

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 5 febbraio 2005 di

XXX

contro

Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico,

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- A. Negli anni 2002 e 2003 **XXX** beneficiava, fra le altre, anche di un'assicurazione complementare d'indennità giornaliera S stipulata presso Y Assicurazioni SA. Per motivi ininfluenti ai fini della soluzione di questa vertenza, nel 2004 l'attrice ha chiesto il passaggio all'assicurazione d'indennità giornaliera per economia domestica CASA, concessole retroattivamente dal 10 agosto 2004 (doc. A6). Questa copertura, del costo di Fr. 166.- al mese, prevedeva il diritto ad un'indennità di Fr. 100.- al giorno nei casi di malattia o infortunio, previa attesa di sette giorni dall'insorgenza dell'evento (doc. 9).
- B. Dal 18 luglio 2003 l'attrice è inabile al lavoro nella misura del 50% (docc. 5 e A2), inabilità che l'assicuratore si è preso a carico in virtù dell'allora vigente copertura S.

Per quanto concerne invece la nuova copertura CASA, prima di procedere al versamento dell'indennità concordata l'assicuratore ha chiesto all'interessata di trasmettere "la documentazione dei costi necessari a provare la sua perdita di guadagno" (doc. A6). La contraente ha contestato tale richiesta, a motivo che l'art. 6.2 CSA CASA pretende l'invio di tale documentazione soltanto per le prestazioni *superiori* a Fr. 50.- al giorno, circostanza che non sarebbe data in concreto siccome l'indennità giornaliera che spetterebbe all'attrice sarebbe *pari* a Fr. 50.-, ossia alla metà della prestazione assicurata (Fr. 100.-) data la sua incapacità lavorativa del 50%.

- C. Il 28 dicembre 2004 (doc. A10) Y si è pronunciata negativamente in proposito, evidenziando che, siccome la prestazione assicurata è di Fr. 100.- al giorno, la contraente dovrebbe documentare i costi derivati dalla sua malattia, indipendentemente dal suo grado d'inabilità lavorativa rispettivamente dall'importo netto d'indennità giornaliera a suo favore (Fr. 50.- a causa dell'incapacità lavorativa del 50%).

Con petizione del 5 febbraio 2005 (doc. I) l'attrice ha ribadito la propria interpretazione dell'art. 6.2 CSA CASA, chiedendo che le siano versate le indennità giornaliere che le spettano senza dover comprovare i costi sostenuti per l'aiuto domestico.

La convenuta ha chiesto di respingere la petizione, ribadendo la sua presa di posizione (doc. III).

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 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

nel merito

2. Questo TCA deve stabilire se l'assicuratore è tenuto a versare all'attrice, sulla base della copertura CASA in vigore dal 1° agosto 2004, delle indennità giornaliere per perdita di guadagno a causa della malattia che l'ha resa inabile al lavoro al 50% dal 18 luglio 2003. La corresponsione di queste prestazioni dipende

dall'obbligo per l'attrice di presentare, o meno, la documentazione attestante i costi sostenuti per i lavori domestici e l'assistenza alla famiglia, obbligo che sottostà a condizioni particolari.

3. Le Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) dell'assicurazione d'indennità giornaliera per economia domestica CASA (doc. A13) regolano l'assicurazione che copre fino alla cifra dell'indennità giornaliera assicurata i costi documentati per l'economia domestica e per la famiglia derivati da incapacità lavorativa dovuta a malattia o infortunio della persona assicurata (art. 1.1 CSA CASA).

L'art. 6 CSA CASA tratta della documentazione dei costi. Giusta l'art. 6.1 CSA CASA, per prestazioni fino a Fr. 50.- al giorno l'assicuratore rinuncia ad una documentazione dei costi. L'art. 6.2 CSA CASA prevede, *a contrario*, che per prestazioni superiori a Fr. 50.- al giorno, la persona assicurata deve documentare i costi derivati da malattia o infortunio. Sono riconosciuti come tali i costi sostenuti per i lavori domestici e l'assistenza alla famiglia prestati da istituzioni private e pubbliche di cura a domicilio, aiuto domestico, aiuto familiare e simili.

La questione verte sull'interpretazione di queste due disposizioni, in particolare sul significato del sostantivo "*prestazioni*".

Per l'attrice, con "*prestazioni superiori a CHF 50.-*" devono essere intese unicamente le prestazioni di cui la contraente ha diritto di beneficiare quando l'evento assicurato si realizza, ovvero le indennità giornaliere stipulate il 10 agosto 2004. Nel suo caso, se è vero che è stata concordata un'indennità giornaliera di Fr. 100.-, è altrettanto vero che la stipulante si trova in una situazione d'incapacità lavorativa del 50%. Di conseguenza, il suo diritto alle indennità si rivela essere della metà dell'ammontare pattuito, quindi di Fr. 50.-, per cui l'attrice non ritiene di dover fornire una documentazione dei costi sostenuti a causa della sua incapacità lavorativa parziale; tale indennità rientrerebbe infatti nell'ipotesi dell'art. 6.1 CSA CASA "*fino a CHF 50.-*" e non dell'art. 6.2 CSA CASA "*superiori a CHF 50.2*".

Secondo l'assicuratore ciò che conta sarebbe invece soltanto l'ammontare della prestazione assicurata, ovvero, in specie, i Fr. 100.- al giorno che, poiché superiori ai Fr. 50.- di cui agli artt. 6.1 e 6.2 CSA CASA, fanno sì che la persona assicurata debba

documentare i costi per l'economia domestica derivanti dalla sua malattia, indipendentemente dal suo grado d'inabilità lavorativa.

4. Per interpretare i contratti d'assicurazione privata bisogna applicare 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 tratte dalla dottrina e dalla giurisprudenza dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. Ib; STF in RUA XVI n. 22).

L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle OCA conviene tenere conto del loro valore normativo: dal momento che esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, è necessario che le stesse siano interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA).

L'interpretazione di OCA che sono oggetto di una larga diffusione deve lasciare uno spazio preponderante all'elemento sistematico (DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805).

Inoltre, spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55).

Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA).

L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA).

Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione 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. 1 b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, 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. 1 b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 III 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Ci si atterré 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), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) piuttosto che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 III 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). Rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342).

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).

Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (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. 1 b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DIE 117 II 609, JdT 1992 I 727).

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).

Inoltre, le dichiarazioni di volontà devono essere interpretate secondo il senso che il destinatario poteva e doveva attribuire loro (OG SO in RUA XVI n. 25; TC NE in RUA XV n. 47 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA).

Per determinare la volontà delle parti non bisogna dimenticare che l'assicurato, a differenza dell'assicuratore, non ha conoscenze specifiche in materia d'assicurazione (TD di Horgen in RUA III n. 49 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA).

Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori la possibilità d'interpretarla (DTF 127 III 44 consid. lb). Occorre esaminare se ci sono dei motivi per pensare che una clausola debba essere compresa in un'altra maniera che il 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 dagli interessati quando non vi sono ragioni serie per pensare che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid.2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a).

In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più favorevole al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 [consid. la](#); DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254).

Si tratta del principio *in dubio contra assicuratorem*, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (*in dubio contra stipulatorem o proferentem*), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 [consid. la](#); DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/ SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 1986, ad art. 1 CO, n. 109 pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e seg.).

Questo principio si applica sia per l'interpretazione di una polizza che delle CGA (OG LU in RUA XIV n. 37 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 75 ad art. 1 LCA). Tuttavia, ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio *in dubio contra stipulatorem* - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1992 623 seg.).

A titolo abbondanziale va osservato ancora che, secondo la giurisprudenza, le clausole limitative della copertura (clausole d'esclusione) devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso (DTF 118 II 342, JdT 1996 1128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in: CARRON, op. cit., n. 209 pag. 72 e n. 221 pag. 77; STF in RUA XIII n. 47; cfr. sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612 citate in: CARRON, op. cit., n. 282 pag. 97; MAURER, op. cit., pag. 247). Esse possono però essere redatte in termini generali, senza che sia necessario enumerare i casi d'esclusione, a condizione che la categoria degli avvenimenti esclusi sia descritta in modo sufficientemente preciso e non equivoco al fine che non sussista alcun dubbio sull'estensione del rischio assicurato, tenendo conto del contesto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128).

Visto dunque quanto precede, l'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep. 1993 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, *Privatversicherungsrecht*, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, op. cit., pag. 459).

Infine, si rammenta che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (VIRET, *Assurances-maladies complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*; Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, ed. IRAL 1997, pag. 666 segg., in particolare pag. 673).

5. Con l'assicurazione d'indennità giornaliera in oggetto le parti hanno voluto prevedere il versamento di indennità, da parte dell'assicuratore nei confronti della stipulante, qualora l'attrice fosse stata incapace di eseguire i lavori domestici e di assistere la propria famiglia a causa di una malattia o di un infortunio.

La questione verte sull'obbligo dell'assicuratore di versare all'attrice le indennità giornaliere fissate con la copertura CASA, considerato come quest'ultima non abbia comprovato le spese sostenute per l'aiuto domiciliare come vorrebbe l'art. 6 CSA CASA.

In virtù delle summenzionate CSA, tale obbligo è dato soltanto se la parte contraente documenta i costi sostenuti per i lavori domestici e l'assistenza alla famiglia prestati da istituzioni private e pubbliche di cura a domicilio, aiuto domestico e aiuto familiare.

Tuttavia, come visto, le CSA CASA non prevedono che lo stipulante debba sempre apportare la prova delle spese sopportate. Questa esigenza esiste per "*prestazioni superiori a CHF 50.- al giorno*".

Siccome questo Tribunale non ha constatato una reale e comune intenzione delle parti a proposito del significato dei due disposti artt. 6.1 e 6.2 CSA CASA, occorre ricercare il senso che attrice e convenuta potevano e dovevano dare, in buona fede, all'espressione "*prestazioni*" usata in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b).

Resta quindi da interpretare attentamente il contenuto di dette norme sulla scorta dei principi giurisprudenziali sopra esposti.

6. Contrariamente a quanto sostiene l'assicuratore, il sostantivo "*prestazioni*" va inteso nel senso suggerito e capito dall'attrice.

Nella lingua italiana, per "prestazione" si intende il risultato conseguito in rapporto alle capacità (Dizionario della lingua italiana, Devoto-Oli). Già da un'interpretazione letterale di questa parola si può capire la differenza che intercorre fra le *pattuizioni* concordate tra le parti contraenti e le *prestazioni* effettivamente ricevute da ciascuna. Nell'evenienza concreta, le prime corrispondono all'importo di Fr. 100.- concordato dalle parti per ogni giorno di incapacità lavorativa dell'attrice dovuta a malattia o infortunio. In questo caso, le pattuizioni corrispondono alla somma assicurata dalla stipulante. Le seconde, consistono invece nell'ammontare che la beneficiaria della copertura CASA riceverà effettivamente a dipendenza della sua inabilità lavorativa per malattia o infortunio.

Le stesse GSA CASA illustrano la natura di queste prestazioni. L'art. 4 CSA CASA recita che il diritto alle prestazioni esiste in caso di incapacità lavorativa dimostrata di almeno il 50%. Il periodo di differimento e inizio delle prestazioni è regolato dall'art. 7 GSA CASA, secondo cui *il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera* per economia domestica inizia dopo la decorrenza del periodo di differimento concordato. Per l'art. 8 GSA CASA relativo alla *durata delle prestazioni*, *l'indennità giornaliera assicurata* viene corrisposta durante al massimo 365 giorni civili nel corso di 5 anni. I giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono contati come giorni interi. In caso d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 50% confermata dal medico, la

somma d'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta in proporzione al grado d'incapacità lavorativa (art. 9 CSA CASA). Da quanto precede il TCA osserva che per "*prestazioni*" si intendono le indennità giornaliere assicurate a cui ha effettivamente diritto la parte contraente, ossia i versamenti dell'assicuratore dovuti a dipendenza della somma assicurata e del grado di inabilità lavorativa della beneficiaria della copertura assicurativa.

In specie, l'indennità giornaliera assicurata dall'attrice per un premio mensile di Fr. 166.- corrispondeva a Fr. 100.- (docc. 9 e A13). Teoricamente, la contraente poteva quindi ottenere una prestazione di Fr. 100.- al giorno in caso d'incapacità lavorativa totale (*somma assicurata*). In realtà, considerato come la sua malattia la invalidava "soltanto" nella misura del 50%, in virtù del citato art. 9 CSA CASA)00(aveva diritto a percepire esclusivamente il 50% dell'indennità giornaliera assicurata (*prestazione effettivamente ricevuta*). In tale circostanza, la somma assicurata e la prestazione a cui l'attrice aveva diritto non coincidono. Di conseguenza, dal 10 agosto 2004 le spettava una prestazione di soli Fr. 50.- al giorno, contro i Fr. 100.- pattuiti.

7. Questa conclusione comporta che, a dipendenza della malattia che l'ha resa inabile al lavoro nella misura del 50%, l'attrice sia esonerata dal produrre la documentazione dei costi sostenuti per i lavori domestici e l'assistenza alla famiglia che avrebbe ricevuto proprio a seguito della sua incapacità lavorativa. Infatti, per "*prestazioni fino a CHF 50.- al giorno*" si intendono le indennità giornaliere effettivamente versate che ammontano a Fr. 50.- al massimo, e la cifra di Fr. 50.- è quindi *compresa* (art. 6.1 CSA CASA).

Per contro, come lo stesso art. 6.2 CSA CASA specifica, per "*prestazioni superiori a CHF 50.- al giorno*" si intende una somma che supera, anche di soli 10 centesimi, l'importo limite della prestazione che l'assicuratore ha fissato quale punto di riferimento per potere esigere o meno da parte degli assicurati la comprova che essi abbiano effettivamente sostenuto delle spese per i lavori domestici e l'assistenza alla famiglia a causa della loro incapacità lavorativa.

La *ratio* di questa norma è di limitare infatti all'indispensabile le spese amministrative che ogni sinistro comporta. L'assicuratore ha quindi fissato un tetto massimo piuttosto contenuto che vuole escludere da un onere amministrativo non indifferente (p. es. vaglio della documentazione attinente ai costi ingenerati

dall'aiuto domiciliare di cui si può beneficiare a causa di un'incapacità lavorativa), controlli che invece vanno eseguiti a fronte di indennità versate di rilievo (ossia superiori ai CHF 50.-).

Ritenuto come, nel caso in esame, l'indennità giornaliera effettivamente versata all'attrice non si identifichi con l'ipotesi formulata dall'art. 6.2 CSA CASA, potendo infatti l'attrice beneficiare di una prestazione giornaliera - sottoforma d'indennità di Fr. 50.-, l'assicuratore non può dunque esigere che l'interessata produca la documentazione richiesta dall'art. 6.2 CSA CASA, applicandosi alla fattispecie l'esclusione dall'obbligo di comprova contemplata dall'art. 6.1 CSA CASA.

La petizione va quindi accolta. Sebbene sia vincente in causa, all'attrice non vanno assegnate ripetibili siccome non patrocinata. L'assicuratore deve versare a XXX le prestazioni assicurate, ossia le indennità giornaliere concordate, sempre in funzione del suo grado d'inabilità lavorativa, senza potere pretendere dalla medesima alcuna documentazione aggiuntiva nella misura in cui le prestazioni ammontano a Fr. 50.- al giorno.

8. 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."

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalle 365 indennità giornaliere (escluso il periodo di differimento, art. 8.2 CSA CASA) che l'assicuratore dovrebbe versare all'attrice a dipendenza della sua incapacità di lavoro - sorta il 18 luglio 2003 - a far conto dal 1° agosto 2004, ossia con l'entrata in vigore della nuova copertura CASA. Considerato come l'importo totale delle indennità giornaliere che le spetterebbero di diritto superi facilmente i succitati Fr. 8'000.-, sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

9. Si osserva ancora che secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze 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 citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **accolta**.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si assegnano ripetibili.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna
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 giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario
Fabi Zocchettit



INTIMAZIONE

20 GEN. 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICUZIONI