

Raccomandata

Incarico n.

36.2007.75

Lugano

4 giugno 2007

CS

In nome  
della Repubblica e Cantone  
Ticino

## Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 ottobre 2006 di

XXXX,

contro

**Y Assicurazione SA**

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- A. XXXX è affiliato alla Cassa malati Y per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie.

L'assicuratore, dopo aver sollecitato XXXX a pagare i premi in arretrato dei mesi da gennaio a giugno 2006 per un importo complessivo di fr. 2'052, ha fatto spiccare un precetto esecutivo (PE) per un importo di fr. 2'122 (fr. 2'052 di premi oltre fr. 70 di spese).

Con decisione formale del 30 agosto 2006 l'assicuratore ha confermato l'ammontare del debito di XXXX ed ha tolto l'opposizione al PE.

In seguito all'emissione della predetta decisione l'interessato ha scritto a Y indicando di voler rescindere il contratto assicurativo. L'assicuratore ha emanato una decisione su opposizione che ha confermato le precedenti prese di posizione (doc. E).

- B. Con *"istanza di concludere il rapporto con la Y assi malattia"* l'interessato si rivolge al TCA affermando di voler disdire il rapporto assicurativo con la Cassa malati e facendo valere presunti crediti nei confronti della Y derivanti da assicurazioni complementari (doc. I).
- C. Tramite risposta del 27 novembre 2006 l'assicuratore propone di dichiarare irricevibile il ricorso poiché non viene contestata la decisione su opposizione del 12 ottobre 2006. In via subordinata ne chiede la reiezione (doc. IX).
- D. Il 29 novembre 2006 il ricorrente ha presentato nuove prove, ribadendo la richiesta di disdire il contratto assicurativo (doc. XI).
- E. In data 30 novembre 2006 la Y, tramite decisione formale, ha respinto le dimissioni dell'insorgente a motivo degli arretrati rimasti insoluti. Il TCA ha informato l'assicurato della possibilità di opporsi alla predetta decisione entro i termini di legge e gli ha chiesto di precisare se con lo scritto del 31 ottobre 2006 intendeva contestare la decisione su opposizione oppure se intendeva obbligare la Cassa ad emanare una decisione formale.
- F. Mentre l'assicurato è rimasto silente, la Cassa ha trasmesso sia copia dell'opposizione del ricorrente alla decisione del 30 novembre 2006, sia copia di uno scritto intitolato *"ricorso lettera 12. ottobre 2006"* (doc. XIV/2), tramite il quale l'insorgente contesta il calcolo effettuato dall'assicuratore facendo riferimento a presunte pretese derivanti da un'assicurazione complementare (doc. XIV).
- G. Al fine di chiarire tutti gli aspetti della causa il TCA, in data 16 gennaio 2007, ha nuovamente interpellato l'assicuratore (doc. XV), il quale ha riassunto la fattispecie ed ha evidenziato che l'insorgente beneficia attualmente solo dell'assicurazione di base. In passato l'interessato aveva sottoscritto alcune assicurazioni complementari, ora non più in vigore. Infatti, con scritto 27 ottobre 2003, la Y ha comunicato a XXXX di recedere dal contratto a causa di una reticenza. L'incasso delle

prestazioni già erogate a **XXXX** (fr. 5'580), inizialmente chieste in restituzione, è stato abbandonato dall'assicuratore.

- H. Nuovamente interpellato dal TCA, l'assicuratore ha successivamente precisato di aver messo in atto, nei confronti dell'interessato, la misura della sospensione, in applicazione dell'art. 64a LAMaI, tramite scritto del 28 febbraio 2007 (doc. XXI).
- I. Con decisione su opposizione del 20 marzo 2007 l'assicuratore ha respinto le censure sollevate dal ricorrente contro la decisione del 30 novembre 2006 con la quale la Y aveva respinto del dimissioni di XXXX. Contro questa decisione l'interessato è insorto al TCA con ricorso del 3 aprile 2007, che sarà oggetto di giudizio separato (inc. 36.2007.57).
- L. Il 2 maggio 2007 le parti sono state sentite in presenza del Giudice delegato del TCA (doc. XXVII). In questa occasione è stato discusso anche il tema delle prestazioni complementari. In particolare è emerso che la Cassa ritiene chiusi gli aspetti relativi alle assicurazioni complementari, poiché con scritto del 7 novembre 2003 l'assicurato ha indicato di essere d'accordo di lasciar perdere tutto, purché le pretese da ambo le parti fossero lasciate cadere. La Cassa ha evidenziato come da 3 anni e mezzo questo tema non è più stato sollevato dall'attore ed è riemerso unicamente in sede di ricorso al TCA contro la decisione su opposizione del 12 ottobre 2006. L'assicuratore ha sollevato l'eccezione della prescrizione.

#### **in diritto**

#### **in ordine**

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00) e 2 cpv. 1 LPTCA.
2. Secondo quanto disposto dall'art. 1 a cpv. 1 LAMaI l'assicurazione sociale contro le malattie comprende

l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa.

La LAMaI 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 LAMaI, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA) per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale, la LCAMaI 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 LAMaI sono decise dal TCA, che applicherà, per analogia, la Legge di procedura per le cause davanti al TCA (LPTCA).

In concreto, con atti del 31 ottobre 2006 (doc. I) e del 7 dicembre 2006 (doc. XIV), **XXXX** fa valere prestazioni derivanti da assicurazioni complementari rette dalla LCA.

Per cui questo Tribunale è competente a statuire nel merito.

Nella misura in cui l'assicurato contesta le decisioni su opposizione del 12 ottobre 2006 e del 20 marzo 2007, i ricorsi sono oggetto di giudizi separati da parte di questo Tribunale (inc. 36.2006.204 e 36.2007.57).

### **nel merito**

3. Oggetto del contendere della presente procedura è la questione a sapere se XXXX ha diritto a prestazioni derivanti dalle assicurazioni complementari sottoscritte con la Y.

Dagli atti emerge che l'attore il 30 settembre 2002 ha sottoscritto una "*proposta per un'assicurazione malattie*" della Y, chiedendo di poter beneficiare di diverse assicurazioni complementari rette dalla LCA (Assicurazione standard Y, assicurazione per medicina alternativa, assicurazione per

emergenze, assicurazione per decesso o invalidità da infortunio e assicurazione per spese di guarigione da infortunio; doc. 13).

Con scritto del 27 ottobre 2003 la Cassa ha informato l'attore di aver rilevato una reticenza a causa della presenza di una "*tendinopatia postraumatica su deltoideo sinistro*" già prima della conclusione del contratto e di aver di conseguenza annullato le predette coperture assicurative. Contestualmente l'assicuratore ha chiesto il rimborso di un importo di fr. 5'580 per prestazioni già versate (doc. 14). Dopo alcuni scambi di corrispondenza, nonché l'invio di un precetto esecutivo all'attore, il 3 gennaio 2005 il pignoramento nei confronti di XXXX si è concluso con un attestato di carenza beni (doc. 16).

Tramite petizione del 31 ottobre 2006 (doc. I) e con scritto del 7 dicembre 2006 all'assicuratore (doc. XIV/2), l'interessato rivendica fr. 5'800 derivanti dal contratto "*di assicurazione complementare comprendente la medicina dolce (olistica)*" (doc. XIV/2), ossia dall'assicurazione per medicina alternativa sottoscritta nel 2002.

4. L'assicuratore fa valere che la pretesa è ormai prescritta. In particolare dallo scritto del 27 ottobre 2003 tramite il quale l'attore è stato informato della reticenza e della conseguente rescissione dei contratti assicurativi retti dalla LCA, sarebbero passati più dei due anni previsti dall'art. 46 LCA.

Poiché le CGA dell'assicurazione per medicina alternativa non prevedono norme particolari circa la prescrizione, in concreto trova applicazione la LCA.

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

*"Art. 46*

*1 I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione. L'articolo 41 della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è riservato.*

*2 Sono nulli i patti che assoggettano il credito verso l'assicuratore ad una prescrizione o ad un termine più breve. Rimane ferma la disposizione dell'articolo 39 capoverso 2 numero 2 della presente legge."*

Questa norma è imperativa. Carré, in *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319, ricorda:

*"Force obligatoire*

*Les prescriptions de cet art. ne peuvent pas être modifiées conventionnellement au détriment du preneur ou de l'ayant droit, selon l'art. 98 LCA. Elle est impérative pour toutes les branches d'assurances, sous réserve de celle de l'assurance-transport: cf. plus bas (Tciv. BS RBA V n° 209/219). Elle n'est cependant pas d'ordre public, ni d'ailleurs contraire aux moeurs, si le droit étranger, applicable au contrat, y déroge (CJ GE RBA X n° 50; Tciv. BS RBA V n° 209/219 all.).*

*Ainsi, les parties peuvent valablement convenir d'un délai de prescription, ou de déchéance, plus long que le délai légal (ATF 74 II 97 all., JdT 1948 1592, RBA X n° 49; ATF 60 II 445 all., JdT 1935 I 208, rés. SJ1935p. 349, RBA VII n° 182).*

*La jurisprudence a écarté la théorie selon laquelle l'art. 46 LCA aurait été rangé par inadvertance dans les dispositions relativement impératives de la loi, et non dans celles, qui sont absolument impératives au sens de l'art. 97 LCA (ATF 48 II 284, JdT 1923 I 162, RBA V n° 213; CCC FR RBA XIII n° 56).*

*Un autre délai, plus court, de prescription, ou de péremption (cf ci-après), peut en effet être stipulé en matière d'assurance-transport(...)"*

5. Circa la prescrizione delle indennità giornaliera di malattia il TF, in DTF 127 III 268, ha affermato che l'obbligo di indennizzare è, nel caso giudicato, scaturito dall'incapacità lavorativa comprovata da un attestato medico e dal decorso del termine di attesa convenzionale. Le indennità giornaliera richieste per la durata della malattia si prescrivono complessivamente in due anni a partire da tale momento.

Il TFA ha affermato:

*"2.- a) Die Vorinstanz ist davon ausgegangen, dass die zweijährige Verjährungsfrist von Art. 46 des Bundesgesetzes vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) durch jenes Ereignis ausgelöst werde, welches die grundsätzliche Leistungspflicht des Versicherers zur Entstehung bringe. Gemäss Art. 10 lit. a der hier massgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sei neben der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit der Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers. Mit Ablauf dieser Wartefrist habe die Verjährungsfrist für sämtliche aus diesem Versicherungsfall geschuldeten Krankentaggelder zu laufen begonnen. Dies sei am 7. Mai 1997 geschehen, sodass die Forderung am 23. Juni 1999, als der Kläger an den Vermittler gelangte, bereits verjährt gewesen sei.*

*Gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Als leistungsbegründende*

*Tatsache im Sinne dieser Bestimmung erachteten Lehre und Rechtsprechung anfänglich das befürchtete Ereignis mit der Folge, dass fristauslösendes Moment der Versicherungsfall war (BGE 55 II 215 S. 220; 68 II 106 E. 1; 75 II 227 E. 2 s. 231; KÖNIG, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1967, S. 109; MAURER, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1995, S. 393; ROELLI/KELLER, Kommentar zum VVG, Bd. I, S. 668.). Diese Auffassung hat allerdings zur Konsequenz, dass die Verjährung unter Umständen schon eintritt, bevor der Versicherungsanspruch überhaupt fällig geworden ist (ROELLI/KELLER, a.a.O., S. 669). Im Hinblick auf dieses wenig befriedigende Ergebnis wurde später bezweifelt, ob es richtig sei, die Verjährung stets mit dem Eintritt des befürchteten Ereignisses beginnen zu lassen (dies trifft indessen für die Diebstahlversicherung zu, wo die Verjährung ab dem Schadenereignis und nicht ab dessen Kenntnis zu laufen beginnt: BGE 126 III 278 E. 7a S. 280). Die neuere Lehre und Rechtsprechung weicht denn auch von der Einheitslösung ab, welche den Verjährungsbeginn generell mit dem Eintritt des Versicherungsfalles gleichsetzt, und stellt - wie der Kläger zu Recht vorbringt - je nach Versicherungsart und Leistungsanspruch auf unterschiedliche fristauslösende Ereignisse ab (vgl. die umfassende Darstellung der kantonalen und bundesgerichtlichen Urteile bei CARRE, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Lausanne 2000, s. 320 ff.). So verjährt in der Unfallversicherung der Anspruch auf eine Todesfallsumme erst zwei Jahre nach dem Tod der versicherten Person und nicht schon zwei Jahre nach dem Unfall (BGE 100 II 42 ff), und der Fristenlauf für die Verjährung einer Invaliditätsentschädigung beginnt mit jenem Tag, an welchem feststeht, dass eine Invalidität vorhanden ist (BGE 118 II 447 f). Eine wegen Erwerbsunfähigkeit geschuldete Rente aus Versicherungsvertrag verjährt bei jedem Unfallereignis in zwei Jahren seit dem Unglücksfall (BGE 111 II 501; SJ 1986 S. 513). In der Haftpflichtversicherung wird ebenfalls nicht auf das befürchtete Ereignis abgestellt, sondern auf jenen Zeitpunkt, wo die Haftpflicht der versicherten Person gerichtlich festgestellt wird (BGE 61 II 197; 68 II 106). In der Rechtsschutzversicherung beginnt die Verjährung, sobald der Bedarf nach Rechtsschutz aufkommt, was in der Regel dann der Fall ist, wenn sich der Rechtsstreit zwischen dem Versicherten und dem Dritten konkret abzeichnet (BGE 119 II 468 E. 2c). Diese Beispiele lassen erkennen, dass fristauslösendes Moment für die Verjährung jener Zeitpunkt ist, in welchem die die Leistungspflicht des Versicherers begründenden Tatbestandselemente feststehen.*

*Bei Anwendung dieses Grundsatzes auf den vorliegenden Fall ergibt sich das Folgende. Art. 10 lit. a der hier massgeblichen AVB bestimmt: "Für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist, bezahlt die Y. das vereinbarte Taggeld." Die Leistungspflicht des Versicherers wird also ausgelöst durch die krankheitsbedingte, ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit einerseits und durch den Ablauf der vereinbarten Wartefrist andererseits. Stehen diese beiden Tatbestandselemente fest, so ist die grundsätzliche Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft gegeben und beginnt damit die Verjährungsfrist zu laufen, und zwar für alle Tagelder, die während "der Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit" (Art. 10 lit. a AVB) anfallen, endet doch der Versicherungsfall erst, wenn die versicherte Person wieder arbeitsfähig ist. In der Regel bestimmen die Policen, dass eine Leistungspflicht des Versicherers nur für die Zeit besteht, während*

*welcher eine ärztliche Behandlung nötig ist; mit dieser gegenständlichen Gefahrsbeschränkung ist die Mitwirkung des Arztes gesichert. Die Taggeldentschädigung muss grundsätzlich, wenn sich nicht etwas anderes deutlich aus dem Vertrag ergibt, als einheitliche aufgefasst werden, die gesamthaft verjährt (THALMANN, Die Verjährung im Privatversicherungsrecht, Diss. Zürich 1939, S. 169; vgl. BGE 124 V 368 E. 2a für die Massgeblichkeit der ärztlichen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit im KVG [SR 832.10]). Die Argumentation des Klägers, dass jeder einzelne Tag der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ein eigenständiges leistungsbegründendes Ereignis mit fristauslösender Wirkung darstelle, geht deshalb fehl. Und der Versuch, seine These gemäss BGE 17 S. 313 E. 4 durch eine Anleihe beim Sukzessivlieferungsvertrag zu stützen, bei welchem mit der Ablieferung einer einzelnen Warenpartie und nicht erst mit dem Ende aller Milchlieferungen die Gewährleistungsansprüche verjähren, erweist sich als untauglich. Hier ist vielmehr entscheidend, dass mit dem ärztlichen Attest der Arbeitsunfähigkeit und mit dem Ablauf der Wartefrist die für die Leistungspflicht der Y. massgebenden Tatbestandselemente feststanden und damit die zweijährige Verjährungsfrist für die Gegenstand dieser Leistungspflicht bildenden Krankentaggelder in Gang gesetzt wurde. Dem hat die Vorinstanz Rechnung getragen, indem sie die Verjährungsfrist mit jenem Ereignis beginnen liess, welches die grundsätzliche Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft zum Entstehen gebracht hat. Diese Auffassung ist bundesrechtskonform. Das Bundesgericht hat in BGE 111 II 501 E. 2 (SJ 1986 S. 513) befunden, die im Rahmen einer Lebensversicherung geschuldete jährliche Rente für Erwerbsausfall infolge Unfalls verjähre bei jedem Unfallereignis in zwei Jahren seit dem Unglücksfall. Das gilt in analoger Weise auch für die hier aufgrund einer privaten Krankenversicherung für die Dauer der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit geltend gemachten Taggelder."*

Nella fattispecie in esame con scritto del 27 ottobre 2003 l'assicuratore ha comunicato all'attore la rescissione del contratto a causa della reticenza (doc. 14). L'interessato ha presentato una "petizione" al TCA in data 31 ottobre 2006, ossia ben oltre il termine di due anni previsto dall'art. 46 LCA.

Le pretese sono pertanto prescritte.

In queste condizioni la petizione va respinta.

6. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore la legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a CHF 30'000.-.

Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è

raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, BERNARD CORBOZ, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa di versamento formulata dall'attore di Fr. 5'800.-.

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono quindi dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

### **dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.  
Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione.  
L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Nelle cause di carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta almeno a:

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

Quando il valore litigioso non raggiunge l'importo determinante secondo il punto precedente, il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale.

- 4. Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile, contro la presente decisione è ammesso il ricorso subsidiario in materia costituzionale al Tribunale federale entro il termine di trenta giorni dalla notificazione.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato



The image shows a large, stylized handwritten signature in black ink. To the right of the signature is the official seal of the Tribunal cantonal des assurances. The seal is circular with a central emblem featuring a shield and a scale of justice, surrounded by the text 'TRIBUNALE CANTONALE DELLE ASSICURAZIONI'.

Il segretario



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'su Letts'.

**INTIMAZIONE**

**66IU.2007**

**TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI**