedenza mensile di fr. 33.40, calcolata per una persona sola ma dopo avere apportato un supplemento sull'importo base LEF "soltanto" del 15%, è per contro stata ritenuta insufficiente)." (STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04, consid. 4.1.3., 4.1.4.)

Di conseguenza, nell'evenienza concreta, considerata l'eccedenza, la gratuità della procedura, l'assenza di ripetibili da versare e, al contrario, il fatto che l'assicurata abbia diritto a delle ripetibili parziali di fr. 1'800.--, oltre ad un ammontare di fr. 8'693.35, il TCA deve concludere che l'assicurata può saldare le

spese legali ratealmente e in un termine adeguato senza cadere in uno stato di indigenza.

Alla luce di quanto sopra esposto, risulta superfluo esaminare se le altre due condizioni necessarie per ottenere la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempiute considerato come già solo per la mancanza dell'indigenza l'istanza dev'essere respinta.

- 2.10. Le parti chiedono genericamente l'assunzione di ulteriori prove. Il TCA rinuncia all'assunzione di nuove prove. Infatti, la documentazione agli atti è già sufficientemente chiara per permettere a questo Tribunale di statuire in merito alla vertenza senza dover procedere ad ulteriori accertamenti.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

- 2.11. Secondo l'art. 47 cpv. 4 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.

Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato

emesse, precisando che l'ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse.

Alla luce della LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

- 2.12. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG).
L'art. 46 OG precisa che

"Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno."

Nel caso di specie, il valore litigioso supera i fr. 8'000, per cui il presente giudizio è impugnabile mediante ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

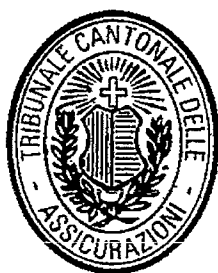
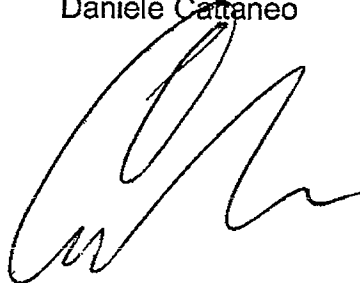
dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **parzialmente accolta**.
§ Y Assicurazione SA è condannata a versare a **XXX** un importo di fr. 8'693.35.
§§ Nella misura in cui l'incapacità lavorativa di **XXX** si protrae oltre il 15.6.2004, la Y dovrà pagare prestazioni giornaliere conformemente a quanto esposto nei considerandi.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La Y verserà a **XXX** fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa).
- 3.- L'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio, in quanto non divenuta priva di oggetto, è **respinta**.

4.- Intimazione alle parti e all'UFAP.
Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

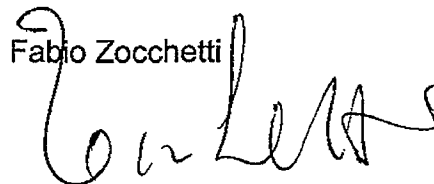
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

25 MAG. 2005

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI