

## **TI\_GERICHTE 36.2014.51 vom 12. September 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-09-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.51](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.51)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.51 du 12 septembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.51 del 12 settembre 2014

### **Regeste**

Disdetta del contratto assicurativo, retto dalla LCA, a causa del mancato pagamento dei premi nel termine assegnato con la diffida. Riassunto della giurisprudenza. Rifiuto, a torto, dell'assicurata, di sottoporsi alla visita peritale prevista dall'assicuratore

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Va ancora evidenziato che l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia può essere stipulata nella forma di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni (sentenza 4A\_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2). L'assicurazione di somme garantisce una prestazione che è stata definita al momento della conclusione del contratto e non dipende dal verificarsi di un pregiudizio economico: essa è dovuta non appena l'evento assicurato si sia verificato (sentenza 4A\_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2; cfr. anche, sulla nozione di assicurazione di somme in relazione a un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattie, la sentenza 4A\_168/2007 del 16 luglio 2007, consid. 3.2.4 e 3.2.5, pubblicata in DTF 133 III 527). L'assicurazione contro i danni mira invece a rimborsare il danno: in questo caso il versamento e la misura delle prestazioni dipendono dalla misura del pregiudizio economico effettivamente patito dall'assicurato (sentenza 4A\_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2) La questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle condizioni generali d'assicurazione che lo accompagnano (CGA), secondo le regole usuali dell'interpretazione dei contratti (sui criteri di distinzione fra queste due modalità di assicurazione, cfr. anche sentenza 4C.83/1998 dell'11 giugno 1998, consid. 3c e 3d e sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007). 4. Ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_, i diritti e i doveri dei contraenti sono definiti nella polizza, nelle eventuali aggiunte, nelle condizioni generali d'assicurazione (CGA), nelle condizioni complementari e nelle condizioni speciali del contratto. Nella misura in cui non sia esplicitamente convenuto altrimenti, vale la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA l'assicuratore assume la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche della malattia, dell'infortunio e della maternità. Le prestazioni assicurate sono indicate nella polizza. Secondo l'art. \_\_\_\_\_ CGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. A norma dell'art. \_\_\_\_\_ CGA l'indennità giornaliera assicurata è corrisposta per la durata dell'incapacità lavorativa attestata dal medico o dal chiropratico, dopo decorrenza dell'eventuale periodo di attesa. Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA in caso d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25%, l'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al grado d'incapacità lavorativa. A partire da un'incapacità lavorativa di

almeno il 66 2/3%, si corrisponde l'indennità giornaliera completa, fatta riserva di eventuali prestazioni di terzi. L'art. \_\_\_\_\_ CGA prevede che è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Secondo l'art. \_\_\_\_\_ CGA su richiesta dell'assicuratore l'assicurato è tenuto a sottoporsi ad una visita medica eseguita dal suo medico fiduciario o da un medico designato dall'assicuratore. I relativi costi vanno a carico dell'assicuratore. Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA dopo la fine dell'incapacità lavorativa si deve immediatamente inviare all'assicuratore una conferma in merito al grado e alla durata della stessa. In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata l'assicurato è tenuto a inviare una conferma dell'incapacità lavorativa (scheda di controllo) ogni quattro settimane. L'art. \_\_\_\_\_ CGA prevede che se gli obblighi in caso di sinistro indicati alle cifre \_\_\_\_\_ restano deliberatamente inosservati e questo influisce negativamente sulla determinazione dell'entità o delle conseguenze di una malattia o di un infortunio, l'assicuratore riduce o rifiuta le prestazioni. 5. L'art. 20 LCA concerne l'"Obbligo della diffida. Conseguenze della mora" dell'assicurato (cfr. nota marginale del disposto di legge). Esso prevede che nel caso in cui il premio non sia stato pagato alla scadenza o entro il termine di rispetto concesso dal contratto, il debitore debba essere diffidato per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida (cpv. 1). Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligazione dell'assicuratore è sospesa a datare dalla scadenza del termine di diffida (cpv. 3). La LCA regola il tema della mora contrattuale in maniera diversa rispetto alle disposizioni del Codice delle Obbligazioni (CO), nella misura in cui non fa dipendere la validità della mora dalla data di ricezione da parte del debitore della diffida. Nonostante il tenore della nota marginale dell'art. 20 LCA, la diffida non è obbligatoria; essa diviene necessaria se l'assicuratore intende ottenere la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (TC SG in RUA XI n. 23; TC VD in RUA VI n. 107; TC NE in RUA VI n. 113, citati in: Carré, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 210 ad art. 20 LCA). Se l'assicuratore non notifica una diffida al debitore, il primo non può liberarsi dei suoi obblighi nel caso in cui si produca l'evento assicurato e neppure può recedere dal contratto (Kuhn/ Montavon, *Droit des assurances privées*, Losanna 1994, pag. 197). Tuttavia, l'invio di una diffida non è soggetto ad alcun termine se non a quello di due anni previsto dall'art. 46 LCA, trascorso il quale il diritto dell'assicuratore al pagamento del premio si prescrive (TC VD in RUA IX n. 52; RUA III n. 95, in: Carré, *op. cit.*, pag. 212 ad art. 20 LCA). L'assicurato, infatti, non si trova in mora per il solo fatto che il premio è scaduto: è necessario ancora che l'assicuratore lo diffidi. La diffida deve informare il debitore in modo esplicito e completo su tutte le conseguenze del ritardo nel caso in cui l'assicurato non adempia ai suoi obblighi nel termine concessogli (Hasenböhler, in: *Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)*, Basilea 2001, n. 42 ad art. 20 LCA; DTF 128 III 186, in particolare consid. 2; SJ 2003 I pag. 215 e seg.). Una diffida che non indica le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi è irregolare e non può produrre gli effetti che non sono stati citati (DTF 128 III 186; SJ 2003 I pag. 215 e seg.). La legge accorda comunque al debitore un termine legale di quattordici giorni (termine di grazia) per provvedere al pagamento. Questo termine non inizia a decorrere dalla notifica della diffida, ma dal momento del suo invio (STF in RUA XVIII n. 13, in: Carron, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*,

Friburgo 1997, n. 179 pag. 61; Kuhn/Montavon , op. cit., pagg. 189-193). Contrariamente a quanto è previsto dal CO, la messa in mora diventa effettiva – e l'assicurato deve pure degli interessi moratori - se, alla scadenza del termine legale, il debitore non ha ancora dato seguito al pagamento del premio. Qualora il termine di grazia venga a scadere infruttuosamente, gli obblighi dell'assicuratore vengono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA). La sospensione dura fino al pagamento completo del premio, oltre accessori, a meno che un'intenzione diversa risulti dall'attitudine dell'assicuratore (DTF 112 II 463; DTF 103 II 204). Il pagamento, o semplicemente la maturazione di un altro premio intervenuta successivamente a quello che è stato oggetto della diffida, non hanno alcun effetto sulla sospensione. Ad ogni modo, l'assicuratore è tenuto ad accettare il pagamento di un premio posteriore, a meno che non intenda recedere dal contratto, possibilità questa cui non è obbligato (DTF 103 II 204). Infine, se l'assicuratore ha incassato il premio corrispondente al nuovo periodo d'assicurazione, ciò non significa che egli abbia rinunciato a ricevere i premi dovuti per i periodi anteriori e, ancor meno, che rinunci a sospendere le proprie obbligazioni ( Kuhn/ Montavon , op. cit., pag. 189 segg.). Se, invece, il debitore adempie al suo obbligo contrattuale versando nei quattordici giorni di tempo di cui alla diffida il premio dovuto all'assicuratore, egli si sottrae alle conseguenze della mora. A tal proposito si osserva che l'obbligo dell'assicuratore di versare le prestazioni resta salvaguardato durante tutto il termine legale (termine di grazia) per gli eventi che potrebbero sopraggiungere durante questo periodo. Tale obbligo permane anche se, più tardi, emergesse che la diffida è rimasta senza effetto (art. 20 cpv. 3 LCA). Se allo scadere del termine di grazia il debitore ha pagato solo una parte del premio scaduto, bisogna ritenere che egli non ha adempiuto ai suoi obblighi contrattuali. In tal caso, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA), anche se la parte ancora dovuta rappresenta una piccola porzione dell'intero premio arretrato ( Kuhn/Montavon , op. cit., pagg. 194 e 195). A dipendenza delle circostanze, rimangono tuttavia riservate le intenzioni diverse dell'assicuratore (DTF 112 II 463). Alla luce di quanto precede, dunque, quando il premio arretrato non venga versato prima della scadenza del termine legale di quattordici giorni, la mora del debitore diventa effettiva. Ciò comporta la sospensione degli obblighi dell'assicuratore (art. 20 cpv. 3 LCA). Tuttavia, un contratto sospeso nei suoi effetti non equivale ad un contratto estinto o rescisso; significa invece semplicemente che gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi , mentre il contratto d'assicurazione in quanto tale resta vigente. La sospensione degli obblighi dell'assicuratore interviene a danno dell'assicurato che resta debitore del premio. Si ribadisce quindi che, di regola, l'assicuratore non ha obblighi nei confronti dell'assicurato se un evento si produce dopo la scadenza infruttuosa del termine legale di diffida (quattordici giorni) ( Kuhn/ Montavon , op. cit., pag. 198 e seg.; Hasenböhler , op. cit., nn. 19-32 ad art. 21 LCA, pag. 334 segg.). Il pagamento successivo dei premi fa infatti rinascere le prestazioni ex nunc esclusi comunque i rischi realizzati (Su questi aspetti si veda V. Brulhart, op.cit., n° 563 Kuhn/Montavon, op.cit., pag. 199; DTF 6 maggio 2002 [5C\_258/2001], cfr. anche sentenza 36.2009.174 del 17 febbraio 2011). L'art. 21 LCA prevede infatti che: " Quando l'assicuratore non abbia richiesto nelle vie legali il premio arretrato entro due mesi dalla scadenza del termine fissato all'articolo 20 della presente legge si ritiene che sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio. (cpv. 1) Se l'assicuratore ha richiesto il premio o l'ha accettato più tardi, la sua responsabilità rinasce dal momento in cui il premio arretrato venga pagato con interessi e spese (cpv. 2)" Qualora gli effetti del contratto siano sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA) e l'assicuratore non intenti una procedura esecutiva nei due mesi che fanno seguito alla scadenza del termine di grazia, v'è la

presunzione irrefragabile – che esclude l'apporto della prova del contrario (STF in RUA VIII n. 109, in: Carré , op. cit., pag. 218 ad art. 21 LCA) - che egli voglia recedere dal contratto e quindi che rinunci al pagamento del premio arretrato (TComm. ZH in RUA XIV n. 33, in: Carron , op. cit., n. 194 pag. 67), fatto comunque salvo quanto prescritto al capoverso 2 dell'art. 21 LCA. Il contratto, ai termini dell'art. 21 cpv. 1 LCA, si estingue dunque ex nunc e non ab initio . Anziché attendere che la presunzione irrefragabile sia effettiva (presunzione di rescissione), l'assicuratore ha la possibilità di dichiarare espressamente che vuole recedere dal contratto. Per far ciò, egli non deve aspettare che sia trascorso il periodo di due mesi, ma può dichiarare la sua volontà immediatamente ( Kuhn/Montavon , op.cit., pag. 199). Se l'assicuratore recede effettivamente dal contratto, qualunque sia il modo in cui ciò avvenga (per dichiarazione dell'assicuratore o alla scadenza del termine di due mesi), giusta l'art. 21 cpv. 1 LCA egli perde automaticamente ogni diritto a ricevere i premi arretrati ed a rivendicare le prestazioni precedentemente fornite. V'è dunque una finzione della rinuncia da parte dell'assicuratore per il recupero dei premi arretrati ( Kuhn/Montavon , op. cit., pag. 198 e seg.; Hasenböhler , op. cit., nn. 4-18 ad art. 21 LCA, pag. 330 segg.). Se l'assicuratore non ha intenzione di recedere dal contratto può pretendere dal debitore che quest'ultimo dia seguito ai suoi obblighi. Ciò significa che può esigere dall'assicurato l'esecuzione del contratto e quindi il pagamento del premio ormai scaduto. Onde evitare che si crei una situazione di presunzione di rinuncia all'adempimento contrattuale (art. 21 cpv. 1 LCA), il creditore può introdurre al competente ufficio una procedura esecutiva atta a recuperare il premio arretrato. Il creditore deve agire nel periodo di due mesi che ha fatto seguito alla diffida legale di pagamento. Infatti, se in questo lasso di tempo l'assicuratore non si attiva per recuperare il premio, sussiste la presunzione di rinuncia a recuperare il premio arretrato (TC ZG in RUA XIX n. 30, in: Carron , op. cit., n. 189 pag. 65). Se l'assicuratore, trascorso il termine legale di grazia di quattordici giorni, sceglie di ottenere il pagamento del premio - e quindi di non rinunciare al contratto – e concede ancora del tempo all'assicurato prima di procedere con il recupero del premio, il contratto rimane ugualmente sospeso conformemente all'art. 20 cpv. 3 LCA (STF in RUA V n. 124, in: Carré , op. cit., pag. 220 ad art. 21 LCA). Nell'eventualità in cui la procedura esecutiva abbia avuto esito favorevole o che il creditore abbia accettato più tardi il pagamento del premio arretrato comprese le spese e gli interessi moratori (art. 21 cpv. 2 LCA) - anche se gli ammontari di questi ultimi dovessero essere esigui (DTF 112 II 463) -, gli obblighi dell'assicuratore rinascono dal momento in cui l'importo del premio arretrato è stato interamente pagato ( ex nunc ). Il pagamento non esplica effetti retroattivi a partire da quando gli obblighi dell'assicuratore sono stati sospesi (TD BE in RUA XIII n. 91, in: Carron , op. cit., n. 196 pag. 67). Gli obblighi dell'assicuratore rinascono dunque soltanto a condizione che egli abbia accettato più tardi il pagamento del premio scaduto ( Kuhn/Montavon , op. cit., pag. 202). Come indicato in precedenza, se l'assicuratore accetta il pagamento del nuovo premio prima che il premio arretrato sia stato soluto, ciò non significa che egli rinunci alla sospensione del contratto. L'assicuratore può prevalersi della sospensione della copertura anche se il precetto esecutivo teso al recupero del premio scaduto è notificato dopo il pagamento del nuovo premio (DTF 103 II 204). La sospensione della copertura assicurativa si ripercuote sugli obblighi dell'assicuratore, e né la scadenza né il pagamento di un premio susseguente hanno per effetto che la garanzia contrattuale fornita dall'assicuratore torni in vigore (DTF 103 II 204, STF in RUA XIV n. 32, in: Carron , op. cit., n. 188 pag. 65). Il rapporto d'assicurazione fra l'assicuratore e l'assicurato rinasce soltanto per accordo delle parti (STF in RUA VIII n. 25/109, in: Carré , op. cit., pag. 218 ad

art. 21 LCA). Grazie al solo pagamento, l'assicurato non può infatti rimettere unilateralmente in vigore il contratto: il pagamento va infatti accettato da parte dell'assicuratore (art. 21 cpv. 2 LCA). 6. In concreto il 23 gennaio 2014 l'assicuratore ha trasmesso alla società un richiamo di pagamento dell'importo di fr. 1'278, pari all'ammontare dovuto per i primi sei mesi dell'anno, assegnando contestualmente un termine di 14 giorni per solvere il debito (doc. 5). Il 20 febbraio 2014 la convenuta ha notificato un "sollecito raccomandato" assegnando un ulteriore termine di 14 giorni per pagare l'arretrato (doc. 6). A pagina 2 del sollecito sono stati citati gli art. 20 e 21 LCA ed è stato precisato, tra l'altro, che "in caso di mancato pagamento entro 14 giorni dalla data dell'invio del sollecito per raccomandata il nostro obbligo di prestazione è interrotto (= interruzione della copertura) fino al pagamento completo dei premi, degli interessi e delle spese. Per il periodo d'interruzione della copertura non potete far valere il diritto alle prestazioni, neanche retroattivamente. Dopo la decorrenza del termine di sollecito possiamo recedere dal contratto o inoltrare domanda d'esecuzione nei vostri confronti, senza ulteriore notifica. Le relative disposizioni di legge sono riportate nel riquadro sottostante" (doc. 6). Il sollecito è stato impostato il 18 febbraio 2014 (doc. 7). Con e-mail del 3 marzo 2014 il patrocinatore dell'attrice ha chiesto di esonerare l'interessata dal pagamento del premio ed in ogni caso la sospensione del pagamento, mentre il 21 marzo 2014 ha chiesto di poter pagare ratealmente. Il 27 marzo 2014 l'assicuratore, in assenza di qualsiasi pagamento, ha scritto alla società affermando che "abbiamo deciso di recedere definitivamente dal contratto rinunciando al pagamento degli arretrati, secondo quanto previsto dall'art. 21 cpv. 1 LCA. La relativa mutazione è stata eseguita con effetto al 31 marzo 2014. I premi in mora verranno abbandonati ed eventuali futuri pagamenti non saranno accettati" (doc. 8). Il 31 marzo 2014 l'attrice ha contestato la disdetta ed ha prodotto copia del cedolino postale con il pagamento del premio avvenuto il 28 marzo 2014 (doc. 9). L'ammontare di fr. 1'328 è stato restituito dall'assicuratore all'attrice il 3 aprile 2014 (doc. 10). Il 7 aprile 2014 è stato compilato il conteggio definitivo, poi stralciato in seguito alla risoluzione del contratto (doc. 21). Alla luce di quanto accaduto, questo TCA deve confermare l'avvenuta disdetta del contratto con effetto al 31 marzo 2014. L'interessata, cui l'assicuratore ha inviato una notifica ai sensi di legge con l'indicazione delle conseguenze in caso di mancato pagamento dei premi (doc. 6), non ha versato quanto dovuto entro 14 giorni dall'invio del sollecito. Ciò ha comportato la sospensione dell'assicurazione a far tempo dalla scadenza del termine di diffida (art. 20 cpv. 3 LCA) ed ha permesso all'assicuratore di esercitare il suo diritto di recedere immediatamente dal contratto. Infatti, l'assicuratore ha la possibilità di dichiarare espressamente che vuole recedere dal contratto. Per far ciò, egli non deve aspettare che sia trascorso il periodo di due mesi, ma può dichiarare la sua volontà immediatamente (Kuhn/Montavon, op.cit., pag. 199). Se l'assicuratore recede effettivamente dal contratto, qualunque sia il modo in cui ciò avvenga (per dichiarazione dell'assicuratore o alla scadenza del termine di due mesi), giusta l'art. 21 cpv. 1 LCA egli perde automaticamente ogni diritto a ricevere i premi arretrati ed a rivendicare le prestazioni precedentemente fornite. V'è dunque una finzione della rinuncia da parte dell'assicuratore per il recupero dei premi arretrati (Kuhn/Montavon, op. cit., pag. 198 e seg.; Hasenböhler, op. cit., nn. 4-18 ad art. 21 LCA, pag. 330 segg.). In concreto l'assicuratore con lo scritto del 27 marzo 2014 ha significato all'attrice di voler recedere dal contratto con effetto dal 31 marzo 2014 ed ha restituito i premi pagati 28 marzo 2014 dall'interessata. La circostanza che l'attrice ha chiesto inizialmente di essere esonerata dal pagamento dei premi o comunque la sospensione del loro pagamento ed in seguito un pagamento rateale non le può essere

d'aiuto, giacché solo con il pagamento del premio entro il termine di 14 giorni avrebbe potuto evitare le conseguenze previste dalla legge. Del resto, l'esonero dal pagamento dei premi o il pagamento rateale, in caso di malattia, non sono previsti dalla LCA e dalle CGA. L'interessata, giustamente, non fa neppure valere che la sua malattia l'avrebbe impedita di procedere con il pagamento. Infatti, avendo dato facoltà al proprio legale di rappresentarla dal 23 dicembre 2013 (cfr. doc. B), l'attrice avrebbe potuto delegargli questo compito. Ne segue che il contratto assicurativo in essere è stato validamente disdetto con effetto al 31 marzo 2014. 7. Con la petizione l'attrice chiede inoltre che " a seguito della notifica d'inabilità lavorativa a partire dal 18.02.2014 è fatto ordine a CV 1 di far allestire una perizia medica. Il perito sarà scelto di comune accordo tra le parti e sarà domiciliato nel cantone Ticino, dove risiede l'assicurata ". Ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ CGA su richiesta di CV 1 l'assicurato è tenuto a sottoporsi ad una visita medica eseguita dal suo medico fiduciario o da un medico designato dall'assicuratore. I relativi costi vanno a carico dell'assicuratore. Per l'art. \_\_\_\_\_ CGA se una persona assicurata non si presenta senza giustificazione a una visita medica predisposta da CV 1, l'assicuratore mantiene il diritto di fatturare alla persona assicurata l'onorario per la consultazione mancata. A norma dell'art. \_\_\_\_\_ CGA se gli obblighi in caso di sinistro indicati alle cifre \_\_\_\_\_ restano deliberatamente inosservati e questo influisce negativamente sulla determinazione dell'entità o delle conseguenze di una malattia o di un infortunio, CV 1 riduce o rifiuta le sue prestazioni. Dagli atti emerge che l'assicuratore ha dapprima organizzato una visita ad opera della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia. In seguito alle lamentele dell'assicurata la quale l'ha ritenuta parziale mancando il requisito dell'indipendenza economica, la visita è stata annullata e l'assicuratore ha proposto un esame presso un medico del Canton \_\_\_\_\_. Da parte sua l'attrice ha contestato anche questa soluzione ed ha proposto una visita presso il dr. med. \_\_\_\_\_ oppure presso il dr. med. \_\_\_\_\_. CV 1 non ha accettato le richieste dell'interessata ed ha indicato che l'attrice avrebbe allora dovuto sottoporsi ad una visita presso il \_\_\_\_\_, ad opera della dr.ssa \_\_\_\_\_. A causa del rifiuto dell'attrice, la quale sosteneva che né la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, né la dr.ssa \_\_\_\_\_, sono psichiatre, anche questa visita è stata annullata. Va rilevato che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ è titolare di un diploma in \_\_\_\_\_ e che con il suo diploma è autorizzata ad esercitare quale medico consulente nel servizio di accertamento medico presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (cfr. plico doc. 22). Il rifiuto dell'assicurata di sottoporsi ad una perizia ad opera della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, collaboratrice del \_\_\_\_\_, per il motivo che quest'ultima non sarebbe una psichiatra è di conseguenza ingiustificato. Neppure la circostanza che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non è una specialista in psichiatria è determinante, ritenuto come quest'ultima funga da direttrice del \_\_\_\_\_ e quindi da supervisore dell'attività svolta dai propri collaboratori. Va qui pure evidenziato che con sentenza 9C\_801/2012 del 28 ottobre 2013 in ambito di assicurazione federale per l'invalidità, il TF al consid. 4.1 ha precisato che al fine di assicurare una procedura amministrativa e di ricorso equa, la DTF 137 V 210 ha posto, al consid. 3, alcuni principi (diritto di partecipazione, diritto ad una decisione incidentale impugnabile) e raccomandazioni aventi quale scopo di definire uno standard uniforme delle perizie mediche pluridisciplinari \_\_\_\_\_. In seguito a quanto stabilito dal TF, l'UFAS ha adottato il sistema "Suisse MED@P" destinato agli Uffici AI per l'attribuzione su base aleatoria dei mandati delle perizie mediche pluridisciplinari (art. 72 OAVS). La giurisprudenza ha precisato in seguito che questi principi e queste raccomandazioni, con l'eccezione dell'attribuzione del mandato su base aleatoria, sono

applicabili per analogia anche alle perizie mono e bi-disciplinari (DTF 139 V 349, consid. 5.4 pag. 357) e si applicano anche agli altri ambiti delle assicurazioni sociali toccati da questa problematica (DTF 138 V 318 consid. 6.1 pag. 321). Nel sito [www.suisseMED@P.ch](http://www.suisseMED@P.ch) figura che la piattaforma in rete SuisseMED@P serve ad attribuire, su base aleatoria, mandati per perizie mediche pluridisciplinari. È stata ideata per gli Uffici AI e i centri peritali riconosciuti dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Si tratta di una piattaforma in rete, gestita dalla Conferenza degli Uffici AI (CUAI) e amministrata da \_\_\_\_\_ (cfr. anche: [www.bsv.admin.ch/themen/iv/00027/index.html?lang=it](http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00027/index.html?lang=it) e l'informativa emessa dall'UFAS relativa all'"attribuzione dei mandati e metodo aleatorio SuisseMED@P" ivi pubblicata). Dal 1° marzo 2012 gli Uffici AI attribuiscono tutti i mandati per perizie mediche pluridisciplinari attraverso SuisseMED@P. Dalla stessa data in poi, i centri peritali possono accettare mandati degli Uffici AI solo attraverso questa piattaforma. I centri fatturano le loro perizie sulla base delle convenzioni tariffali sottoscritte con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). La piattaforma serve ad attribuire, su base aleatoria, mandati per perizie mediche pluridisciplinari. Gli utenti ai quali è destinata sono gli Uffici AI e i centri peritali riconosciuti dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Il \_\_\_\_\_ fa dunque parte di una rete di istituti riconosciuti a livello svizzero dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali per l'allestimento di perizie indipendenti mono-, bi- e pluridisciplinari nell'ambito dell'assicurazione federale per l'invalidità. L'attrice avrebbe pertanto dovuto effettuare la visita peritale proposta dall'assicuratore non essendoci motivi oggettivi, peraltro neppure fatti valere, per essere sottoposta ad un esame ad opera di un altro professionista. L'interessata non invoca del resto alcun articolo di legge, né alcuna norma delle CGA per giustificare la richiesta inoltrata al TCA di ordinare all'assicuratore di sottoporla ad una perizia medica ad opera di un altro perito (con sede in Ticino), rispetto a quelli già proposti dalla convenuta, la quale, tra l'altro, ha cercato un compromesso accettando la ricusa dei primi due specialisti proposti e facendo capo al \_\_\_\_\_, istituto indipendente e riconosciuto dall'UFAS, per l'allestimento delle perizie in ambito dell'assicurazione federale per l'invalidità. L'attrice non può pertanto rivendicare un diritto ad essere esaminata da un altro specialista. Ritenuto che nella petizione l'interessata non ha chiesto la condanna della convenuta al versamento di prestazioni, non deve qui essere esaminato se l'attrice ha diritto ad indennità giornaliera per il periodo dal 18 febbraio 2014 al 31 marzo 2014. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la petizione, manifestamente infondata, va respinta. 8. L'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). In concreto, alla luce degli atti e delle motivazioni riportate nei considerandi precedenti, la petizione era sin dall'inizio manifestamente priva di esito favorevole. L'interessata, di primo acchito, non aveva alcuna

possibilità di vincere la causa. Già solo per questo motivo l'istanza deve essere respinta, senza che sia necessario esaminare oltre se l'interessata si trova nel bisogno. 9. Con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013 il TF ha affermato: " (...) 1. Il ricorso è presentato dalla parte soccombente nella sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF), è tempestivo (art. 100 cpv. 1 LTF) ed è volto contro una sentenza finale (art. 90 LTF) emanata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile (art. 72 cpv. 1 LTF). Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)" 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.