

Raccomandata

ti

Incarico n.

Lugano

36.2005.64

7 febbraio 2006

CS/ss

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 10 giugno 2005 di

XXX,
rappr. da: Xxxx,

contro

Y Assicurazione SA

rappr. da: Y Assicurazione Servizio giuridico,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. **XXX**, nata nel 1954, dipendente della _____ di _____ fino al 31 agosto 2003 quale stiratrice, era affiliata, per il tramite del proprio datore di lavoro, presso la Cassa malati Y contro la perdita di guadagno in caso di malattia. Con il 1° settembre 2003 l'interessata è passata nell'assicurazione individuale.

La copertura assicurativa prevede, dopo un periodo di differimento di 2 giorni, il versamento di un'indennità corrispondente all'80% del salario, per una durata di 730 giorni in un periodo di 900 giorni, se l'incapacità lavorativa attestata da un medico raggiunge perlomeno il 50%. In caso d'incapacità lavorativa parziale è prevista l'erogazione di un'indennità giornaliera proporzionalmente ridotta. L'indennità giornaliera assicurata individualmente è stata fissata sulla base di un importo di fr. 62 (doc. 10 e 12).

- 1.2. XXX è stata inabile al lavoro al 100% dal 27 novembre 2002 per malattia. L'assicuratore ha erogato le prestazioni pattuite fino all'esaurimento del suo diritto a fine novembre 2004.

Dopo aver accertato che dal 1 ° novembre 2003 l'interessata è stata messa al beneficio di una rendita AI completa di fr. 1'274 al mese, l'assicuratore ha effettuato il calcolo del sovraindennizzo, concludendo per un importo a suo favore di fr. 15'288, chiesti in compensazione all'assicuratore sociale (doc. G).

Il 17 novembre 2004 l'AI ha versato alla Cassa malati l'importo di fr. 9'714, trattenendo la somma di fr. 5'574 corrispondente alla rendita completa versata al marito dell'assicurata.

L'importo di fr. 5'574 è stato successivamente chiesto in restituzione direttamente a XXX, la quale, con petizione del 10 giugno 2005 si è rivolta al TCA, affermando:

"1. (...)

Non è facile oggi appurare, sulla base della documentazione di cui dispone la signora XXX, quale sarebbe stata la sua retribuzione annua nel 2003/2004, se avesse regolarmente lavorato.

Prudenzialmente, prendendo però come riferimento il salario minimo contrattualmente previsto per una stiratrice (nel 2004 pari a fr. 12.80 orari-doc. F), il salario annuo minimo presumibilmente perso avrebbe dovuto ammontare a:
fr. 12.80 orari x 40 h sett. x 52 settimane + **8,33% di tredicesima** =
fr. 28'841.80, invece dei fr. 22'692.- calcolati dalla Y.

(...)

Va ribadito che l'istituto delle assicurazioni sociali ha ricalcolato con decorrenza 1 novembre 2003 anche la rendita del marito _____, al quale evidentemente per quanto più sopra indicato non spetta più da quella stessa data la rendita completa per la moglie, in quanto anch'ella beneficiaria di rendita.

3. La Y ha tuttavia preteso pervicacemente il versamento di fr. 5'574.- (mancanti rispetto al loro calcolo unilaterale) e quindi non incassati, presentando direttamente richiesta di rimborso alla signora XXX (doc. H).

E' intervenuto il Segretario del Comune di _____, presentando una richiesta di condono, ma per tutta risposta la Y ha respinto l'istanza, invocando l'art. 62 del CO, in forza di un preteso indebito arricchimento da parte della signora **XXX** (doc. I).

Con scritto 3 marzo 2005 la scrivente organizzazione sindacale ha cercato di far comprendere alla Y assicurazioni che i coniugi _____ non disponevano più di un importo pari alla somma richiesta, in quanto vivono con la sola rendita AVS e con le prestazioni complementari (doc. L). Inoltre, si postulava l'applicazione

dell'art. 64 del CO, in quanto l'attrice e il marito erano in buona fede quando hanno percepito le prestazioni di indennità giornaliera di malattia e le rendite AVS con relativa completiva, mentre oggi non dispongono più dell'importo richiesto.

In definitiva l'attrice non è più arricchita dell'importo di fr. 5'574.-, ammesso e non concesso che lo sia stato in passato.

La buona fede è comunque assolutamente certa.

L'attrice e il marito hanno percepito e regolarmente speso mensilmente quanto versato dalla convenuta e dalla Cassa di compensazione e non hanno mai avuto non solo la disponibilità, ma neanche la percezione di una somma ricevuta in eccesso, tanto meno corrispondente a quella invocata dalla qui convenuta.

Ciò nonostante, la Y non ha cambiato opinione, continuando con la tesi dell'indebito arricchimento.

Con scritto 23 maggio 2005 (doc. M), l'attrice veniva infine diffidata per il tramite del nostro sindacato a versare fr.5'574.- entro il 15 giugno, altrimenti la Y si vedrebbe costretta ad adire le vie legali (sic!).

(...)

4. Si presenta la documentazione da cui risulta che i coniugi _____, che vivono della propria rendita AVS/AI e delle prestazioni complementari, sono confrontati con delle spese fisse tali da rendere per loro impossibile versare la somma richiesta, nemmeno a rate. In un gruppo di giustificativi (doc. N) si presentano le spese mensili dei coniugi _____: conto azienda elettrica fr. 50.-, cassa malati (fr. 70.40 per _____ e fr. 98.60 per _____), fr. 658.- canone di locazione, fr. 458.- per un leasing dell'auto, fr. 200.- quale rate di un debito precedentemente contratto, il cui saldo ammonta oggi a fr. 2'373.50. Il conguaglio spese accessorie alla locazione è di fr. 300.- annui circa e le normali spese di telefono fr. 70.-, luce fr. 100.- e il vitto calcolabile in fr. 800.- circa al mese. Un totale mensile quindi di circa fr. 2'900.- Non sono state computate le spese per il vestiario, l'assicurazione, la tassa di circolazione e quel minimo mensile che si spende per vivere dignitosamente, che si chiama svago.

Si allega altresì una dichiarazione del Comune di _____ che conferma la precaria situazione della famiglia e l'impossibilità di versare l'importo di fr. 5'574.- (doc. O).

Si aggiunge di transenna che nella fattispecie sono dati gli estremi per un condono (se anche l'importo fosse dovuto), in relazione alla buona fede (art. 3 cpv. 1 CC, art. 64 CO), non essendo peraltro riscontrabile negligenza, né alcun comportamento doloso. La signora XXX non è venuta meno nemmeno all'obbligo di informare.

D'altra parte, non è avvenuta alcuna prestazione indebita. Inoltre la restituzione comporterebbe come abbiamo visto un onere troppo gravoso, considerato che l'attrice vive con le sole prestazioni complementari e le spese sono state ampiamente comprovate.

(...)

5. Per completezza, va indicato che il vecchio datore di lavoro, la _____ di _____ è purtroppo fallita e quindi non è data all'attrice nemmeno la possibilità di recuperare con un'azione civile quanto le spetterebbe di diritto in relazione alle rendite arretrate versate integralmente alla Y.

Il Contratto Collettivo di Lavoro per l'industria dell'abbigliamento prevede, all'art. 27 che i lavoratori devono essere assicurati contro le malattie con una copertura che preveda le condizioni LAMaI.

Ai sensi dell'art. 72, cpv. 5 LAMaI qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo, i termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in corrispondenza alla riduzione.

Purtroppo, come detto, il datore di lavoro è caduto in fallimento e quindi la signora XXX non può pretendere in via giudiziaria che il datore di lavoro si faccia carico dell'importo di fr. 9'714.- incassati dalla Y e non restituiti a titolo di prolungamento delle prestazioni, come prevede invece la LAMaI.

La responsabilità del datore di lavoro sarebbe stata da ricondurre al fatto che non ha ottemperato al contratto collettivo di lavoro, assicurando l'attrice per il tramite della convenuta non con un contratto LAMaI. Perché la Y non garantisce prestazioni LAMaI, quali erano gli impegni presi con il datore di lavoro?

La signora XXX XXX, a causa delle suddette problematiche giuridiche, invece di poter pretendere un credito di fr. 9'714.- è confrontata con una richiesta di rimborso alla Y di fr. 5'574.-

Un vero e proprio paradosso!

La presente petizione tende quindi all'accertamento dell'illegittimità delle tesi della convenuta.

L'attrice si è vista calcolare la sovrassicurazione sulla base di un guadagno presumibilmente perso inferiore rispetto ai dati reali nella misura di fr. 7'000.- circa.

Già per questo aspetto, conformemente alla LAMaI o anche alla LPGa la signora XXX XXX non avrebbe dovuto rimborsare alcunché alla Y. Inoltre, nel calcolo effettuato dalla Y non è

stato nemmeno computato il premio assicurativo mensile di fr. 167.40 (doc. P) per la copertura assicurativa perdita di guadagno in caso di malattia, regolarmente incassato dalla convenuta.

In definitiva, la Y ha calcolato un sovraindennizzo esageratamente penalizzante e il rimborso non è dovuto o in via subordinata va condonato.

Per tutti questi motivi, la presa di posizione Y è illegittima, ingiustificata e deve essere respinta.

(...)

- 1) la petizione è accolta;
- 2) il calcolo del sovraindennizzo effettuato dalla Y è annullato in quanto errato, ne consegue che la signora XXX XXX non deve rimborsare alcunché alla Y;
- 3) in via subordinata, la signora XXX XXX non deve rimborsare i fr. 5'574.- richiesti e corrispondenti alla completa all'AVS percepita dal marito per il periodo 1 novembre 2003-31 ottobre 2004, perché non sono dati gli estremi previsti dall'art. 62 e segg. CO, oppure perché nella fattispecie è applicabile l'art. 64 CO. In ogni caso sono dati gli estremi per il condono.
- 4) spese e ripetibili rifuse." (Doc. I)

1.3. Con risposta del 24 agosto 2005 l'assicuratore propone di respingere la petizione, rilevando di aver eseguito il seguente calcolo:

"- stipendio 01.11.2003-30.10.2004, fr. 62.-- x 366 (2004 anno bisestile) =	fr. 22'692.--
- rendita AI per lo stesso periodo, fr. 1'274 x 12 =	fr. 15'288.--
- per un totale di	fr. 37'980.--
- che corrisponde ad un sovraindennizzo di	fr. 15'288.--

A seguito dell'assegnazione della rendita AI con decisione del 12.11.2004 l'indennità giornaliera a favore dell'attrice dall'01.11.2004 veniva ridotta a fr. 20.10 (cfr. doc. **E**).

Poiché per l'inabilità lavorativa del 100% l'attrice percepiva dalla Y un'indennità giornaliera intera di fr. 62.--, la Y ha correttamente stabilito che l'importo erogato dall'AZ comportava un sovraindennizzo di fr. 15'288.--, conformemente all'art. 15 delle CGA ed. 1997.

Contrariamente a quanto sostenuto dall'attrice, il calcolo del sovraindennizzo effettuato dalla Y è ineccepibile. Già il TCA in una fattispecie simile a quella che ci occupa aveva modo di concludere che *"dal chiaro tenore delle CGA del 1997 emerge che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione che copre, in caso di versamento di prestazioni da parte di altri assicuratori, unicamente la differenza tra l'importo dovuto alla Cassa e l'ammontare complessivo versato"*

dagli altri assicuratori" (cfr. sentenza del TCA del 04.08.2004, inc. 36.2003.95, in partic. consid. 2.8).

(...)

Va innanzitutto detto che a torto l'attrice rimprovera alla Y di aver considerato valori salariali erronei, di non aver preso come riferimento i valori salario del 2003 e 2004; nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera è infatti assicurato un importo giornaliero fisso, stabilito sulla base dei dati salariali trasmessi dal precedente datore di lavoro. Il salario annuo del 2003 riferito dalla... era di fr. 12.23 all'ora, di 8.33% di tredicesima, pari a un salario annuale di fr. 27'883.44 (per una settimana lavorativa di ore 40.50, cfr. doc. 10, 12). L'indennità assicurata in ambito della precedente assicurazione collettiva, pari all'80% del salario, era di fr. 62.--; la stessa prestazione è stata assicurata, con l'accordo dell'attrice, in ambito individuale. L'importo di fr. 62.-- corrisponde all'importo massimo erogato dalla Y in concorrenza con prestazioni di altri assicuratori.

(...)

La trattenuta effettuata dall'Al di fr. 5'574.-- riguarda la rendita completiva versata in tal periodo al signor XXX a favore della moglie. Indipendentemente dal fatto che tale importo sia stato versato al marito, che l'importo sarebbe stato speso per vivere, per tale periodo l'attrice ha beneficiato di prestazioni Al pari a fr. 15'288.-, ed è stata sovraindennizzata; il saldo di fr. 5'574.-- deve esser rimborsato alla Y conformemente agli art. 62ss. CO.

In merito alla rendita completiva va comunque detto che anche il TFA ha già avuto modo di stabilire che la rendita completiva va considerata nel calcolo del sovraindennizzo (cfr. DTF 102 V 96).

(...)

Visto che l'importo di fr. 15'288.-- costituisce un sovraindennizzo, prestazione indebita ai sensi dell'art. 62ss. CO, che la Y ha potuto compensare con prestazioni retroattive dell'Al solo nella misura di fr. 9'714.--, la Y vanta nei confronti dell'attrice a tal titolo ancora un credito di fr. 5'574.-

Resta da esaminare se l'attrice può invocare a suo favore il fatto di non esser più arricchita di tale importo, avendo, di buona fede, speso per il proprio sostentamento, e di esser quindi liberata dalla restituzione conformemente all'art. 64 CO (cfr. doc. L).

La disposizione invocata dall'attrice considera unicamente la sorte della prestazione in oggetto nel patrimonio dell'interessato e fa astrazione della situazione finanziaria. *"C'est ainsi qu'un homme très aisé par ailleurs n'aura rien à rembourser, s'il établit avoir entièrement consommé la prestation indue sans que son patrimoine s'en trouve augmenté. A l'inverse, est enrichi et doit par conséquent rembourser celui dont le patrimoine se trouve augmenté, même si sa situation pécuniaire est des plus modeste, voire misérable: dans le domaine du droit civil est enrichi non seulement celui qui est encore en possession du montant reçu à tort (et éventuellement de ses intérêts), mais aussi celui qui l'a utilisé pour payer des dettes; ou celui que a utilisé le montant indûment touché pour son entretien (p. ex. logement, nourriture,*

habillement) ou un traitement médical..."

(DTF 102 V 99s., cfr. inoltre Gauch/Schluemp/Schmid/Rey, *das Schweizerische Obligationenrecht, Allgemeiner Teil*, 8. ed., pag. 334, Guhl, *Das Obligationenrecht*, pag. 226). Viene per contro ritenuto come non più arricchito chi ha speso l'importo indebito per spese non necessarie o per vantaggi non durevoli (come viaggi di piacere, spettacoli, etc.).

Di conseguenza, i motivi invocati dall'attrice, in particolare di aver di buona fede usato per far fronte al proprio sostentamento quanto ricevuto, di vivere in precarie condizioni finanziarie, non la liberano della restituzione alla Y dell'importo restante di fr. 5'574.--; per tale importo essa viene infatti ritenuta ancora indebitamente arricchita.

A differenza di quanto avvenga nelle assicurazioni sociali (cfr. art. 47 LAVS, art. 25 LPGA) non può venir tenuto conto del fatto che la restituzione costituirebbe per la stessa un onere troppo gravoso; un condono dalla restituzione non si giustifica nella fattispecie.

(...)

Come già detto (cfr. consid. 1.2, consid. 2 ad 1, 3.), la questione va risolta unicamente alla luce delle CGA della assicurazione d'indennità giornaliera individuale, ed. 1997. Nella presente procedura l'attrice non può invocare a suo favore disposizioni pertinenti il contratto d'indennità giornaliera collettiva stipulato tra la Y e la

_____. Si prende comunque atto che il datore di lavoro non assicurava il proprio personale come lo prevedeva il contratto collettivo di categoria e che si rendeva quindi responsabile di una violazione degli accordi presi. In merito la Y non può che osservare che eventuali pretese dell'attrice avverso il suo ex datore di lavoro andavano rivolte direttamente allo stesso; all'attrice incombeva intraprendere i passi necessari per far valere i propri diritti. Quanto invocato non la libera dal suo obbligo di restituire alla Y quanto richiesto.

Per quanto concerne il premio assicurativo dell'assicurazione individuale: esso è certamente dovuto nonostante la malattia.

(...)

In conclusione, in considerazione di quanto precede, la Y ha effettuato correttamente il calcolo del sovraindennizzo - che ha stabilito in fr. 15'288.-- - e, conformemente alle condizioni contrattuali, nonché all'art. 62ss. CO, ha a giusto titolo chiesto all'attrice la restituzione dell'importo di fr. 5'574.--, pure correttamente essa ha ritenuto che l'attrice non può esser liberata dalla restituzione dell'indebito." (Doc. VII)

1.4. Con osservazioni del 2 settembre 2005 l'attrice ha rilevato:

"Abbiamo inoltre preso atto della risposta di causa e indichiamo in via di premessa che l'osservazione di controparte riguardo la necessità di considerare la rendita completa nel calcolo di sovraindennizzo, pagina 5 ultimo periodo, non ha alcun rilievo per questa causa, poiché è in discussione la rendita AI della signora XXX e non l'inserimento della rendita nel calcolo del sovraindennizzo.

Ben più interessante è la disquisizione relativa all'applicazione dell'art. 64 CO.

Siccome l'oggetto del contendere è costituito da fr. 5'574.- richiesti in restituzione dalla convenuta, non va dimenticato che tale importo è dato dalla somma delle rendite complete AVS erogate al marito _____ per il periodo novembre 2003-ottobre 2004.

Le rendite AVS ricevute dal marito per quel periodo sono state utilizzate in perfetta buona fede, per il sostentamento della famiglia, con la consapevolezza che facessero parte di legittime e dovute prestazioni AVS.

Ne consegue che è addirittura improprio parlare di un avvenuto arricchimento, il cui carattere indebito è poi assolutamente inesistente, in relazione al preteso credito rivendicato dalla convenuta.

Ad ogni modo, trattandosi di prestazioni erogate dall'AVS mese dopo mese, per circa un anno, come detto sono già state utilizzate per la mera sussistenza quotidiana.

Nel momento in cui sono state riconosciute all'attrice le prestazioni AI non si è assolutamente registrato alcun arricchimento, poiché, fin dall'origine le prestazioni AI arretrate risultavano già essere defalcate dell'importo di fr. 5'574.-

La richiesta di rimborso della convenuta deve essere quindi respinta.

Si richiamano tutti gli altri aspetti contenuti nella petizione e in particolare il premio mensile pagato dall'attrice (fr. 167.40) per poter fruire delle prestazioni erogate dalla Y, ma che stranamente non è stato computato nel calcolo di sovraindennizzo." (Doc. IX)

- 1.5. Il 16 settembre 2005 l'interessata ha scritto al TCA, con copia alla convenuta, affermando che **"nella misura in cui non sia già intervenuta, rinunciamo ad avvalerci dell'eccezione della prescrizione della pretesa di restituzione dell'importo di fr. 5'574, sino al 31.12.2006."** (doc. XII)

in diritto

In ordine

- 2.1. Secondo quanto disposto dell'art. 1 a 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) in vigore fino al 31.12.2005, 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.

Il nuovo art. 85 LSA, in vigore dal 1.1.2006, prevede anch'esso che per le controversie relative alle assicurazioni complementari alla LAMal i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

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

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 deve pertanto entrare nel merito della petizione.

Nel merito

- 2.2. Oggetto del contendere sono le questioni a sapere da una parte, se il calcolo del sovraindennizzo è corretto e, dall'altra, se l'attrice è tenuta a restituire alla convenuta l'importo percepito in troppo.
- 2.3. Rilevanti, per la verifica della fondatezza delle pretese dell'attrice, sono le Condizioni generali d'assicurazione (in seguito CGA), nonché la LCA e il CO che costituiscono il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti.

In concreto, per quanto concerne le CGA, sono applicabili quelle del 1997 (doc. 5).

Infatti, come già accertato in un altro caso analogo, con STCA del 4 agosto 2004 (36.2003.95), questo TCA ha già avuto modo di accertare che le CGA del 1999 trovano applicazione unicamente in caso d'indennità giornaliera versate nell'ambito dell'assicurazione collettiva. Poiché l'assicurata ha beneficiato nel corso del 2003 del libero passaggio nell'assicurazione individuale, al caso di specie vanno applicate le CGA del 1997. Ciò trova conferma nella "*proposta per un'assicurazione malattie*" sottoscritta dall'attrice il 18 luglio 2003 ed inerente il libero passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale, dove figura che sono determinanti le CGA "*01.1997*" (doc. 18, pag. 3) ed emerge pure dalle polizze d'assicurazione (doc. 16 e 17).

Per l'art. 15.1 delle CGA dell'assicurazione d'indennità giornaliera del 1997, nei casi di prestazioni per i quali è d'obbligo l'indennizzazione secondo la LAINF, l'assicurazione militare oppure l'assicurazione invalidità, nell'ambito delle prestazioni assicurate l'assicuratore paga soltanto la parte di prestazioni dovute, non coperta da tali assicuratori.

Giusta l'art. 15.2 CGA in caso di assicurazione doppia o multipla, le prestazioni saranno versate in modo proporzionale, conformemente alle disposizioni legali.

- 2.4. Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. 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) e non al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318); 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 da 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 - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché se ne possa determinare la portata (Rep. 1993, pag. 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, *Privatversicherungsrecht*, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, *Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag*, 1968, pag. 459).

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

- 2.5. Dal chiaro tenore delle CGA del 1997 emerge che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione che copre, in caso di versamento di prestazioni da parte di altri assicuratori, unicamente la differenza tra l'importo dovuto dalla Cassa e l'ammontare complessivo versato dagli altri assicuratori (cfr. anche STCA del 4 agosto 2004, 36.2003.95).

Le CGA dell'assicurazione individuale prevedono che il diritto ad indennità giornaliera è dato in caso d'incapacità lavorativa di almeno il 50% (cfr. CGA 1997 pag. 2 art. 9.5).

Dalle CGA 1999 risulta inoltre, all'art. 9.1, che il calcolo delle indennità giornaliere si basa sull'ultimo salario sottoposto all'AVS percepito dall'assicurato prima dell'inizio della malattia, mentre l'art. 13.3 (libero passaggio nell'assicurazione individuale) rammenta che nell'ambito delle condizioni e delle tariffe in vigore per l'assicurazione individuale, l'assicuratore garantisce le prestazioni assicurate in precedenza. Se l'assicurato è inabile al lavoro nel momento in cui passa nell'assicurazione individuale o in caso di ricaduta dopo il passaggio, si terrà conto della durata delle prestazioni corrisposte nel quadro dell'assicurazione collettiva, computando i relativi giorni nella nuova assicurazione individuale.

- 2.6. Come emerge dalla già citata *"proposta per un'assicurazione malattie"* relativa al passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale, le parti si erano accordate per un importo giornaliero di fr. 62 (doc. 18 pag. 3 e polizze, doc. 16). Da parte sua l'art. 9.1 CGA prevede che viene versata la comprovata perdita di guadagno dovuta ad un'incapacità

lavorativa assicurata. Per l'art. 9.2 CGA la variante assicurata, l'ammontare, la durata ed il periodo di differimento sono riportati sulla polizza.

L'assicurata dall'1.11.2003 al 31.10.2004 (periodo oggetto dell'asserita sovrassicurazione) avrebbe dovuto percepire dalla Cassa fr. 22'692 (fr. 62 [ossia le indennità assicurate] x 366 giorni).

L'attrice fa tuttavia valere che il suo salario annuo minimo sarebbe stato di fr. 28'841.80 (12.80 orari X 40 ore settimanali x 52 settimane + 8,33% di tredicesima).

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

L'assicurazione di somma invece permette l'assegnazione di prestazioni indipendentemente dal fatto che l'evento assicurato abbia causato un danno in senso giuridico

(Honsel/Vogt/Schnyder, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basilea 2001, p. 9ss N 29ss e giurisprudenza citata).

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

Secondo dottrina (Eugster, Krankenversicherung, op. cit., p. 196) e giurisprudenza (RAMI 1998 p. 420, 422) l'assicurazione indennità giornaliera della LAMal è inoltre unicamente concepita come un'assicurazione per perdita di guadagno ("eine reine Erwerbsausfallversicherung" RAMI 1998 p. 421 consid. 2a; cfr. Maurer, op. cit., p. 107; gli stessi principi valevano in ambito LAMI SVR 1998 KV No. 4 p. 9 e giurisprudenza citata). Ciò non esclude tuttavia che, nel contratto di assicurazione, vengano indicati quali rischi assicurati altri danni provocati dalla malattia (RAMI 1998 p. 421).

Per quanto concerne le assicurazioni sottoposte alla LCA, il TF, circa l'assicurazione contro la perdita di salario, ha affermato che

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

Dal tenore delle condizioni generali menzionate (art. 9.1 e 9.2 CGA 1997, nonché art. 9.1 e 13.3 CGA 1999) risulta chiaramente che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione di danno e non di somma. Alla luce del principio dell'affidamento, secondo cui le manifestazioni di volontà devono essere interpretate nel senso che il destinatario poteva e doveva dare loro secondo le regole della buona fede (art. 3 cpv. 2 CCS; DTF 109 II 18), le parti potevano e dovevano unicamente concludere che in caso di evento assicurato sarebbe stata coperta soltanto la perdita di reddito documentabile. Pertanto, l'importo di fr. 62, indicato nella proposta di assicurazione d'indennità giornaliera e nella polizza altro non è che il reddito giornaliero presumibile dell'assicurata e non la "somma" da rimborsare in caso di perdita di guadagno.

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

2.7. In concreto la cassa ha accertato che nel 2003 l'interessata avrebbe guadagnato fr. 12.23 all'ora per 40,30 ore settimanali + 8,33% di tredicesima, 9,70% di vacanze e 9 festivi pagati (doc. 12), per un importo di fr. 27'883.44 nel 2003, ossia fr. 76.39 al giorno. Ciò corrisponde ad un'indennità di fr. 62 al giorno (80% di 76.39, arrotondato all'importo superiore).

Per quanto concerne il 2004, in assenza di dati certi a causa del fallimento dell'ex datore di lavoro dell'attrice, quest'ultima ha proposto di applicare il salario orario minimo del 2004 degli addetti a lavori qualificati di cucito a macchina, stiro di piccoli capi (camiceria e biancheria) di fr. 12.80 all'ora. In realtà, a mente del TCA, va applicata la tariffa di fr. 12.48 all'ora relativa agli addetti alla rimagliatura e ritagliatura, al cucito a macchina e su macchine speciali o automatiche e a mano (camiceria, biancheria, confezione). Infatti la commissione paritetica, a proposito dei salari minimi valevoli dal 1° gennaio 2004, ha indicato che *"per i lavoratori in piena capacità lavorativa,*

occupati in pianta stabile, valgono i seguenti salari minimi, comprensivi dell'aumento del 2% previsto dall'art. 10.2 del CCL e ragguagliati all'indice di prezzi al consumo di punti 102.4 (indice di settembre 2003), che entrano in vigore con il primo periodo paga che cade interamente nel mese di gennaio 2004" (doc. F).

Ora, aumentando del 2% il salario di fr. 12.23 all'ora conseguito nel 2003 si ottiene, per il 2004, l'importo di fr. 12.48.

Per cui, per il 2004 il calcolo è il seguente:

fr. 12.48 + 8.33% X 40.30 X 52 settimane = 28'332

Per un importo di fr. 77.40 al giorno (28'332 : 366).
Contrattualmente ha diritto a fr. 62 al giorno (80% di fr. 77,40, arrotondato all'importo superiore).

Il calcolo effettuato dalla Cassa, che ha tenuto conto di un importo di fr. 62, va pertanto confermato in quanto rispettoso delle condizioni contrattuali.

2.8. Dal 1.11.2003 al 31.10.2004 l'Al ha versato fr. 15'288 (1'274 X 12, cfr. doc. B).

L'insorgente ha pertanto conseguito un importo complessivo di fr. 37'980 (22'692 [indennità giornaliera dell'assicuratore malattie] + 15'288 [rendita Al]).

In applicazione dell'art. 15.1 CGA (cfr. consid. 2.3) vi è pertanto un sovraindennizzo di fr. 15'288 (37'980 — 22'692).

Poiché l'Al ha versato alla Cassa fr. 9'714 (doc. 15), rimangono scoperti fr. 5'574 (15'288 — 9'714), importo che la convenuta può chiedere all'attrice.

Da rilevare che, contrariamente a quanto ritiene l'assicurata, il premio mensile di fr. 167.40 non rientra nel calcolo del sovraindennizzo, trattandosi dell'importo che l'interessata deve pagare se intende beneficiare dell'assicurazione perdita di guadagno in caso di malattia e non di un reddito ai sensi dell'art. 15.1 CGA.

2.9. L'attrice fa tuttavia valere le norme sulla buona fede e ritiene di aver comunque diritto al condono, trovandosi in una situazione finanziaria precaria ed accenna alla prescrizione.

Va innanzitutto rilevato che la LPGA e la LAMaI, invocate dall'attrice, non possono trovare applicazione. In concreto infatti il contratto è retto dal diritto privato, ossia dalla LCA e dal CO (cfr. consid. 1.1). Le norme di diritto pubblico, di principio, non si applicano.

Irrelevanti sono pure le disquisizioni sull'impossibilità di adire civilmente l'ex-datore di lavoro e sulla circostanza che quest'ultimo avrebbe dovuto sottoscrivere un contratto retto dalla LAMaI e non dalla LCA secondo il contratto collettivo.

Si tratta infatti di censure di diritto civile che vanno semmai fatte valere nei confronti dell'ex-datore di lavoro davanti al giudice competente in materia.

2. 10. In DTF 127 III 421, in una causa che opponeva una clinica ad una cassa malati relativa alla richiesta di rimborso per spese di cura che si ritenevano pagate di troppo, il TF ha stabilito che, avendo l'assicuratore saldato la fattura senza riserve, un'eventuale pretesa di restituzione non è di natura contrattuale. L'Alta Corte ha di conseguenza applicato al caso di specie le norme relative all'indebito arricchimento (art. 62 ss CO), ribadendo che:

"Im Hinblick auf eine zu Unrecht bezogene Versicherungsleistung hat das Bundesgericht ausgeführt, die Rückforderung ergebe sich nicht aus Vertrag, sondern aus ungerechtfertigter Bereicherung (BGE 42 II 674 E. 2a S. 680)." (DTF 127 III 421, pag. 426 consid. 3bb)

Ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 CO chi senza causa legittima si trovi arricchito a danno dell'altrui patrimonio, è tenuto a restituire l'arricchimento. Si fa luogo alla restituzione specialmente di ciò che fu dato o prestato senza valida causa, o per una causa non avveratasi o che ha cessato di sussistere (art. 62 cpv. 2 CO).

L'art. 63 cpv. 1 CO prevede che chi ha pagato volontariamente un indebito può pretendere la restituzione, solo quando provi d'aver pagato perché erroneamente si credeva debitore.

Per l'art. 64 CO chi si è indebitamente arricchito non è tenuto a restituire ciò di cui provi che, al momento della ripetizione, non è più arricchito, a meno che se ne sia spossessato di mala fede o che dovesse prevedere la domanda di restituzione.

L'art. 67 cpv. 1 CO prevede che l'azione di indebito arricchimento si prescrive in un anno decorribile dal giorno in cui il danneggiato ebbe conoscenza del suo diritto di ripetizione, in ogni caso nel termine di dieci anni dal giorno in cui nacque tale

diritto. Trattandosi di un termine di prescrizione non può essere rilevato d'ufficio, ma deve essere sollevato dalla parte che intende prevalersene (art. 142 CO; A. Koller in: Das Schweizerische Obligationenrecht, 9. Ed., Zurigo 2000, pag. 327).

Nella citata sentenza pubblicata in DTF 127 III 421 il TF ha inoltre affermato:

"Es stellt sich bei dieser Sachlage die Frage, ob die Klägerin nachzuweisen vermag, dass sie sich über die Schuldpflicht im Irrtum befunden hat. Nach ihren eigenen Angaben, hat sie die Rechnungen vorerst nicht geprüft, sondern erst nach deren Bezahlung bei näherer Prüfung festgestellt, dass mehrere Posten nach ihrer Auffassung nicht gerechtfertigt seien. Gleichwohl trifft zu, dass sie die fehlerhaften Posten auf den detaillierten Rechnungen ohne weitere Abklärungen hat erkennen und farblich kennzeichnen können. Diese Möglichkeit bestand ab Erhalt der Rechnungen, so dass fraglich ist, ob sie den Irrtum über die Schuldpflicht nachweisen kann. Die Frage kann dahingestellt bleiben, weil allfällige Rückforderungsansprüche ohnehin verjährt sind" (consid. 4a)

2. 11. In concreto l'interessata fa valere la prescrizione nella misura in cui afferma che vi rinuncia solo se, nel frattempo, non si è ancora realizzata (doc. XII).

Dagli atti emerge che il 20 settembre 2004 l'Ufficio AI (UAI) ha informato l'assicuratore che l'interessata avrebbe avuto diritto ad una rendita dal 1.11.2003 (doc. 13). L'8 ottobre 2004 l'UAI ha scritto alla convenuta informandola delle modalità circa l'ottenimento delle prestazioni retroattive che l'AI deve versare all'attrice (doc. 14).

Il 22 ottobre 2004 la convenuta ha trasmesso all'attrice il calcolo della sovrassicurazione indicando che avrebbe chiesto l'importo (fr. 15'288) direttamente all'assicuratore AI.

Il 17 novembre 2004 l'Ufficio AI ha rimborsato alla Cassa la somma di fr. 9'714 (doc. 15).

Per cui, prendendo l'ipotesi più favorevole all'attrice, la convenuta ha saputo che l'interessata avrebbe avuto diritto ad una rendita AI intera, il 20 settembre 2004 (doc. 13). Comunque, solo con il versamento del 17 novembre 2004 la Cassa ha avuto conferma che avrebbe dovuto chiedere l'importo ancora scoperto direttamente all'attrice e solo da quella data può partire il termine di prescrizione (cfr. anche DTF 128 V 236).

La rinuncia a far valere l'eccezione di prescrizione, del 16 settembre 2005, è dunque anteriore allo scadere del termine annuale previsto dall'art. 67 CO.

Va qui abbondanzialmente rilevato che se l'attrice non avesse inoltrato la presente petizione, la convenuta, verosimilmente, lo avrebbe fatto al suo posto, come emerge dal doc. M ("*... qualora non dovessimo entrare in possesso dell'importo di fr. 5'574.-- entro il prossimo 15 giugno, ci vedremo costretti ad adire le vie legali*"), interrompendo in questo modo la prescrizione.

2.12. Va ora esaminato se l'interessata si è arricchita indebitamente e se deve restituire l'importo di fr. 5'574.

L'attrice afferma di disporre unicamente della sua rendita AI, della rendita AVS di suo marito, nato nel 1924, e delle prestazioni complementari, nonché di aver utilizzato tutto l'importo a scopi personali.

Il TFA, in DTF 102 V 91, a proposito dell'art. 64 CO, ha affermato:

"Le principe fondamental posé par l'art. 64 CO est que l'enrichi de bonne foi n'est tenu à restituer que dans la mesure de l'enrichissement existant lors de la répétition de l'indu; en d'autres termes, qu'il ne peut être placé dans une situation inférieure à celle qui serait la sienne si le versement indu ne s'était pas produit. Cette disposition considère uniquement le sort de la prestation en cause dans le patrimoine de l'intéressé et fait totale abstraction des autres éléments de la situation financière. C'est ainsi qu'un homme même très aisé par ailleurs n'aura rien à rembourser, s'il établit avoir entièrement consommé la prestation indue sans que son patrimoine s'en trouve augmenté. A l'inverse, est enrichi et doit par conséquent rembourser celui dont le patrimoine se trouve augmenté, même si sa situation pécuniaire est des plus modeste, voire misérable: dans le domaine du droit civil est enrichi non seulement celui qui est encore en possession du montant reçu à tort (et éventuellement de ses intérêts), mais aussi celui qui l'a utilisé pour payer des dettes; ou celui qui a utilisé le montant indûment touché pour son entretien (p.ex. logement, nourriture, habillement) ou un traitement médical (voir p.ex. RO 71 II 147, plus spécialement p. 153 consid. 6). En revanche, n'est plus enrichi celui qui, par libéralité, a fait don à un tiers du montant reçu sans droit; ni en principe, celui qui a consacré le montant indûment touché à des dépenses non nécessaires ou à des avantages non durables (voyages d'agrément, concerts ou spectacles, soit d'une manière générale à des valeurs extra-patrimoniales).

Appliquées strictement au cas d'espèce, les règles de l'art. 64 CO aboutissent à admettre l'enrichissement de l'assuré, par conséquent son obligation de rembourser à la Caisse nationale les prestations indûment perçues en raison de la surassurance.

Certes, l'intéressé avait touché de bonne foi les prestations indues pour la période en cause, la surassurance provenant pour l'essentiel

du paiement rétroactif de rentes de l'assurance-invalidité, en avril 1973. Et il les avait apparemment entièrement dépensées lorsqu'il a été averti pour la première fois, en juin 1973, d'une répétition probable; à son dire, que rien ne permet de suspecter, il ne possédait plus alors que le montant rétroactif des rentes de l'assurance-invalidité. Mais on doit tenir pour certain qu'il a utilisé les prestations touchées sans droit pour son entretien; car, durant ses longues périodes d'incapacité de travail (où les rentes de l'assurance-invalidité ne lui étaient pas versées encore), il n'avait pas d'autres ressources que les indemnités de chômage de la Caisse Z et les prestations complémentaires de l'Assicuratrice I et de la R. Or un tel emploi de la prestation induit ne fait pas disparaître l'enrichissement découlant de cette prestation, ainsi qu'il a été dit plus haut."

P. Engel, in *Traité des obligations en droit suisse*, 2.a ed., Berna 1997, a pag. 599 rammenta anch'egli che la restituzione va fatta anche se colui che si è arricchito era di buona fede:

"a) L'enrichi est de bonne foi

Principe: **B** doit restituer l'enrichissement tel qu'il existe au moment de la demande. A doit prouver la valeur objective de la chose ou de la prestation initiale. **B**, lui doit prouver qu'il n'est plus enrichi ou qu'il ne l'est que dans une mesure limitée.

- i) B n'est plus enrichi s'il a consacré l'argent reçu sans cause à des dépenses non nécessaires ou consacrées à des avantages non durables (voyages d'agrément, concerts, spectacles, d'une manière générale à des valeurs extrapatrimoniales); mais il est enrichi s'il a été à même d'éviter des dépenses, notamment des frais d'entretien journalier, de nourriture (p. ex. Il a consommé la chose) ou de traitement médical (ATF 71/1945 II p. 147, 153 = JT 1945 I p. 612, 617 i.f.). **B** n'est plus enrichi s'il a fait don a C d'un bien sans cause, ou s'il a détruit ce bien.
- ii) B est enrichi s'il a conservé le bien acquis sans cause, s'il a vendu ou échangé et en a touché le prix ou reçu l'équivalent, si très généralement il a reçu la contre-valeur de ce bien, par exemple une indemnité d'assurance en cas d'avarie. Il est enrichi également s'il a acquitté des dettes au moyen des valeurs reçus sans cause. L'enrichissement de B s'entend après déduction de tous les frais d'acquisition du bien à lui transféré, comme aussi des frais exposés en vue de la restitution."

Hermann Schulin, in *Basler Kommentar*, 3.a edizione, *Obligationenrecht I* (2003), N1 e seguenti ad art. 64, rammenta che :

"art. 64 will verhindern, dass die Rückerstattungspflicht zu einer Schädigung des gutgläubig Bereicherten führt (BGE 73 II 109), d. h. dieser soll nach der Rückerstattung der grundlosen Zuwendung nicht schlechter gestellt sein, als wenn die Zuwendung an ihn nie erfolgt

wäre (BGE 82 II 439). Grundsätzlich ist die Bereicherung vollständig in dem Umfang auszugleichen, in dem sie beim Bereicherten eingetreten ist (GAUCH/SCHLUEP/SCHMID/REY, N 1516). Art. 64 regelt die Fälle, in denen die Rückerstattungspflicht des gutgläubig Bereicherten vollständig oder teilweise erlischt. Sodann werden (Rückausnahme) die Fälle geregelt, in denen zufolge Bösgläubigkeit des Bereicherten dessen Rückerstattungspflicht trotz nicht mehr vorhandener Bereicherung weiterbesteht.

(...)

Der Bereicherte hat nur das zurückzuerstatten, um das er im Zeitpunkt der Rückforderung noch bereichert ist (BGE 106 II 41). Als spätester Zeitpunkt kommt die Klageerhebung in Betracht (BGE 87 II 142).

Verwendet der gutgläubig Bereicherte die grundlos erhaltene Leistung für etwas, das er ohne das Erhaltene nicht vorgenommen hätte, so braucht er die Bereicherung nicht zurückzuerstatten (BUCHER, AT, 694 ; GAUCH/SCHLUEP/SCHMID/REY, N 1521).

Beispiele : Kauf eines Luxusautos oder Privatflugzeuges (BUCHER, AT, 694) ; Unternehmen einer Vergnügungsreise (allfälliger immaterieller Erholungseffekt fällt für die Bewertung der Bereicherung nicht in Betracht, BUCHER, AT, 694)."

In concreto dagli atti emerge che l'importo versato in troppo è stato utilizzato per far fronte a spese di prima necessità e non per vantaggi non durevoli (viaggi, ecc.). Infatti il 3 marzo 2005 l'attrice ha informato la Cassa malati di aver *"già abbondantemente utilizzato sia la rendita del marito, che le prestazioni della vostra Cassa malati per far fronte alle spese quotidiane."* (doc. L). Ancora in data 2 settembre 2005 l'interessata ha ribadito che *"ad ogni modo, trattandosi di prestazioni erogate dall'AVS mese dopo mese, per circa un anno, come detto sono già state utilizzate per la mera sussistenza quotidiana."* (doc. IX).

In altre parole l'interessata ha utilizzato l'importo per il proprio sostentamento, ciò che comporta un indebito arricchimento ai sensi degli art. 62 segg. CO, come evidenziato dal TF e dalla dottrina.

Conformemente all'art. 64 CO l'attrice, che ha avuto conoscenza del suo diritto a prestazioni AI con la notifica della decisione del 12 novembre 2004 (doc. **B**), deve restituire l'importo di fr. 5'574 (cfr. Engel, op. cit. pag. 600).

La richiesta della Cassa in tal senso, che ha versato l'importo per errore (avendo la convenuta creduto di essere debitrice della prestazione versata all'attrice poiché al momento del pagamento dell'indennità non era a conoscenza dell'importo esatto della

rendita AI che avrebbe poi ottenuto l'interessata; cfr. anche DTF 124 II 570, consid. 4e, 127 V 252, 128 V 236, SVR 1995 BVG Nr. 27, SZS 1997 pag. 228 seg.), risulta corretta.

Va del resto rilevato che l'attrice, in virtù dell'art. 15.1 CGA, avendo presentato la domanda il 28 maggio 2003 (cfr. doc. 13), doveva sapere che avrebbe dovuto restituire quanto versato in troppo dalla Cassa (cfr. anche SZS 1997 n. 228 seg.). La norma prevede infatti che nei casi di prestazioni per i quali è d'obbligo l'indennizzazione secondo l'assicurazione invalidità, nell'ambito delle prestazioni assicurate la convenuta paga solo la parte di prestazioni dovute, non coperta dall'assicuratore AI. L'art. 15.2 CGA prevede inoltre che in caso di assicurazione doppia o multipla le prestazioni sono versate in modo proporzionale, conformemente alle disposizioni legali.

Infine, per quanto concerne il condono, va rammentato che si tratta di un istituto del diritto pubblico, che non trova applicazione nell'ambito dei rapporti di diritto privato. Spetta in questo caso alla convenuta decidere se intende proseguire nella richiesta di restituzione oppure se, viste le precarie condizioni finanziarie in cui si trova l'attrice, non sarebbe più opportuno rinunciare a chiedere la somma che l'assicurata, in buona fede, ha utilizzato per sopravvivere.

- 2.13. Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA (art. 47 cpv. 4 vLSA), 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.

Alla luce della LSA s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

- 2.14. 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 prevede 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 dell'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 risulta essere inferiore all'importo di fr. 8'000 (fr. 5'574), motivo per il quale il presente giudizio non è impugnabile mediante ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **respinta**.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti e all'UFAP.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Il segretario

The image shows a handwritten signature in black ink on the left, followed by the official seal of the Tribunale cantonale delle assicurazioni. The seal is circular with a double border. The outer border contains the text "TRIBUNALE CANTONALE DELLE ASSICURAZIONI" in capital letters. The inner circle features a central emblem consisting of a shield with a cross on top, flanked by two laurel branches. The shield is set against a background of radiating lines.

INTIMAZIONE

10 FEB. 2006