

Incarto n.
36.2010.117

Lugano
12 aprile 2011

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 ottobre 2010/3 novembre 2010 di

XXX

contro

KPT Assicurazioni SA, 3001 Berna

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. **XXX**, 1975, nel 2010 era affiliata a KPT Assicurazioni SA per alcune coperture complementari, tra cui l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione nel reparto comune in tutta la Svizzera (H1) (doc. 1A).
- B. Il 24 giugno 2010 l'assicurata ha partorito alla Clinica _____ di _____ con parto cesareo ed è rimasta degente fino a venerdì 2 luglio 2010. L'indomani, **XXX** si è presentata al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ a causa di un'infezione alla cicatrice. Dopo le cure del caso, è stata dimessa con l'invito a ripresentarsi il giorno successivo, domenica 4 luglio 2010, per ulteriori cure.

- C. Viste le sue condizioni di salute, il ginecologo ha assegnato all'assicurata una levatrice a domicilio ed il 3 agosto 2010 (doc. 1) ha certificato la necessità, da parte dell'interessata, di avere dovuto fare capo ad un aiuto domiciliare per i lavori domestici. Il 9 agosto 2010 (doc. 2) l'assicurata ha quindi avvertito il suo assicuratore malattia che visto che la ferita non si era ancora rimarginata, ha chiesto l'assistenza a domicilio per lavori domestici ed in seguito gli avrebbe fatto pervenire la relativa fattura dei costi.
- D. L'11 agosto 2010 (doc. 3) l'assicuratore malattia ha comunicato all'assicurata che non le accordava alcun contributo per l'aiuto domiciliare, dato che la prescrizione medica era del 3 agosto 2010, mentre la sua degenza è stata dal 24 giugno al 2 luglio 2010 e l'art. 8 delle Condizioni generali d'assicurazione per la copertura complementare H accorda prestazioni unicamente immediatamente dopo una degenza ospedaliera o dopo un'operazione ambulatoriale.
- E. Visti lo scritto del 23 agosto 2010 (doc. A3) dell'assicurata che spiegava nel dettaglio le sue vicissitudini legate al parto, il certificato del 3 settembre 2010 (doc. A1) del ginecologo curante che ha riassunto le complicazioni post-parto ed il sollecito dell'interessata del 20 settembre 2010 (doc. 6), il 1° ottobre 2010 (doc. A2) l'assicuratore malattia ha rivalutato la situazione e, *"eccezionalmente e senza pregiudizio per il futuro, possiamo accordarle il contributo previsto dalla sua copertura assicurativa per un mese dal 4 luglio 2010."*, invitandola a produrre le relative fatture.
- F. Con il conteggio delle prestazioni del 28 ottobre 2010 (doc. A4), KPT Assicurazioni SA ha riconosciuto la fattura di Fr. 1'200,06 emessa il 28 agosto 2010 (doc. A5) dall'_____ di _____, ma soltanto nella misura di Fr. 40.-.
- G. Il 31 ottobre 2010/3 novembre 2010 (doc. I) **XXX** ha inoltrato al Tribunale cantonale delle assicurazioni una petizione, con cui ha chiesto il riconoscimento dell'intera fattura della ditta _____, per un importo di Fr. 1'200.-. Dopo avere esposto le sue traversie dovute alle complicazioni sorte dopo il parto cesareo del 24 giugno 2010, l'attrice ha contestato che l'assicuratore le riconosca soltanto un mese di aiuti domiciliari, dato che nelle Condizioni generali d'assicurazione non figura che, appena usciti dalla sala operatoria, bisogna farsi rilasciare un certificato medico che attesti la necessità dell'aiuto domiciliare. L'attrice ha evidenziato che né dai contatti telefonici avuti né dal profilo contrattuale vi sarebbe mai stata chiarezza su questa questione.

- H. Con risposta del 16 novembre 2010 (doc. III) l'assicuratore malattia ha chiesto di respingere la citata petizione in virtù dell'art. 8 delle Condizioni speciali in complemento alle CGA per l'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione. Infatti, visto che l'impresa di pulizia ha effettuato i lavori domestici domenica 4 luglio 2010 e sabato 28 agosto 2010, seppure sia alquanto strano che tali lavori siano stati effettuati in giorni festivi e, peraltro, quando l'attrice era in ospedale (4 luglio 2010) e malgrado l'assicuratore le avesse inizialmente concesso unicamente il riconoscimento dei costi sopportati durante un mese a decorrere dal 4 luglio 2010, il convenuto ha infine ammesso il rimborso per i due giorni fatturati dall'impresa e le ha quindi versato la somma di Fr. 40.-. L'assicuratore ha inoltre osservato l'incongruenza, da parte dell'attrice, di non averlo avvisato immediatamente, dopo la degenza ospedaliera, della necessità di fare capo ad aiuti domestici, ma di avergli chiesto tempestivamente l'aiuto di una levatrice. Sebbene il diritto al riconoscimento di Fr. 20.- al giorno decorra dal 5 luglio 2010, il convenuto ha comunque ammesso l'inizio della decorrenza del periodo massimo di 60 giorni già dal 4 luglio 2010, ma visto che l'ultima medicazione della cicatrice post-parto è avvenuta il 3 agosto 2010, ha limitato ad un mese il riconoscimento dell'aiuto domiciliare, perciò per la seconda giornata di pulizie, svolta il 28 agosto 2010 e fatturata, anch'essa, Fr. 600.-, non doveva essere concesso il forfait. L'assicuratore ha però poi ammesso ugualmente e "*generosamente*" il rimborso di Fr. 20.-.
- I. Il 26 novembre 2010 (doc. V) l'attrice ha rilevato che la fattura di Fr. 1'200,06 si riferisce a lavori domestici iniziati il 4 luglio 2010 e terminati il 28 agosto 2010 e quindi in questo periodo "*ci saranno stati diversi giorni in cui ho usufruito dell'aiuto domiciliare, anche perché spendere 557,65 fr in un giorno per le pulizie di casa in un appartamento di 3 locali e mezzo è un tantino eccessivo!*". L'attrice ha quindi affermato di non sapere che la fattura doveva indicare i giorni e le ore di lavoro svolte, ma che ha fatto presente all'impresa che il costo non doveva superare i Fr. 1'200.-, che era la cifra massima riconosciuta dal suo assicuratore malattia.
- L. Il 3 (doc. VIII) ed il 12 dicembre 2010, come pure il 18 gennaio 2011 (doc. IX), il Giudice delegato ha provato, infruttuosamente, a contattare per iscritto l'impresa di pulizie in questione al fine di ottenere dei chiarimenti riguardanti la fattura del 28 agosto 2010, informazioni che è riuscito però in parte ad ottenere il 31 gennaio 2011 (doc. X) dal socio gerente della _____, il quale ha prodotto la stessa fattura n. _____ del 28 agosto 2010, ma datata 25

gennaio 2011 e modificata nel contenuto e nel totale (Fr. 1'208,56).

- M. In merito a questa "nuova" fattura il Giudice delegato ha chiesto al socio gerente dei chiarimenti (doc. XII), che non sono giunti. Su questa fattura si è invece espresso l'assicuratore convenuto (doc. XIII), contestandola integralmente e rilevando numerose incongruenze con la prima fattura. Dal canto suo l'attrice, invitata anch'essa a pronunciarsi sul documento trasmesso dal socio gerente (doc. XI), non si è determinata e ciò nemmeno quando il 24 febbraio 2011 (doc. XIV) il Giudice delegato le ha espressamente chiesto di acquisire un'attestazione relativa alle date precise ed alle ore in cui la _____ ha svolto i lavori domestici a casa sua. Il Tribunale ha sollecitato l'attrice in tal senso il 16 marzo 2011 (doc. XV), tuttavia non è giunta nessuna risposta.

considerato in

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 (STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007),

nel merito

2. Nel 2010 l'attrice beneficiava dell'assicurazione complementare delle spese d'ospedalizzazione (H). Questa copertura copre pure i costi per l'aiuto domestico. Infatti, l'art. 8 delle Condizioni speciali in complemento alle CGA, edizione 01.2007, relativo proprio all'aiuto domiciliare e alle cure a domicilio, prevede:

"Ci facciamo carico dei costi per l'aiuto domiciliare o cure a domicilio prescritte dal medico, e che sono prestate immediatamente dopo la degenza ospedaliera o un'operazione ambulatoriale, per un periodo di 60 giorni secondo il reparto assicurato:

- per aiuto domiciliare;
- per cure a domicilio prestate da familiari che ne hanno la qualifica professionale. Ci facciamo carico delle prestazioni delle cure a domicilio anche quando, grazie ad esse, si può evitare una degenza ospedaliera.

Queste prestazioni non possono essere cumulate con le prestazioni per le cure. I familiari dell'assicurato che prestano queste cure devono dimostrare che a causa di ciò hanno subito una perdita di guadagno."

L'art. 11 CSA riassume con una tabella le prestazioni riconosciute dalla copertura complementare stipulata dall'attrice. In particolare, per quanto concerne l'aiuto e le cure a domicilio, l'assicuratore versa Fr. 20.- al giorno per le degenze in reparto comune, corrispondente alla copertura scelta dall'assicurata (H1).

Per sapere se l'assicuratore debba riconoscere all'attrice il rimborso del costo dell'aiuto domestico a cui ha fatto capo nell'estate 2010, occorre dunque interpretare le norme esposte secondo i principi giurisprudenziali in materia.

3. Va a questo proposito rammentato che, per costante giurisprudenza, al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2; DTF 118 III 342 consid. 1a pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la "vera e concorde volontà dei contraenti", se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art. 18 cpv. 1 CO; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (interpretazione oggettiva o principio dell'affidamento: sentenza 4A_371/2009 del 30 novembre 2009, consid. 6.1; sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo

chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c).

Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II consid. 1a).

4. Per quanto concerne le Condizioni Generali d'Assicurazione, va ancora rilevato che in virtù dell'art. 3 cpv. 1 LCA (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2006) esse devono essere inserite nel formulario di proposta rilasciato dall'assicuratore o consegnate al proponente prima ch'egli abbia inoltrato il formulario contenente la sua proposta (art. 3 cpv. 2 2a frase LCA in vigore dal 1° gennaio 2007). Da ciò deriva, come evidenziato dalla dottrina (CARRE, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 120 ad art. 3 LCA; 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) e giurisprudenza (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2), che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione.

Come rammenta VINCENT BRULHART, *Droit des Assurances privées*, Stämpfli 2008, n. 263 e segg., pag. 120 e segg., il contenuto del contratto può essere di principio determinato liberamente ed è, il più delle volte, fissato nelle condizioni generali preformulate. Si tratta di *"conditions contractuelles qui règlent les droits et les obligations des contractants... fixent l'étendue de la*

couverture" (n. 264). La dottrina ricorda che l'uso di condizioni generali è la regola in materia di contratto d'assicurazione:

"De fait, l'utilisation des conditions générales est indissociable de la technique d'assurance." (BRULHART, op. cit., n. 267)

La tecnica d'assicurazione (BRULHART, op. cit., n. 15 e segg.) si fonda sulla legge dei grandi numeri ed il calcolo delle probabilità, da ciò la necessità di considerare un grande numero di eventi simili per dedurre le probabilità di sopravvenienza futura con necessità di definire convenientemente il rischio e le condizioni della sua assunzione da parte dell'assicuratore. Questi motivi, in uno con la necessità di mantenere ridotti i costi amministrativi degli assicuratori (BRULHART, op. cit., n. 270, pag. 121), conducono all'offerta di prodotti standardizzati, con rischi e garanzie uniformati "... *ce qui intervient par l'utilisation de conditions contractuelles préformulées*" (BRULHART, op. cit., n. 271, pag. 121).

Come indicato le CGA, che non hanno qualità di norme giuridiche, reggono il contratto solo se vengono integrate nello stesso.

La legge sul contratto d'assicurazione non definisce il contratto che regola. L'assicurazione è una convenzione per la quale, a fronte del versamento di un premio, l'assicuratore si impegna - in caso di realizzazione di un rischio aleatorio previsto - a garantire la sua controparte delle conseguenze dell'evento. Si tratta di un contratto sinallagmatico, successivo poiché esplica i suoi effetti nel tempo ed è generalmente, come rileva parte della dottrina (BRULHART, op. cit., n. 399), un contratto d'adesione siccome elaborato, redatto e stampato dall'assicuratore prima della sua conclusione, ciò che ha per effetto che il contraente dell'assicurazione aderisce, in genere senza discussione delle clausole, all'elaborato dell'assicuratore.

Di per sé il contratto d'assicurazione non è sottoposto ad alcuna condizione di forma e può essere concluso oralmente o per atti concludenti (WILLY KÖNIG, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3a ed. Berna 1967, pag. 69 e DTF 112 II 245).

Se il contratto d'assicurazione non è sottoposto a condizioni di forma, anche la proposta assicurativa ne è svincolata (BRULHART, op. cit., n. 404 e n. 262), pur potendo le parti convenire altrimenti.

Per quanto attiene alle CGA, definite da ERNS KRAMER e BRUNO SCHMIDLIN, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Tomo

IV, 3 ed., Berna 1986, pag. 177-178, quali forma di legislazione emanata dall'economia privata o di legislazione senza legislatore, esse regolano il contratto nella misura in cui siano, come detto, integrate nello stesso.

5. Nel caso di specie non risulta possibile stabilire la reale e concorde volontà delle parti al momento della conclusione del contratto, poiché le parti non hanno fornito i nomi delle persone coinvolte nella conclusione di detto contratto od altri indizi che permettano di accertare la volontà soggettiva dell'assicuratore e dell'attrice.

Occorre di conseguenza ricorrere all'interpretazione oggettiva, secondo il principio dell'affidamento, ovvero occorre domandarsi come il destinatario di questa manifestazione di volontà poteva comprenderla in buona fede, quindi secondo il senso che ogni contraente poteva e doveva ragionevolmente attribuire alle dichiarazioni dell'altro nelle circostanze concrete (cfr. sentenza 4A_468/2008 del 20 febbraio 2009, consid. 2.4.1).

La frase contestata dalle parti è contenuta nell'art. 8 CSA:

"Ci facciamo carico dei costi per l'aiuto domiciliare o cure a domicilio prescritte dal medico, e che sono prestate immediatamente dopo la degenza ospedaliera o un'operazione ambulatoriale, per un periodo di 60 giorni secondo il reparto assicurato".

Questa norma esige dunque l'adempimento di tre condizioni. La prima prevede che la necessità di un aiuto domiciliare o di cure a domicilio sia prescritta da un medico, la seconda condizione considera che questi aiuti siano ricevuti dall'assicurato immediatamente dopo la degenza ospedaliera o un'operazione ambulatoriale ed il terzo elemento concerne la durata delle prestazioni, dato che il loro riconoscimento può avvenire per 60 giorni.

Innanzitutto, l'art. 8 CSA non prevede espressamente che la prescrizione medica debba essere prodotta a KPT Assicurazioni SA *prima* che l'aiuto o le cure domiciliari diventino effettive. Pertanto, d'avviso di questo Tribunale, è sufficiente anche un certificato medico che, a posteriori, ratifichi questa necessità da parte di un assicurato.

In concreto, il certificato del 3 agosto 2010 (doc. 1) del dr. med. _____, specialista FMH in ginecologia e ostetricia, ha per l'appunto confermato che l'attrice "*ha avuto bisogno di un aiuto domiciliare per svolgere le attività casalinghe, nel periodo post-*

parto in quanto in data 24.06.2010 è stata sottoposta ad un taglio cesareo con una ferita guarita per seconda."

La prima condizione è dunque pienamente adempiuta. Quanto al momento in cui l'aiuto domiciliare o le cure a domicilio possono intervenire, il citato art. 8 CSA specifica chiaramente che il riconoscimento di questi costi c'è soltanto se tali aiuti avvengono immediatamente *dopo* la degenza ospedaliera o un'operazione ambulatoriale, visto che il loro scopo è proprio quello di alleviare l'impossibilità pratica dell'assicurato di farvi personalmente fronte a causa del suo stato di salute post-operatorio.

Per ciò che concerne la fattispecie, va dunque ammesso che l'attrice aveva diritto di beneficiare di un aiuto domiciliare da venerdì 2 luglio 2010, ovvero dal giorno stesso della sua dimissione dalla Clinica _____ di _____, dove era degente dal 24 giugno 2010. Semmai, a dipendenza di quando è avvenuto il rientro a casa (in mattinata o in serata), il diritto all'aiuto domiciliare decorre eventualmente dall'indomani, sabato 3 luglio 2010.

Questo termine non può però avere inizio da domenica 4 o lunedì 5 luglio 2010, poiché durante questi due giorni l'attrice non è stata degente in ospedale e nemmeno ha subito un intervento ambulatoriale, ma si è semplicemente recata in ospedale per degli accertamenti e lì è stata (solo) curata ambulatorialmente.

Pertanto, i lavori domestici svolti dal 2 o 3 luglio 2010 in poi da _____ a casa dell'attrice devono esserle riconosciuti.

Anche la seconda condizione della tempestività delle prestazioni è dunque data.

Infine, il rimborso dell'ammontare previsto per ogni giorno in cui l'aiuto domiciliare è stato effettivamente prestato corrisponde, per la categoria (comune) scelta dall'attrice, a Fr. 20.- al giorno e ciò per un periodo di 60 giorni immediatamente seguenti la dimissione dall'ospedale. Quindi, fino al 1° settembre 2010 l'assicurata ha diritto al riconoscimento della partecipazione prevista dal suo assicuratore malattia in caso di effettivo aiuto domiciliare.

Questo Tribunale osserva che la durata contrattuale di 60 giorni vale dopo *ogni* degenza ospedaliera o operazione ambulatoriale, e non per 60 giorni in totale sull'arco di un anno civile.

Stanti così le cose, la soluzione inizialmente adottata dal convenuto il 1° ottobre 2010 (doc. A2) - peraltro *unilateralmente* - di ri-

conoscere all'interessata il rimborso di Fr. 20.- per unicamente un mese a decorrere dal 4 luglio 2010, viola le condizioni contrattuali stesse stilate dall'assicuratore.

Va qui comunque evidenziato che, in seguito, KPT Assicurazioni SA ha applicato alla lettera l'art. 8 CSA ed il 28 ottobre 2010 (doc. A4) ha giustamente accordato all'attrice il riconoscimento dell'importo previsto all'interno del periodo di 60 giorni.

6. Stabilite le condizioni contrattuali da rispettare, resta dunque da determinare se ed in che misura la fattura del 28 agosto 2010 dell'impresa di pulizie assunta dall'attrice debba essere riconosciuta dal convenuto.

Al riguardo, occorre qui evidenziare che al fine di meglio comprendere il contenuto di questa fattura, pendente causa il Tribunale ha interpellato la ditta in questione (docc. VIII e IX), dato che il conteggio esposto sembrava alquanto insolito.

Infatti, da una semplice lettura risulta che il 4 luglio 2010 la ditta _____ ha eseguito lavori domestici presso l'appartamento privato di **XXX** nella misura di "una quantità" al prezzo di Fr. 557,65, che dà quindi un totale di uguale importo.

Anche il 28 agosto 2010 la citata ditta ha svolto gli stessi lavori domestici sempre per "una quantità" e sempre per una fatturazione totale di Fr. 557,65.

La fattura n. _____ indica poi soltanto che "*manodopera, prodotti, attrezzature, trasferta, tutto compreso*".

In calce v'è infine l'indicazione del numero IVA (_____), del totale netto (Fr. 1'115,30), dell'IVA al 7,6% (Fr. 84,76) e del totale IVA inclusa (Fr. 1'200,06).

Malgrado i tre distinti invii del 3 (doc. VIII) e 12 dicembre 2010 e del 18 gennaio 2011 (doc. IX) del Tribunale atti a meglio comprendere le predette scarse diciture, la ditta _____ non vi ha dato seguito.

È solo scrivendo in copia anche al socio gerente _____ il 18 gennaio 2011 (doc. IX) che il TCA è riuscito ad ottenere il 31 gennaio 2011 (doc. X) maggiori informazioni che, però, non chiariscono affatto la situazione. Anzi.

Il motivo della complicazione dei fatti in causa deriva dalla nuova fattura che il socio gerente ha prodotto al Tribunale. Questa fattura, sempre numerata _____, è però datata 25 gennaio 2011 (doc. X) e dovrebbe rappresentare il dettaglio della fattura inviata all'assicuratore dall'attrice, emessa il 28 agosto 2010.

Invero, questa "seconda" fattura non dipana affatto i dubbi preesistenti, ma li alimenta. Come ha ben fatto notare l'assicuratore malattia, non sono infatti chiare le indicazioni delle date riportate.

Al riguardo, KPT Assicurazioni SA ha fornito *una* delle possibili spiegazioni (doc. XIII).

Dal documento in questione si desume che nel primo mese i lavori domestici sembrano essere avvenuti tra i giorni 4 ed 8 luglio, 12 e 15 luglio, 19 e 22 luglio, 26 e 29 luglio 2010.

Nel secondo mese, l'attrice avrebbe beneficiato dei lavori domestici eseguiti dalla _____ tra i giorni 9 e 12 agosto, 16 e 19 agosto, 23 e 28 agosto 2010.

Questi lavori sarebbero stati effettuati nelle settimane indicate o nei periodi di giorni indicati nel doc. IX e per ogni periodo le ore lavorative totali sarebbero cinque. Ritenuto il costo orario di Fr. 34.-, per una settimana la spesa complessiva ammontava dunque a Fr. 170.-, rispettivamente a Fr. 1'190.- per entrambi i mesi di lavoro.

Calcolando poi l'IVA al 7,6% si dovrebbe ottenere un costo totale di *Fr. 1'280,44*.

Ora, questo importo differisce nettamente dalla fattura del 25 gennaio 2011, che indica un totale IVA inclusa di *Fr. 1'208,56*. Questa cifra, che si avvicina alla somma iniziale di Fr. 1'200,06 fatturata il 28 agosto 2010, ma non corrisponde all'importo poiché erroneamente calcolata. L'impresa di pulizia, dettagliando la fattura, ha sbagliato i calcoli. Infatti, nella seconda fattura la _____ ha ritenuto un'IVA dell'8% siccome dal 1° gennaio 2011 questo tasso è aumentato. Va però evidenziato che l'8% di Fr. 1'190.- non dà comunque, come inspiegabilmente recita la fattura, la cifra di Fr. 18,56. Avesse calcolato correttamente l'IVA al 7,6% sull'importo esposto la somma totale sarebbe stata di fr. 1'280.44.

Come evidenziato nello scritto (doc. XII) 3 febbraio 2011 del TCA non è comunque chiaro in quali date i lavori sono stati svolti, se ogni giorno tra le date esposte o solo nelle date esposte. Le divergenze tra le fatture di agosto 2010 e gennaio 2011 sono tante e tali da destare dubbi e da non permettere un preciso accertamento.

L'istruttoria non ha infatti permesso di comprovare le date esatte durante le quali sono stati svolti i lavori e ciò neppure nell'ottica della verosimiglianza preponderante. Ciò malgrado il TCA abbia

chiesto al socio gerente di fornire ulteriori spiegazioni riguardo al nuovo conteggio del 25 gennaio 2011, egli ha dichiarato di non essere in grado di dare seguito alle specifiche richieste (doc. XIV).

Inoltre, nemmeno l'attrice stessa, invitata espressamente in ben due occasioni dal Tribunale (docc. XIV e XV) ad attivarsi presso l'impresa di pulizia per ottenere maggiori chiarimenti e dettagli sulle prestazioni fornitele nell'estate 2010, è stata collaborativa, dato che anch'ella è rimasta silente.

Dal canto suo l'assicuratore ha fatto presente di avere tentato - invano - di contattare la società _____ (doc. 9).

7. Come indicato, dagli accertamenti esperiti non è emersa prova concreta e sufficiente relativa alle date esatte di svolgimento dei lavori. Nessun elemento atto a corroborare la correttezza della fattura del 28 agosto 2010 rispetto alle indicazioni contenute in quella del 25 gennaio 2011 (doc. X) e, ancora meno, atto a chiarire, almeno con verosimiglianza preponderante, in quali date e per quante ore la suddetta impresa di pulizia abbia effettivamente svolto determinati lavori domestici presso l'abitazione dell'attrice.

Inoltre, i dubbi manifestati dall'assicuratore sui due giorni indicati nella prima fattura (il 4 luglio 2010 l'attrice era appena stata dimessa dalla Clinica _____ ed era una domenica, e poi, proprio quel giorno si è recata all'Ospedale di _____ per farsi medicare la cicatrice susseguente al parto cesareo; il 28 agosto 2010 era invece un sabato) non permettono di riconoscere le pretese dell'assicurata cifrate in Fr. 1'200.- e più per l'aiuto domiciliare nell'estate 2010.

Va ribadito che le spiegazioni della fattura 28 agosto 2010 fornite non sono chiare convincenti e non hanno sostrato nella produzione di bollettini di lavoro. La somma delle ore che la _____ avrebbe prestato all'attrice dà un importo superiore, come visto, ai Fr. 1'200.- inizialmente fatturati.

In queste circostanze, l'assicuratore malattia ha riconosciuto due giorni di aiuto domiciliare, giorni "certi" per KPT in cui sarebbero avvenuti i lavori domestici a casa dell'assicurata.

Parte attrice ha ottenuto il versamento di Fr. 20.- per ciascun giorno di aiuto domiciliare, ciò che corrisponde ad un totale di Fr. 40.-.

Non è invece possibile ammettere in modo maggiore le pretese dell'attrice alla luce dei dubbi e delle incongruenze delle fatturazioni.

All'attrice è stato chiesto di volere ottenere un'attestazione relativa alle date precise di fornitura delle prestazioni con specifica del numero di ore, richiesta rimasta inevasa.

L'onere probatorio, e quindi le conseguenze della mancata prova, ricadono, purtroppo, su parte attrice.

Stanti così le cose, la petizione deve essere respinta.

Di conseguenza KPT Assicurazioni SA, che ha già riconosciuto all'attrice l'importo di Fr. 40.- in virtù della copertura H1 per due giorni di aiuto domiciliare, non deve più versare alcunché a dipendenza delle conseguenze relative alla degenza dal 24 giugno 2010 al 2 luglio 2010 alla Clinica _____ di _____ a seguito del parto cesareo.

8. Nella commisurazione del valore di causa, esso è rappresentato dalla pretesa di versamento di Fr. 1'200.-.

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; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

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 alla FINMA, Berna.
Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF).
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 a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi. Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Il segretario

Ivano Ranzanici

Fabio Zocchetti