

TI_GERICHTE 36.2019.73 vom 16. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.73_d20181016

FR: TI_GERICHTE 36.2019.73 du 16 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2019.73 del 16 ottobre 2018

Regeste

Assicurazioni complementari alla LAMal: richiesta di rimborso dei costi di trasporto in ambulanza. Presupposti non adempiuti. Inoltre la richiesta di rimborso dei costi di una degenza del 2014 è prescritta sia applicando l'art. 46 LCA che 67 CO

Erwägungen

E. 16

novembre 2016 l'attore è in cura presso il Servizio _____ di _____ (doc. C) e dal 1° settembre 2017 è al beneficio di una rendita intera dell'AI (doc. E).

L'assicurato dal 2 settembre 2016 al 9 dicembre 2017 è stato trasportato per 15 volte dall'ambulanza, e meglio (cfr. doc. F):

- 2 settembre 2016: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 3 novembre 2016: dalla Clinica _____ di _____ alla Clinica _____ di _____ (_____);
- 21 settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 21 settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 23 settembre 2017: da _____ (paziente non trasportato) [doc. F]; _____);
- 26 settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 29 settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 30 settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 2 ottobre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 4 ottobre 2017: da _____ alla Clinica _____ di _____ (_____);
- 13 ottobre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);
- 13 ottobre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____);

- 15 ottobre 2017: da _____ all' Ospedale _____ di _____
(_____);

- 15 ottobre 2017: da _____ alla Clinica _____ di _____ (_____);

- 9 dicembre 2017: da _____ all' Ospedale _____ di _____
(_____).

Tutti i trasporti, tranne quello del 23 settembre 2017 (fr. 830), sono stati fatturati fr. 800 (doc. F).

L'assicuratore LAMal si è in parte assunto i costi dei trasporti, e meglio (cfr. doc. F):

L'assicuratore LAMal ha chiesto in restituzione l'importo di fr. 11'395.65, che il qui attore chiede di mettere a carico di CV 1.

L'assicuratore LAMal ha così motivato la sua decisione:

Per quanto riguarda il trasporto del 03.11.2016, oggetto di contestazione, con il nostro scritto del 06.11.2017 confermavamo, in seguito a nostri accertamenti presso la Clinica _____, che lo stesso era avvenuto al di fuori del periodo di ospedalizzazione nel reparto comune e quindi non coperto dai costi di degenza ospedaliera. Tale trasporto, a detta della clinica, è avvenuto su richiesta del paziente il quale è stato informato sui costi di trasporto in ambulanza e il relativo conteggio di prestazioni del 28.12.2016 è pertanto corretto (). (doc. F)

2.5. Agli atti l'attore, con la petizione, ha prodotto i referti del Pronto Soccorso dell' Ospedale _____ di _____ per le visite del 19 settembre 2017 a causa di dolori alla spalla sinistra in esiti di riduzione di post lussazione con sospetta lesione di Bankart (doc. I), del 21 settembre 2017 per dolore alla spalla sinistra con difficoltà al riposizionamento del tutore (doc. J), del 21 settembre 2017 per dolore alla spalla sinistra in seguito a riferito auto-riposizionamento questa mattina (doc. K), del 24 settembre 2017 chiedente un tutore per la spalla (doc. L) e del 26 settembre 2017 per riferita terapia antalgica prescritta insufficiente (doc. M).

Da parte sua l'assicuratore con la risposta ha trasmesso una presa di posizione del 29 maggio 2019 dei medici fiduciari, dr. med. _____ e med. pract. _____ che hanno affermato:

L'assicuratore ha inoltre prodotto uno scritto del 12 ottobre 2017 del dr. med. _____, del servizio di chirurgia dell' Ospedale _____ di _____, che ha risposto a tre domande circa un trasporto dell'8 settembre 2017, non facente parte dell'elenco dei trasporti di cui è chiesto il rimborso (cfr. doc. F), indicando quale diagnosi una contusione alla spalla sinistra con sospetta RX di distacco glenoideo. Alla questione di sapere se vi era un'indicazione medica per il trasporto dell'8 settembre 2017, ha affermato che il paziente stesso chiama l'ambulanza per recarsi al pronto soccorso. A mio avviso avrebbe potuto giungere con altri mezzi (doc. III/2).

In sede di udienza l'assicurato ha prodotto ulteriore documentazione medica.

Un referto del 25 settembre 2019 del medico curante, dr. med. _____, medico _____ della Clinica _____ di _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, che ha affermato:

Il 30 agosto 2019 il dr. med. _____, dell'_____, anch'egli medico curante dell'attore, in risposta a domande poste dal rappresentante dell'assicurato, ha affermato:

La mia prima visita fu il 14.12.2017, dove il paziente era stato munito di un tutore tipo gilet, riferendomi sia dalla sua persona che dai parenti, non un solo episodio ma ripetuti episodi di lussazione antero inferiore della spalla che hanno necessitato l'intervento di un trasporto urgente presso il Nosocomio di _____ per effettuare la riduzione.

Ricordo che il paziente vive da solo, nonché ricordo il fatto che una lussazione antero inferiore deve essere generalmente ridotta entro le quattro ore per non avere conseguenze a livello del nervo ascellare, deve essere effettuata da personale competente e giustifico appieno l'utilizzo dell'ambulanza per il trasporto dal proprio domicilio che il paziente ha chiamato per poter essere trasportato in modo adeguato presso il Nosocomio curante.

Alla mia valutazione clinica ho potuto constatare l'instabilità gleno omerale oggettiva e ho organizzato personalmente un'indagine approfondita (artro e risonanza magnetica del 21.12.2017) presso il nostro servizio di Radiologia.

Alla valutazione anamnestica, clinica e radiologica ho concluso che vi fosse l'indicazione chirurgica per ripristinare lo stato funzionale della spalla (stabilizzazione anteriore della spalla sinistra). Intervento è stato eseguito, senza alcun problema per il posto operatorio, il 22.01.2018.

().

Per quanto riguarda la domanda specifica al punto 4 le mie considerazioni sono le seguenti.

Il paziente, a seguito di un trauma, ha sviluppato un'instabilità antero-inferiore della spalla sinistra. Le cure iniziali non hanno permesso di ottenere un risultato, tanto che tale instabilità è risultata una recidiva e in un problema di lussazione recidivante gleno omerale.

Quando vi è una lussazione gleno omerale antero inferiore le strutture, in particolar modo cuffia dei rotatori le strutture di stabilizzazione e non meno importante il nervo ascellare, subiscono una trazione tale da determinare in primis un'impotenza funzionale, secondo dolori importanti, terzo impossibilità dell'autoriduzione in quanto la frattura di Hill Suchs testimonia l'impossibilità all'auto riduzione e infine, se questa non avviene entro le quattro ore, un'altra possibilità di sviluppare un deficit del nervo ascellare, mettendo in dubbio la possibile prognosi, anche in caso di intervento.

Il paziente, vivendo da solo, ha ricorso quindi all'utilizzo del trasporto in ambulanza a ragione, in quanto non mi immagino proprio che il paziente potesse utilizzare altri mezzi trovandosi in quella situazione dolorosa.

Ricordo che, nella maggior parte delle lussazioni antero inferiori, primo non arrecare danni, secondo per poter effettuare in modo il meno cruento possibile, la riduzione avviene con sedazione del paziente.

A seguito inoltre dell'intervento chirurgico da me eseguito il paziente risulta aver avuto un risultato ottimale, si può definire guarito dalla sua lesione che determinava l'instabilità e la recidiva di lussazione non ha portato ad alcuna sequela. Dopo un lungo periodo riabilitativo seguito in modo ottimale, ora il ragazzo pratica regolarmente il nuoto senza alcun problema (doc. U)

Il 29 ottobre 2019, il medico fiduciario, dr. med. _____, ha preso posizione, affermando:

Im Bericht vom 30.08.2019, _____, Dr. med. _____, wird primär die schwierige Führbarkeit des Patienten erläutert, was wiederum typisch für die psychiatrische Diagnose ist. Dieser Punkt wird in der Stellungnahme des VAD vom 29.05.2019, Punkt 2 kommentiert. Vom behandelnden Orthopäden werden die gute Compliance des Versicherten und die Involvierung von Verwandten in der Betreuung hervorgehoben. Eine gute Compliance setzt zu einem gewissen Teil Verständniss der Situation voraus und würde auf einen situationgerechtes, adäquates Verhalten hindeuten. Dies passt ebenfalls zu unseren Einschätzung, dass nicht per se eine Urteilunsfähigkeit vorliegt sondern im Rahmen der gestörten Impulskontrollen aufgehoben oder stark reduziert ist. Wieso im einen Fall die Verwandten den versicherten begleiten (Fahrzeug?) und in anderen Fälle die Ambulanz verständig wird, erschliesst sich hingegen nicht aus dem Bericht.

Der Hinweis des Orthopäden, dass die Form der beschriebenen Schulterluxation innerhalb von 4 Stunden reponiert werden muss, kann nicht so absolut betrachtet werden, auch wenn schon aus Gründen der Schmerzen jedermann den Wunsch nach einer raschen medizinischen Versorgung nachvollziehen kann. Dass hier die Ambulanz das richtige Transportmittel darstellt muss allerdings bezweifelt werden, da die Distanz zwischen dem Wohnort des Versicherten und der _____ mit dem Auto ca. 10 Minuten beträgt. Eine Schulterposition ist im übrigen nicht eine medizinische Seltenheit und kann deshalb von vielen Hausärzten und sicherlich in jedem Spital reponiert werden. Bei zusätzlichen Verletzungen mag die Expertise eines Facharztes für Orthopädie hingegen empfehlenswert sein. Ob bei einer wiederholten Schulterluxation jedesmal die Impulskontrolle aufgehoben oder stark reduziert ist muss offen bleiben. Dass ein optimales Resultat nach einer Schulterluxation nur aufgrund einer guten Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt und Physiotherapeut möglich ist, ist ebenfalls wenig erstaunlich.

Zusammenfassend muss aus vertrauensärztlicher Sicht festgehalten werden, dass die beiden Berichte nichts an der Schlussfolgerung der Stellungnahme des VAD vom 29.05.2019 ändern, auch wenn weitere Details zum Versicherten und seiner Krankengeschichte beigebracht werden.■ (doc. VIII/3)

2.6. Nel caso di specie va preliminarmente rilevato che la circostanza che l'assicuratore malattie LAMal ha riconosciuto la necessità di almeno 4 trasporti, avendoli in parte rimborsati (cfr. doc. F), non vincola la convenuta sia perché non è stata coinvolta nella procedura in ambito LAMal, sia perché le norme applicabili in concreto non sono le medesime (diritto privato in luogo del diritto pubblico).

In secondo luogo va rammentato che per l'art. 64 cpv. 8 LAMal le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati, né presso un istituto d'assicurazione privato. Dall'ammontare chiesto dall'attore vanno pertanto d'accchito dedotti fr. 365.65 (315.65 + 40 + 10), pari alla franchigia e partecipazione ai costi chiesti dall'assicuratore LAMal (cfr. doc. F).

Oggetto del contendere può essere al massimo l'importo di fr. 11'030 (11'395.65 ■ 365.65).

Va poi rilevato che dalla decisione formale emerge che il trasporto del 23 settembre 2017 non è stato effettuato (■paziente non trasportato■), mentre per quello del 3 novembre 2016

tra la Clinica _____ di _____ e la Clinica _____ di _____ ■a detta della clinica, è avvenuto su richiesta del paziente il quale è stato informato sui costi di trasporto in ambulanza■. I costi di tali trasporti non vanno pertanto manifestamente messi a carico dell'assicuratore convenuto in quanto non necessari dal profilo medico, rispettivamente non economici e non appropriati ai sensi dell'art. _____ CCA.

Infine, nulla è dato a sapere circa il trasporto antecedente l'infornio alla spalla destra e meglio quello del 2 settembre 2016 da _____ all'Ospedale _____ di _____, così come di quelli del 4 ottobre 2017, da _____ alla Clinica _____ di _____, del 15 ottobre 2017, da _____ all'Ospedale _____ di _____ e dello stesso giorno, da _____ alla Clinica _____ di _____.

In assenza di qualsiasi indicazione in merito circa l'eventuale necessità medica di tali trasporti da parte dell'attore, cui incombe l'onere della prova (doc. 8 CC), i costi dell'ambulanza non possono essere messi a carico dell'assicuratore.

Certo, la procedura è retta dalla massima inquisitoria sociale che impone al Giudice un dovere d'interpellare accresciuto (cfr. art. 247 cpv. 2 lett. a CPC). Essa si applica tuttavia con riserbo laddove la parte, come in concreto, è rappresentata da un avvocato (DTF 141 III 569, consid. 2.3.1: ■[]Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n'est soumis qu'à une obligation d'interpellation accrue. Comme sous l'empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l'arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l'empire de l'art. 274d al. 3 CO, l'arrêt 4A_397/2011 du 11 février 2014 consid. 4.4) []■;cfr. anchesentenza 4A_354/2014 del 14 gennaio 2015, consid. 3).

Rimane da esaminare se gli altri 9 trasporti in ambulanza dal suo domicilio, in _____ all'Ospedale _____ o _____ di _____ del 21 settembre 2017, 21 settembre 2017, 26 settembre 2017, 29 settembre 2017, 30 settembre 2017, 2 ottobre 2017, 9 dicembre 2017 e da _____ all'Ospedale _____ del 13 ottobre 2017 e da _____ all'Ospedale _____ del 13 ottobre 2017, devono essere rimborsati dalla convenuta in quanto■necessari sotto il profilo medico, fino al medico od ospedale più vicino■ e se il mezzo di trasporto soddisfa■i criteri di economicità ed appropriatezza■ (art. _____ CCA).

2.7. L'attore con la petizione (doc. I) si limita a sostenere che i trasporti in ambulanza sono stati necessari, senza tuttavia precisare quali motivazioni mediche sarebbero alla base di tale necessità. Né indica a cosa sono dovuti tutti i trasporti elencati nella decisione formale dell'assicuratore LAMal.

In sede di udienza di discussione, a giustificazione della necessità dei ricoveri (doc. VI, pag. 1), ha prodotto i referti del 25 settembre 2019 del dr. med. _____ (doc. T), che tuttavia non si esprime circa i trasporti litigiosi, ed un referto del 30 agosto 2019 del dr. med. _____ (doc. U).

Quest'ultimo specialista rileva che dal lato anamnestico, il paziente ha subito una lussazione traumatica antero-inferiore della spalla sinistra, seguito successivamente presso l'Ospedale _____ a _____, dove è stata praticata una riduzione in narcosi e seguito con un follow up (infortunio del 17.09.2017) (doc. U).

L'assicurato in seguito ad un trauma, ha pertanto sviluppato un'instabilità antero-inferiore della spalla sinistra, che ha necessitato un intervento chirurgico, in data 22 gennaio 2018, per ripristinare lo stato funzionale della spalla (doc. U).

Prima di questo intervento si era sviluppato un problema di lussazione recidivante gleno omerale (doc. U).

Una lussazione antero-inferiore della spalla deve generalmente essere ridotta entro 4 ore per non avere conseguenze a livello del nervo ascellare ed essere effettuata da personale competente (doc. U).

In presenza di forti dolori alla spalla, la necessità di recarsi in ospedale era pertanto data. Ciò non è tuttavia sufficiente per ritenere necessario dal profilo medico (art. _____ CCA) anche il trasporto con l'ambulanza.

Infatti l'attore, pur dovendo sopportare dolori importanti, causati dalla patologia, e pur dovendo convivere con un'impotenza funzionale della spalla sinistra (doc. U), non si trovava in pericolo di vita, né necessitava di cure immediate ed improcrastinabili. Egli aveva infatti circa 4 ore di tempo per recarsi presso il nosocomio più prossimo per procedere con la riduzione della lussazione antero-inferiore ed evitare conseguenze a livello del nervo ascellare (doc. U).

Dalle lettere di dimissione dell'Ospedale _____ di _____ relative alle visite del 19 settembre 2017 con diagnosi di dolori alla spalla sinistra in esiti di riduzione post lussazione con sospetta lesione di Bankart (doc. I; dr. med. _____, medico assistente), del 21 settembre 2017 con diagnosi di dolore alla spalla sinistra con difficoltà al riposizionamento del tutore (Gilchrist) (doc. J; dr. med. _____, medico assistente), del 21 settembre 2017 con diagnosi di dolore alla spalla sinistra in seguito a riferito auto-riposizionamento questa mattina (doc. K, dr. med. _____, medico assistente), del 24 settembre 2017 con diagnosi di disturbo di personalità di tipo impulsivo (doc. L, dr. med. _____, medico assistente) e del 26 settembre 2017 per riferita terapia antalgica prescritta insufficiente (doc. M, dr. med. _____, medico assistente), non emerge una necessità di intervento urgente (cfr. anche le risposte del dr. med. _____, medico assistente presso il servizio di chirurgia dell'Ospedale _____, relativamente ad un ricovero avvenuto l'8 settembre 2017 [non oggetto del contendere], per una contusione alla spalla sinistra, che aveva rilevato che l'attore avrebbe potuto recarsi presso il Pronto Soccorso con altri mezzi rispetto all'ambulanza; doc. 2).

Il medico curante, dr. med. _____, pur giustificando appieno l'utilizzo dell'ambulanza per poter essere trasportato in maniera adeguata presso l'ospedale (doc. U), non sostiene tuttavia che un trasporto tramite un taxi, il cui costo è nettamente inferiore (tariffa urbana da fr. 15 a fr. 20 [cfr. ad esempio _____]) oppure anche in bus (fr. 2.30

a tratta; cfr. arcobaleno.ch) non fosse esigibile dal profilo medico, limitandosi a rilevare che l'attore, vivendo da solo, ha ricorso quindi all'utilizzo del trasporto in ambulanza a ragione, in quanto non mi immagino proprio che il paziente potesse utilizzare altri mezzi trovandosi in quella situazione dolorosa (doc. U).

Ora, il domicilio dell'attore dista circa 1.8 km dall'Ospedale _____, raggiungibile in 7 minuti circa in auto/taxi (cfr. google.maps), in circa 7 minuti con il bus n. _____ (cui vanno aggiunti 5 minuti a piedi fino in stazione; cfr. google.maps e _____: durante il giorno vi è un bus ogni 15 minuti, poi ogni mezz'ora) e in 22 minuti a piedi (1.8 km; cfr. google.maps).

_____ a _____ e _____ a _____, altri due luoghi dove l'interessato ha chiamato l'ambulanza per recarsi all'Ospedale _____, rispettivamente all'Ospedale _____ (cfr. doc. F), si trovano in prossimità della _____ di _____ da dove passano continuamente i bus che permettono di recarsi presso i due nosocomi in tempi brevi (cfr. google.maps e _____) e dove notoriamente sostano numerosi taxi.

Non vi era pertanto alcun impedimento per l'interessato di far capo ad altri mezzi di trasporto, oltretutto più economici.

Quanto alla circostanza che l'attore è affetto da una patologia psichica, va evidenziato che se essa ha avuto un'incidenza sul comportamento dell'assicurato (cfr. anche la presa di posizione del medico dell'assicuratore, doc. VIII/3), non ha tuttavia alcuna influenza circa l'adempimento delle condizioni oggettive dell'art. _____ CCA. La sola circostanza che l'interessato, soggettivamente, ritenesse necessario chiamare l'ambulanza, non è infatti un motivo previsto dalla citata norma per mettere a carico dell'assicuratore i costi del trasporto in ambulanza non necessario dal profilo medico e con costi sproporzionati rispetto all'utilizzo di altri mezzi, quali bus e taxi.

Ne segue che, in considerazione della vicinanza del nosocomio con il domicilio dell'attore, rispettivamente con i due luoghi dove è stata chiamata l'ambulanza, della presenza di una fitta rete di trasporti pubblici che permette di raggiungere i nosocomi in pochi minuti con il bus e/o con il taxi, considerato che la patologia di cui soffriva pur provocando dolori anche intensi alla spalla non gli avrebbe impedito di muoversi con i citati mezzi, questo Tribunale deve concludere che non sono adempiute le condizioni per il rimborso dei trasporti in ambulanza previsti dall'art. _____ CCA, poiché non necessari sotto il profilo medico e perché il mezzo di trasporto scelto non soddisfa i criteri di economicità (cfr. per un caso in ambito di LAMal: sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, consid. 4.2 = SVR 2019, KV Nr. 15).

Rimborso dei costi di degenza del ricovero dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014

2.8. L'attore è stato degente presso la Clinica _____ dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014. L'assicuratore ha inizialmente rimborsato i costi del ricovero, per complessivi fr. 7'574.20.

Con due lettere del 3 febbraio 2015 la convenuta si è rivolta all'attore affermando che dopo un chiarimento retroattivo, abbiamo constatato che l'evento che ha dato luogo alla sua degenza è escluso dalle nostre Condizioni Complementari di Assicurazione art _____ ed ha chiesto il versamento di fr. 2'262.20 (parte privata della degenza; doc. R), rispettivamente di fr. 5'112 (onorario medico, doc. S). Il 7 marzo 2015 (doc. R),

rispettivamente il 12 giugno 2015 (doc. S), l'attore ha proceduto al versamento.

L'assicuratore ha in sostanza ritenuto che il ricovero fosse da ricondurre ad un gesto di automutilazione, escluso dall'art. _____ CCA, che prevedono l'esclusione dall'assicurazione delle malattie e infortuni nonché le complicazioni e le conseguenze tardive che si verificano in connessione con l'automutilazione.

L'attore afferma di non aver avuto alcuna conoscenza e consapevolezza della propria malattia che è stata la causa del ricovero e dell'intervento chirurgico citati ed ha rimborsato i due importi richiestigli (doc. I). Solo con lettera del 17 aprile 2018 inviata allo zio, i famigliari hanno appreso della diagnosi di Disturbo Organico di Personalità (ICD 10:07.0), posta dopo un lungo ed articolato approfondimento psicodiagnostico e dopo 6 ricoveri presso la clinica psichiatrica. Una delle caratteristiche della malattia è l'incapacità di controllare gli impulsi, ciò che può causare atti di autolesionismo e automutilazione. Alla luce di questa diagnosi l'attore ritiene che il pagamento delle prestazioni era dovuto e la restituzione è avvenuta senza giusta causa.

La convenuta evidenzia che le esclusioni di cui all'art. _____ CGA, a differenza delle riduzioni di cui all'art. _____ CGA, non prendono in considerazione se l'atto è imputabile a colpa oppure no e dunque anche se la patologia avesse causato gli atti di automutilazione, l'art. _____ CGA andrebbe comunque applicato (doc. III).

L'assicuratore evidenzia inoltre che le prestazioni assicurative sono chieste per un ricovero avvenuto nel 2014 e pertanto, in applicazione dell'art. 46 LCA, sono prescritte nel corso del 2016. Vi sarebbe prescrizione anche se alla base vi fosse una restituzione derivante da indebito arricchimento, poiché in tal caso il credito si prescrive in un anno dal giorno in cui l'attore ha avuto conoscenza del suo diritto a ripetizione. Ora, già il 24 settembre 2017 la dr.ssa med. _____ ha affermato che il paziente era noto per disturbo di personalità con episodi di autolesionismo che avevano richiesto ricoveri psichiatrici. Per cui il credito è prescritto al più tardi dal 2018 (doc. III).

L'attore rileva però che non aveva alcuna conoscenza e consapevolezza della propria malattia, che è stata la causa del ricovero e dell'intervento chirurgico citati ed era finanche incapace di discernimento. Non aveva la capacità di comprendere la situazione e determinarsi. Solo con la nomina del curatore in data 16 ottobre 2018 è stato possibile accertare che l'importo era stato restituito senza alcuna ragione (doc. XIV).

"3.2.1 Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung schliesst ein vertraglicher Anspruch einen Bereicherungsanspruch aus. Wird eine vertraglich geschuldete Leistung erbracht, so stellt der gültige Vertrag den Rechtsgrund dar, weshalb der Leistungsempfänger nicht ungerechtfertigt, d.h. rechtsgrundlos bereichert sein kann (BGE 130 III 504 E. 6.1 S. 510; BGE 127 III 421 E. 3 S. 424; BGE 126 III 119 E. 3b S. 121 f. mit zahlreichen Hinweisen). In BGE 114 II 152 ff. hat das Bundesgericht die Anwendung der vertraglichen Verjährungsfrist auf die Rückleistungspflicht nach Vertragsrücktritt gemäss Art. 109 OR damit begründet, dass sich das vertragliche Verhältnis in ein Liquidationsverhältnis umwandle. Das Bundesgericht hat in BGE 126 III 119 E. 3c S. 122 darauf hingewiesen, dass diese Präzisierung der Rechtsprechung in der Lehre mehrheitlich begrüsst wurde und dass sich bestimmte Autoren sogar dafür aussprechen, auch die Rückabwicklung irrtumsbehafteter Verträge nach vertraglichen Grundsätzen vorzunehmen. Dieser Auffassung ist das Bundesgericht aber nicht gefolgt. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind im Rahmen eines Vertragsverhältnisses erfolgte Zahlungen, die sich

nachträglich als irrtümlich und daher als grundlos erweisen, nicht stets als vertragliche Leistungen einzustufen.

Rückerstattungsansprüche können vielmehr nach der allgemeinen Unterscheidung des Gesetzes wie andere Forderungen aus Vertrag, aus unerlaubter Handlung oder aus ungerechtfertigter Bereicherung entstehen und unterliegen je nach ihrem Entstehungsgrund verschiedenen Verjährungsfristen (BGE 130 III 504 E. 6.1 S. 510; BGE 114 II 152 E. 2c/aa S. 156). Massgebend ist der Entstehungsgrund des Rückforderungsanspruchs (Urteil des Bundesgerichts 4C.300/1993 vom 25. Februar 1994, E. 4c/bb). Zunächst ist stets zu prüfen, ob die zurückverlangte Leistung eine vertragliche Grundlage hatte und, falls dies zutrifft, ob sie auch aus Vertrag zurückgefordert werden kann (BGE 127 III 421 E. 3 S. 424 f.). Wer ohne jeglichen Vorbehalt in (vermeintlicher) Erfüllung des Vertrages mehr leistet als das vertraglich Geschuldete, kann die Differenz nach wie vor nur auf der Grundlage des Bereicherungsrechts zurückfordern (BGE 130 III 504 E. 6.2 S. 510 f.; BGE 127 III 421 E. 3c/bb S. 426, je mit Hinweisen).■

"3.2.1

2.10. Nel caso di specie l'attore chiede il versamento dell'importo di fr. 2'426.20 relativo alla parte privata (cfr. doc. R) della degenza avvenuta dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014 e di fr. 5'112 inerenti l'onorario del medico dovuto nell'ambito del medesimo ricovero (doc. S).

L'importo complessivo di fr. 7'572.20, inizialmente pagato dall'assicuratore, era stato restituito dall'attore alla convenuta nel corso del 2015 (doc. R ed S).

Considerato che l'attore, in concreto, chiede il rimborso dei costi della degenza litigiosa in applicazione di un contratto assicurativo stipulato tra le parti e retto dalla LCA, la prescrizione va esaminata sulla base dell'art. 46 LCA. Non si tratta infatti di chiedere la restituzione di un importo versato in eccesso (cfr. DTF 127 III 421 e sentenza 4A_197/2018 del 13 dicembre 2018), ma di chiedere l'esecuzione di un contratto e meglio il rimborso dei costi di una degenza ospedaliera come pattuito tra le parti.

L'art. 46 LCA stabilisce che:

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 pretenderne 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.

Con due lettere del 3 febbraio 2015 l'assicuratore ha chiesto all'attore il rimborso degli importi litigiosi avendo constatato che l'evento che ha dato luogo alla sua degenza è escluso dalle nostre Condizioni Complementari d'Assicurazione art. _____.

Le parti sono concordi nel ritenere che la degenza litigiosa è dovuta ad un evento derivante da un'automutilazione (cfr. anche doc. I pag. 6 in fine).

In una lettera di dimissione del 24 settembre 2017 la dr.ssa med. _____, posta la diagnosi di disturbo di personalità di tipo impulsivo, nel descrivere quanto avvenuto il medesimo giorno, ha affermato che l'attore è un paziente di 22 anni noto per disturbo di personalità con episodi di autolesionismo richiedente diversi ricoveri psichiatrici, (ultimo un anno fa presso _____) (doc. L).

La diagnosi era pertanto già nota all'epoca e comunque il 17 aprile 2018 è stata posta la diagnosi precisa di disturbo organico di personalità (ICD10: F07.0; doc. B). La petizione del 22 agosto 2019, inoltrata ben oltre il termine di un anno dal giorno in cui l'interessato ha avuto conoscenza del suo diritto di ripetizione è pertanto prescritta.

Certo, l'attore sostiene che non aveva alcuna conoscenza e consapevolezza della sua malattia che è stata causa del ricovero in esame anche perché era incapace di discernimento. Egli non avrebbe avuto la capacità di comprendere la situazione e di determinarsi di conseguenza e solo con la nomina del curatore il 16 ottobre 2018 sarebbe stato possibile accertare che l'importo era stato restituito senza ragione.

Senonché, dagli atti non emerge la situazione descritta dall'attore.

Dal referto del 25 settembre 2019 del dr. med. _____ si evince che la patologia di cui soffre l'assicurato interessa profondamente l'espressione delle emozioni, dei bisogni e degli impulsi, è caratterizzata da labilità emotiva con tendenza a esprimere i bisogni e gli impulsi senza considerazione delle conseguenze e delle convenzioni sociali. Egli ha poi aggiunto che quanto riportato nei virgolettati non esaurisce la complessa articolazione del disturbo di personalità organico e quindi anche le possibili sequele sul piano psicopatologico e comportamentale della patologia, quali l'occorrenza nelle fasi acute della malattia di comportamenti autolesionistici su base impulsiva associati a una ridotta capacità di discernimento. Lo specialista ha poi evidenziato che la diagnosi pone un legittimo dubbio sulla capacità dell'interessato di autodeterminarsi, oggi e in modo particolare prima della diagnosi formale del disturbo, l'oggettiva condizione del proprio stato di salute psico-fisico, soprattutto nelle situazioni oggettive ove egli versa in una condizione di acuzie psicopatologica o somatica (doc. T, sottolineature del redattore).

Per cui l'incapacità di autodeterminarsi e di comprensione, con ridotta capacità di discernimento, è semmai limitata ai momenti delle fasi acute della malattia (della stessa opinione anche i medici fiduciari: cfr. doc. III/1, risposta 3, in fine).

Tant'è che il dr. med. _____, che ha operato l'attore alla spalla sinistra in data 22 gennaio 2018, rilevato come dopo l'intervento il paziente ha dovuto iniziare una fisioterapia per un rinforzo muscolare, ha affermato che in questa fase è molto importante che vi possa essere una collaborazione da parte del paziente sia durante il trattamento specifico effettuato in clinica ma soprattutto negli esercizi da eseguire al proprio domicilio in modo autonomo e devo dire che in questa occasione il paziente ha seguito alla lettera le nostre indicazioni e le indicazioni dei fisioterapisti e che il risultato ottenuto è la testimonianza della perfetta collaborazione dei tre fattori medico-fisioterapista-paziente (doc. U, sottolineature del redattore).

Ciò a dimostrazione delle capacità dell'attore ad autodeterminarsi ed a comprendere quanto accaduto e quanto richiestogli dall'assicuratore, tranne nelle fasi acute della

patologia (della stessa opinione anche i medici fiduciari: cfr. doc. III/1, risposta 3, in fine).

Ne segue che l'interessato non può prevalersi della sua patologia per sfuggire alla prescrizione.

2.11. L'attore, con la petizione, tra le prove, ha indicato, genericamente: perizia (doc. I), senza tuttavia più farne cenno né in sede di udienza, né successivamente.

Questo Tribunale, alla luce della documentazione prodotta dalle parti nelle more processuali non ritiene necessario assumere ulteriori prove.

A questo proposito va rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A_175/2015 del 4 maggio 2015).

2.12. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC).

All'assicuratore, rappresentato da avvocati interni alla struttura, non vanno assegnate le ripetibili (cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche Viktor Rüegg/Michael Rüegg, Basler Kommentar, 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701; cfr. sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018 e sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018).

2.13. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013, l'Alta Corte ha affermato che:

"() 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 per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

E. 21

settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____); -

E. 23

settembre 2017: da _____ (“ paziente non trasportato ” [doc. F]; _____); -

E. 26

settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____); -

E. 29

settembre 2017: da _____ all'Ospedale _____ di _____ (_____); -

E. 30

agosto 2019 il dr. med. _____, dell' _____, anch'egli medico curante dell'attore, in risposta a domande poste dal rappresentante dell'assicurato, ha affermato: " (...) Il paziente è stato preso in carico dal sottoscritto il 14.12.2017 grazie all'intervento dei parenti. Ricordo che, dal lato anamnestico, il paziente ha subito una lussazione traumatica antero inferiore della spalla sinistra, seguito successivamente presso l'Ospedale _____ a _____, dove è stata praticata una riduzione in narcosi e seguito con un follow up (infortunio del 17.09.2017). La mia prima visita fu il 14.12.2017, dove il paziente era stato munito di un tutore tipo gilet, riferendomi sia dalla sua persona che dai parenti, non un solo episodio ma ripetuti episodi di lussazione antero inferiore della spalla che hanno necessitato l'intervento di un trasporto urgente presso il Nosocomio di _____ per effettuare la riduzione. Ricordo che il paziente vive da solo, nonché ricordo il fatto che una lussazione antero inferiore deve essere generalmente ridotta entro le quattro ore per non avere conseguenze a livello del nervo ascellare, deve essere effettuata da personale competente e giustifico appieno l'utilizzo dell'ambulanza per il trasporto dal proprio domicilio che il paziente ha chiamato per poter essere trasportato in modo adeguato presso il Nosocomio curante. Alla mia valutazione clinica ho potuto constatare l'instabilità gleno omerale oggettiva e ho organizzato personalmente un'indagine approfondita (artro e risonanza magnetica del 21.12.2017) presso il nostro servizio di Radiologia. Alla valutazione anamnestica, clinica e radiologica ho concluso che vi fosse l'indicazione chirurgica per ripristinare lo stato funzionale della spalla (stabilizzazione anteriore della spalla sinistra). Intervento è stato eseguito, senza alcun problema per il posto operatorio, il 22.01.2018. (...). Per quanto riguarda la domanda specifica al punto 4 le mie considerazioni sono le seguenti. Il paziente, a seguito di un trauma, ha sviluppato un'instabilità antero-inferiore della spalla sinistra. Le cure iniziali non hanno permesso di ottenere un risultato, tanto che tale instabilità è risultata una recidiva e in un problema di lussazione recidivante gleno omerale. Quando vi è una lussazione gleno omerale antero inferiore le strutture, in particolar modo cuffia dei rotatori le strutture di stabilizzazione e non meno importante il nervo ascellare, subiscono una trazione tale da determinare in primis un'impotenza funzionale, secondo dolori importanti, terzo impossibilità dell'autoriduzione in quanto la frattura di Hill Suchs testimonia l'impossibilità all'auto riduzione e infine, se questa non avviene entro le quattro ore, un'altra possibilità di sviluppare un deficit del nervo ascellare, mettendo in dubbio la possibile prognosi, anche in caso di intervento. Il paziente, vivendo da solo, ha ricorso quindi all'utilizzo del trasporto in ambulanza a ragione, in quanto non mi immagino proprio che il paziente potesse utilizzare altri mezzi trovandosi in quella situazione dolorosa. Ricordo che, nella maggior parte delle lussazioni antero inferiori, primo non arrecare danni, secondo per poter effettuare in modo il meno cruento possibile, la riduzione avviene con sedazione del paziente. A seguito inoltre dell'intervento chirurgico da me eseguito il paziente risulta aver avuto un risultato ottimale, si può definire guarito dalla sua lesione che determinava l'instabilità e la recidiva di lussazione non ha portato ad alcuna sequela. Dopo un lungo periodo riabilitativo seguito in modo ottimale, ora il ragazzo pratica regolarmente il nuoto senza alcun problema" (doc. U) Il 29 ottobre 2019, il medico fiduciario, dr. med. _____, ha preso posizione,

affermando: " (...) Der Bericht vom 25.09.2019 der Clinica _____, Dr. med. _____, bestätigt nochmals das Vorliegen der Diagnose ICD-10 F07.0 (Organische Persönlichkeitsstörung) als Begründung für das Verhalten des Versicherten. Dies entspricht auch der Einschätzung des VAD gemäss Stellungnahme vom 29.05.2019, Punkt 1,2. Absatz. Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10, F60-61) könnte das Verhalten erklären und somit ist es im zu beurteilenden Fall unerheblich, welche von beiden Diagnosen zutrifft, das heisst organisch versus nicht organische Persönlichkeitsstörung, weil beide das hier diskutierte Verhalten erklären können. Im Bericht vom 30.08.2019, _____, Dr. med. _____, wird primär die schwierige Führbarkeit des Patienten erläutert, was wiederum typisch für die psychiatrische Diagnose ist. Dieser Punkt wird in der Stellungnahme des VAD vom 29.05.2019, Punkt 2 kommentiert. Vom behandelnden Orthopäden werden die gute Compliance des Versicherten und die Involvement von Verwandten in der Betreuung hervorgehoben. Eine gute Compliance setzt zu einem gewissen Teil Verständnis der Situation voraus und würde auf ein situationgerechtes, adäquates Verhalten hindeuten. Dies passt ebenfalls zu unserer Einschätzung, dass nicht per se eine Urteilsfähigkeit vorliegt sondern im Rahmen der gestörten Impulskontrollen aufgehoben oder stark reduziert ist. Wieso in einem Fall die Verwandten den versicherten begleiten (Fahrzeug?) und in anderen Fälle die Ambulanz verständigt wird, erschliesst sich hingegen nicht aus dem Bericht. Der Hinweis des Orthopäden, dass die Form der beschriebenen Schulterluxation innerhalb von 4 Stunden reponiert werden muss, kann nicht so absolut betrachtet werden, auch wenn schon aus Gründen der Schmerzen jedermann den Wunsch nach einer raschen medizinischen Versorgung nachvollziehen kann. Dass hier die Ambulanz das richtige Transportmittel darstellt muss allerdings bezweifelt werden, da die Distanz zwischen dem Wohnort des Versicherten und der _____ mit dem Auto ca. 10 Minuten beträgt. Eine Schulterposition ist im übrigen nicht eine medizinische Seltenheit und kann deshalb von vielen Hausärzten und sicherlich in jedem Spital reponiert werden. Bei zusätzlichen Verletzungen mag die Expertise eines Facharztes für Orthopädie hingegen empfehlenswert sein. Ob bei einer wiederholten Schulterluxation jedesmal die Impulskontrolle aufgehoben oder stark reduziert ist muss offen bleiben. Dass ein optimales Resultat nach einer Schulterluxation nur aufgrund einer guten Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt und Physiotherapeut möglich ist, ist ebenfalls wenig erstaunlich. Zusammenfassend muss aus vertrauensärztlicher Sicht festgehalten werden, dass die beiden Berichte nichts an der Schlussfolgerung der Stellungnahme des VAD vom 29.05.2019 ändern, auch wenn weitere Details zum Versicherten und seiner Krankengeschichte beigebracht werden." (doc. VIII/3) 2.6. Nel caso di specie va preliminarmente rilevato che la circostanza che l'assicuratore malattie LAMal ha riconosciuto la necessità di almeno 4 trasporti, avendoli in parte rimborsati (cfr. doc. F), non vincola la convenuta sia perché non è stata coinvolta nella procedura in ambito LAMal, sia perché le norme applicabili in concreto non sono le medesime (diritto privato in luogo del diritto pubblico). In secondo luogo va rammentato che per l'art. 64 cpv. 8 LAMal le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati, né presso un istituto d'assicurazione privato. Dall'ammontare chiesto dall'attore vanno pertanto d'acchito dedotti fr. 365.65 (315.65 + 40 + 10), pari alla franchigia e partecipazione ai costi chiesti dall'assicuratore LAMal (cfr. doc. F). Oggetto del contendere può essere al massimo l'importo di fr. 11'030 (11'395.65 – 365.65). Va poi rilevato che dalla decisione formale emerge che il trasporto del 23 settembre 2017 non è stato effettuato (" paziente non trasportato "), mentre per quello del 3 novembre 2016 tra la Clinica _____ di _____ e la Clinica _____ di _____

_____ “ a detta della clinica, è avvenuto su richiesta del paziente il quale è stato informato sui costi di trasporto in ambulanza ”. I costi di tali trasporti non vanno pertanto manifestamente messi a carico dell’assicuratore convenuto in quanto non necessari dal profilo medico, rispettivamente non economici e non appropriati ai sensi dell’art.

_____ CCA. Infine, nulla è dato a sapere circa il trasporto antecedente l’infortunio alla spalla destra e meglio quello del 2 settembre 2016 da _____ all’Ospedale _____ di _____, così come di quelli del 4 ottobre 2017, da _____ alla Clinica _____ di _____, del 15 ottobre 2017, da _____ all’Ospedale _____ di _____ e dello stesso giorno, da _____ alla Clinica _____ di _____. In assenza di qualsiasi indicazione in merito circa l’eventuale necessità medica di tali trasporti da parte dell’attore, cui incombe l’onere della prova (doc. 8 CC), i costi dell’ambulanza non possono essere messi a carico dell’assicuratore. Certo, la procedura è retta dalla massima inquisitoria sociale che impone al Giudice un dovere d’interpellare accresciuto (cfr. art. 247 cpv. 2 lett. a CPC). Essa si applica tuttavia con riserbo laddove la parte, come in concreto, è rappresentata da un avvocato (DTF 141 III 569, consid. 2.3.1: “[...] Il s’agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l’art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l’égalité entre les parties au procès et d’accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n’est soumis qu’à une obligation d’interpellation accrue. Comme sous l’empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l’arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l’empire de l’art. 274d al. 3 CO, l’arrêt 4A_397/2011 du 11 février 2014 consid. 4.4) [...]”]; cfr. anche sentenza 4A_354/2014 del 14 gennaio 2015, consid. 3). Rimane da esaminare se gli altri 9 trasporti in ambulanza dal suo domicilio, in _____ all’Ospedale _____ o _____ di _____ del 21 settembre 2017, 21 settembre 2017, 26 settembre 2017, 29 settembre 2017, 30 settembre 2017, 2 ottobre 2017, 9 dicembre 2017 e da _____ all’Ospedale _____ del 13 ottobre 2017 e da _____ all’Ospedale _____ del 13 ottobre 2017, devono essere rimborsati dalla convenuta in quanto “necessari sotto il profilo medico, fino al medico od ospedale più vicino ” e se il mezzo di trasporto soddisfa “i criteri di economicità ed appropriatezza” (art. _____ CCA). 2.7. L’attore con la petizione (doc. I) si limita a sostenere che i trasporti in ambulanza sono stati necessari, senza tuttavia precisare quali motivazioni mediche sarebbero alla base di tale necessità. Né indica a cosa sono dovuti tutti i trasporti elencati nella decisione formale dell’assicuratore LAMal. In sede di udienza di discussione, a giustificazione della necessità dei ricoveri (doc. VI, pag. 1), ha prodotto i referti del 25 settembre 2019 del dr. med. _____ (doc. T), che tuttavia non si esprime circa i trasporti litigiosi, ed un referto del 30 agosto 2019 del dr. med. _____ (doc. U). Quest’ultimo specialista rileva che “ dal lato anamnestico, il paziente ha subito una lussazione traumatica antero inferiore della spalla sinistra, seguito successivamente presso

l'Ospedale _____ a _____, dove è stata praticata una riduzione in narcosi e seguito con un follow up (infortunio del 17.09.2017)” (doc. U). L'assicurato in seguito ad un trauma, ha pertanto sviluppato un'instabilità antero-inferiore della spalla sinistra, che ha necessitato un intervento chirurgico, in data 22 gennaio 2018, per ripristinare lo stato funzionale della spalla (doc. U). Prima di questo intervento si era sviluppato un problema di lussazione recidivante gleno omerale (doc. U). Una lussazione antero inferiore della spalla deve generalmente essere ridotta entro 4 ore per non avere conseguenze a livello del nervo ascellare ed essere effettuata da personale competente (doc. U). In presenza di forti dolori alla spalla, la necessità di recarsi in ospedale era pertanto data. Ciò non è tuttavia sufficiente per ritenere necessario dal profilo medico (art. _____ CCA) anche il trasporto con l'ambulanza. Infatti l'attore, pur dovendo sopportare dolori importanti, causati dalla patologia, e pur dovendo convivere con un'impotenza funzionale della spalla sinistra (doc. U), non si trovava in pericolo di vita, né necessitava di cure immediate ed improcrastinabili. Egli aveva infatti circa 4 ore di tempo per recarsi presso il nosocomio più prossimo per procedere con la riduzione della lussazione antero inferiore ed evitare conseguenze a livello del nervo ascellare (doc. U). Dalle lettere di dimissione dell'Ospedale _____ di _____ relative alle visite del 19 settembre 2017 con diagnosi di “ dolori alla spalla sinistra in esiti di riduzione post lussazione con sospetta lesione di Bankart ” (doc. I; dr. med. _____, medico assistente), del 21 settembre 2017 con diagnosi di “ dolore alla spalla sinistra con difficoltà al riposizionamento del tutore (Gilchrist) ” (doc. J; dr. med. _____, medico assistente), del 21 settembre 2017 con diagnosi di “ dolore alla spalla sinistra in seguito a riferito auto-riposizionamento questa mattina ” (doc. K, dr. med. _____, medico assistente), del 24 settembre 2017 con diagnosi di “ disturbo di personalità di tipo impulsivo ” (doc. L, dr. med. _____, medico assistente) e del 26 settembre 2017 per “ riferita terapia antalgica prescritta insufficiente ” (doc. M, dr. med. _____, medico assistente), non emerge una necessità di intervento urgente (cfr. anche le risposte del dr. med. _____, medico assistente presso il servizio di chirurgia dell'Ospedale _____, relativamente ad un ricovero avvenuto l'8 settembre 2017 [non oggetto del contendere], per una contusione alla spalla sinistra, che aveva rilevato che l'attore avrebbe potuto recarsi presso il Pronto Soccorso con altri mezzi rispetto all'ambulanza; doc. 2). Il medico curante, dr. med. _____, pur giustificando “ appieno l'utilizzo dell'ambulanza per poter essere trasportato in maniera adeguata presso l'ospedale ” (doc. U), non sostiene tuttavia che un trasporto tramite un taxi, il cui costo è nettamente inferiore (tariffa urbana da fr. 15 a fr. 20 [cfr. ad esempio _____] oppure anche in bus (fr. 2.30 a tratta; cfr. arcobaleno.ch) non fosse esigibile dal profilo medico, limitandosi a rilevare che l'attore, “ vivendo da solo, ha ricorso quindi all'utilizzo del trasporto in ambulanza a ragione, in quanto non mi immagino proprio che il paziente potesse utilizzare altri mezzi trovandosi in quella situazione dolorosa ” (doc. U). Ora, il domicilio dell'attore dista circa 1.8 km dall'Ospedale _____, raggiungibile in 7 minuti circa in auto/taxi (cfr. google.maps), in circa 7 minuti con il bus n. _____ (cui vanno aggiunti 5 minuti a piedi fino in stazione; cfr. google.maps e _____: durante il giorno vi è un bus ogni 15 minuti, poi ogni mezz'ora) e in 22 minuti a piedi (1.8 km; cfr. google.maps). _____ a _____ e _____ a _____, altri due luoghi dove l'interessato ha chiamato l'ambulanza per recarsi all'Ospedale _____, rispettivamente all'Ospedale _____ (cfr. doc. F), si trovano in prossimità della _____ di _____ da dove passano continuamente i bus che permettono di recarsi presso i due nosocomi in tempi brevi (cfr. google.maps e _____) e dove notoriamente sostano

numerosi taxi. Non vi era pertanto alcun impedimento per l'interessato di far capo ad altri mezzi di trasporto, oltretutto più economici. Quanto alla circostanza che l'attore è affetto da una patologia psichica, va evidenziato che se essa ha avuto un'incidenza sul comportamento dell'assicurato (cfr. anche la presa di posizione del medico dell'assicuratore, doc. VIII/3), non ha tuttavia alcuna influenza circa l'adempimento delle condizioni oggettive dell'art. _____ CCA. La sola circostanza che l'interessato, soggettivamente, ritenesse necessario chiamare l'ambulanza, non è infatti un motivo previsto dalla citata norma per mettere a carico dell'assicuratore i costi del trasporto in ambulanza non necessario dal profilo medico e con costi sproporzionati rispetto all'utilizzo di altri mezzi, quali bus e taxi. Ne segue che, in considerazione della vicinanza del nosocomio con il domicilio dell'attore, rispettivamente con i due luoghi dove è stata chiamata l'ambulanza, della presenza di una fitta rete di trasporti pubblici che permette di raggiungere i nosocomi in pochi minuti con il bus e/o con il taxi, considerato che la patologia di cui soffriva pur provocando dolori anche intensi alla spalla non gli avrebbe impedito di muoversi con i citati mezzi, questo Tribunale deve concludere che non sono adempiute le condizioni per il rimborso dei trasporti in ambulanza previsti dall'art. _____ CCA, poiché non necessari sotto il profilo medico e perché il mezzo di trasporto scelto non soddisfa i criteri di economicità (cfr. per un caso in ambito di LAMal: sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, consid. 4.2 = SVR 2019, KV Nr. 15). Rimborso dei costi di degenza del ricovero dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014 2.8. L'attore è stato degente presso la Clinica _____ dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014. L'assicuratore ha inizialmente rimborsato i costi del ricovero, per complessivi fr. 7'574.20. Con due lettere del 3 febbraio 2015 la convenuta si è rivolta all'attore affermando che “ dopo un chiarimento retroattivo, abbiamo constatato che l'evento che ha dato luogo alla sua degenza è escluso dalle nostre Condizioni Complementari d'Assicurazione art _____ ” ed ha chiesto il versamento di fr. 2'262.20 (“ parte privata ” della degenza; doc. R), rispettivamente di fr. 5'112 (“ onorario medico ”, doc. S). Il 7 marzo 2015 (doc. R), rispettivamente il 12 giugno 2015 (doc. S), l'attore ha proceduto al versamento. L'assicuratore ha in sostanza ritenuto che il ricovero fosse da ricondurre ad un gesto di automutilazione, escluso dall'art. _____ CCA, che prevedono l'esclusione dall'assicurazione delle malattie e infortuni nonché le complicazioni e le conseguenze tardive che si verificano in connessione con l'automutilazione. L'attore afferma di non aver avuto alcuna conoscenza e consapevolezza della propria malattia che è stata la causa del ricovero e dell'intervento chirurgico citati ed ha rimborsato i due importi richiestigli (doc. I). Solo con lettera del 17 aprile 2018 inviata allo zio, i famigliari hanno appreso della diagnosi di Disturbo Organico di Personalità (ICD 10:07.0), posta dopo un lungo ed articolato approfondimento psicodiagnostico e dopo 6 ricoveri presso la clinica psichiatrica. Una delle caratteristiche della malattia è l'incapacità di controllare gli impulsi, ciò che può causare atti di autolesionismo e automutilazione. Alla luce di questa diagnosi l'attore ritiene che il pagamento delle prestazioni era dovuto e la restituzione è avvenuta senza giusta causa. La convenuta evidenzia che le esclusioni di cui all'art. _____ CGA, a differenza delle riduzioni di cui all'art. _____ CGA, non prendono in considerazione se l'atto è imputabile a colpa oppure no e dunque anche se la patologia avesse causato gli atti di automutilazione, l'art. _____ CGA andrebbe comunque applicato (doc. III). L'assicuratore evidenzia inoltre che le prestazioni assicurative sono chieste per un ricovero avvenuto nel 2014 e pertanto, in applicazione dell'art. 46 LCA, sono prescritte nel corso del 2016. Vi sarebbe prescrizione anche se alla base vi fosse una restituzione derivante da indebito arricchimento, poiché in tal caso il credito si prescrive in un anno dal giorno in cui

l'attore ha avuto conoscenza del suo diritto a ripetizione. Ora, già il 24 settembre 2017 la dr.ssa med. _____ ha affermato che il paziente era noto per disturbo di personalità con episodi di autolesionismo che avevano richiesto ricoveri psichiatrici. Per cui il credito è prescritto al più tardi dal 2018 (doc. III). L'attore rileva però che non aveva alcuna conoscenza e consapevolezza della propria malattia, che è stata la causa del ricovero e dell'intervento chirurgico citati ed era anche incapace di discernimento. Non aveva la capacità di comprendere la situazione e determinarsi. Solo con la nomina del curatore in data 16 ottobre 2018 è stato possibile accertare che l'importo era stato restituito senza alcuna ragione (doc. XIV). 2.9. L'assicuratore sostiene che la pretesa dell'attore sarebbe prescritta sia applicando le norme sul contratto d'assicurazione (art. 46 LCA), sia applicando i disposti sull'indebito arricchimento (art. 62 CO). In DTF 127 III 421 consid. 3bb in fine, in una causa che opponeva una clinica ad una cassa malati e relativa alla richiesta di rimborso per spese di cura che si ritenevano pagate in troppo, il Tribunale federale ha stabilito che, avendo l'assicuratore saldato la fattura senza riserve, un'eventuale pretesa di restituzione non è di natura contrattuale ed ha di conseguenza applicato al caso di specie le norme relative all'indebito arricchimento (art. 62 ss CO). In DTF 133 III 356 l'Alta Corte ha ribadito la sua giurisprudenza: " 3.2.1 Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung schliesst ein vertraglicher Anspruch einen Bereicherungsanspruch aus. Wird eine vertraglich geschuldete Leistung erbracht, so stellt der gültige Vertrag den Rechtsgrund dar, weshalb der Leistungsempfänger nicht ungerechtfertigt, d.h. rechtsgrundlos bereichert sein kann (BGE 130 III 504 E. 6.1 S. 510; BGE 127 III 421 E. 3 S. 424; BGE 126 III 119 E. 3b S. 121 f. mit zahlreichen Hinweisen). In BGE 114 II 152 ff. hat das Bundesgericht die Anwendung der vertraglichen Verjährungsfrist auf die Rückleistungspflicht nach Vertragsrücktritt gemäss Art. 109 OR damit begründet, dass sich das vertragliche Verhältnis in ein Liquidationsverhältnis umwandle. Das Bundesgericht hat in BGE 126 III 119 E. 3c S. 122 darauf hingewiesen, dass diese Präzisierung der Rechtsprechung in der Lehre mehrheitlich begrüsst wurde und dass sich bestimmte Autoren sogar dafür aussprechen, auch die Rückabwicklung irrtumsbehafteter Verträge nach vertraglichen Grundsätzen vorzunehmen. Dieser Auffassung ist das Bundesgericht aber nicht gefolgt. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind im Rahmen eines Vertragsverhältnisses erfolgte Zahlungen, die sich nachträglich als irrtümlich und daher als grundlos erweisen, nicht stets als vertragliche Leistungen einzustufen. Rückerstattungsansprüche können vielmehr nach der allgemeinen Unterscheidung des Gesetzes wie andere Forderungen aus Vertrag, aus unerlaubter Handlung oder aus ungerechtfertigter Bereicherung entstehen und unterliegen je nach ihrem Entstehungsgrund verschiedenen Verjährungsfristen (BGE 130 III 504 E. 6.1 S. 510; BGE 114 II 152 E. 2c/aa S. 156). Massgebend ist der Entstehungsgrund des Rückforderungsanspruchs (Urteil des Bundesgerichts 4C.300/1993 vom 25. Februar 1994, E. 4c/bb). Zunächst ist stets zu prüfen, ob die zurückverlangte Leistung eine vertragliche Grundlage hatte und, falls dies zutrifft, ob sie auch aus Vertrag zurückgefordert werden kann (BGE 127 III 421 E. 3 S. 424 f.). Wer ohne jeglichen Vorbehalt in (vermeintlicher) Erfüllung des Vertrages mehr leistet als das vertraglich Geschuldete, kann die Differenz nach wie vor nur auf der Grundlage des Bereicherungsrechts zurückfordern (BGE 130 III 504 E. 6.2 S. 510 f.; BGE 127 III 421 E. 3c/bb S. 426, je mit Hinweisen)." In una sentenza 4A_197/2018 del 13 dicembre 2018, relativa alla richiesta di restituzione di indennità giornaliere per malattia ritenute versate in troppo, il Tribunale federale ha rammentato al consid. 3.2, che non tutte le richieste di restituzione di prestazioni sono di natura contrattuale. Chi senza nessuna riserva, credendo

di adempiere ai suoi obblighi contrattuali, ha versato più di quanto avrebbe dovuto, di norma, può chiedere la restituzione di quanto versato in troppo solo sulla base delle norme sull'indebito arricchimento: " 3.2.1 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind nicht alle Rückerstattungsansprüche betreffend Leistungen, die im Umfeld eines Vertrages erbracht wurden, vertraglicher Natur. Wer ohne jeglichen Vorbehalt in (vermeintlicher) Erfüllung eines Vertrags mehr leistet als das vertraglich Geschuldete, kann die Differenz bloss auf der Grundlage des Bereicherungsrechts zurückfordern. (BGE 137 III 243 E. 4.4.1; 133 III 356 E. 3.2.1; je mit Hinweisen). In diesem Sinn verjähren auch Rückforderungsansprüche im Verhältnis zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer nach Art. 67 OR und nicht nach Art. 46 VVG (so ausdrücklich Urteil 4A_53/2010 vom 29. April 2010 E. 2.6 mit Hinweisen). Anders verhält es sich immerhin, wenn die erbrachte Leistung tatsächlich vertraglich geschuldet, aber eine spätere Abrechnung vorbehalten war (BGE 133 III 356 E. 3.2.2). Die Vorinstanz schloss, es fehle ein Vertrag, auf den die Rückerstattungspflicht der Beschwerdegegnerin gegenüber der Beschwerdeführerin abgestützt werden könnte. Zwar statuiere Ziffer 34.2 der AVB der Beschwerdeführerin, dass vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen an den Versicherer zurückzuerstatten seien. Die AVB seien jedoch nur für die Vertragsparteien verbindlich, nicht hingegen für die Beschwerdegegnerin." 2.10. Nel caso di specie l'attore chiede il versamento dell'importo di fr. 2'426.20 relativo alla " parte privata " (cfr. doc. R) della degenza avvenuta dal 16 maggio 2014 al 20 maggio 2014 e di fr. 5'112 inerenti l'onorario del medico dovuto nell'ambito del medesimo ricovero (doc. S). L'importo complessivo di fr. 7'572.20, inizialmente pagato dall'assicuratore, era stato restituito dall'attore alla convenuta nel corso del 2015 (doc. R ed S). Considerato che l'attore, in concreto, chiede il rimborso dei costi della degenza litigiosa in applicazione di un contratto assicurativo stipulato tra le parti e retto dalla LCA, la prescrizione va esaminata sulla base dell'art. 46 LCA. Non si tratta infatti di chiedere la restituzione di un importo versato in eccesso (cfr. DTF 127 III 421 e sentenza 4A_197/2018 del 13 dicembre 2018), ma di chiedere l'esecuzione di un contratto e meglio il rimborso dei costi di una degenza ospedaliera come pattuito tra le parti. L'art. 46 LCA stabilisce che: " 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 semi-imperativa (art. 98 cpv. 1 LCA) siccome non derogabile a danno dello stipulante o dell'avente diritto (Carré , in: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319; Brulhart, *Droit des assurances privées*, Stämpfli 2008, n. 870 pag. 387). In concreto le CGA prodotte dall'attore non prevedono alcunché, di modo che l'art. 46 LCA trova piena applicazione. Nel caso di specie la petizione con la quale viene chiesto il rimborso dell'importo complessivo di fr. 7'574.20 per la degenza dal 16 al 20 maggio 2014 è stata inoltrata il 22 agosto 2019. La richiesta di rimborso è pertanto manifestamente prescritta poiché inoltrata ben oltre i due anni dalla degenza. Ciò vale anche se si volesse prendere l'ipotesi più favorevole all'attore e far partire il termine di due anni dal rimborso dell'importo di fr. 5'112 avvenuto il 12 giugno 2015 (doc. S). Allo stesso risultato si giungerebbe anche se si volessero applicare le norme sull'indebito arricchimento. 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. Con due lettere del 3 febbraio 2015 l'assicuratore ha chiesto all'attore il rimborso degli importi litigiosi avendo constatato “ che l'evento che ha dato luogo alla sua degenza è escluso dalle nostre Condizioni Complementari d'Assicurazione art. _____ ”. Le parti sono concordi nel ritenere che la degenza litigiosa è dovuta ad un evento derivante da un'automutilazione (cfr. anche doc. I pag. 6 in fine). In una lettera di dimissione del 24 settembre 2017 la dr.ssa med. _____, posta la diagnosi di disturbo di personalità di tipo impulsivo, nel descrivere quanto avvenuto il medesimo giorno, ha affermato che l'attore è un paziente di “ 22 anni noto per disturbo di personalità con episodi di autolesionismo richiedente diversi ricoveri psichiatrici, (ultimo un anno fa presso _____) ” (doc. L). La diagnosi era pertanto già nota all'epoca e comunque il 17 aprile 2018 è stata posta la diagnosi precisa di disturbo organico di personalità (ICD10: F07.0; doc. B). La petizione del 22 agosto 2019, inoltrata ben oltre il termine di un anno dal giorno in cui l'interessato ha avuto conoscenza del suo diritto di ripetizione è pertanto prescritta. Certo, l'attore sostiene che non aveva alcuna conoscenza e consapevolezza della sua malattia che è stata causa del ricovero in esame anche perché era incapace di discernimento. Egli non avrebbe avuto la capacità di comprendere la situazione e di determinarsi di conseguenza e solo con la nomina del curatore il 16 ottobre 2018 sarebbe stato possibile accertare che l'importo era stato restituito senza ragione. Sennonché, dagli atti non emerge la situazione descritta dall'attore. Dal referto del 25 settembre 2019 del dr. med. _____ si evince che la patologia di cui soffre l'assicurato “ interessa profondamente l'espressione delle emozioni, dei bisogni e degli impulsi ”, è “ caratterizzata da labilità emotiva ” con “ tendenza a esprimere i bisogni e gli impulsi senza considerazione delle conseguenze e delle convenzioni sociali ”. Egli ha poi aggiunto che quanto riportato nei virgolettati non esaurisce la complessa articolazione del disturbo di personalità organico e “ quindi anche le possibili sequele sul piano psicopatologico e comportamentale della patologia, quali l'occorrenza nelle fasi acute della malattia di comportamenti autolesionistici su base impulsiva associati a una ridotta capacità di discernimento ”. Lo specialista ha poi evidenziato che la diagnosi pone un legittimo dubbio sulla capacità dell'interessato “ di autodeterminarsi, oggi e in modo particolare prima della diagnosi formale del disturbo ” “ l'oggettiva condizione del proprio stato di salute psico-fisico, soprattutto nelle situazioni oggettive ove egli versa in una condizione di acuzie psicopatologica o somatica ” (doc. T, sottolineature del redattore). Per cui l'incapacità di autodeterminarsi e di comprensione, con ridotta capacità di discernimento, è semmai limitata ai momenti delle fasi acute della malattia (della stessa opinione anche i medici fiduciari: cfr. doc. III/1, risposta 3, in fine). Tant'è che il dr. med. _____, che ha operato l'attore alla spalla sinistra in data 22 gennaio 2018, rilevato come dopo l'intervento il paziente ha dovuto iniziare una fisioterapia per un rinforzo muscolare, ha affermato che “ in questa fase è molto importante che vi possa essere una collaborazione da parte del

paziente sia durante il trattamento specifico effettuato in clinica ma soprattutto negli esercizi da eseguire al proprio domicilio in modo autonomo e devo dire che in questa occasione il paziente ha seguito alla lettera le nostre indicazioni e le indicazioni dei fisioterapisti ” e che “ il risultato ottenuto è la testimonianza della perfetta collaborazione dei tre fattori medico-fisioterapista-paziente ” (doc. U, sottolineature del redattore). Ciò a dimostrazione delle capacità dell’attore ad autodeterminarsi ed a comprendere quanto accaduto e quanto richiestogli dall’assicuratore, tranne nelle fasi acute della patologia (della stessa opinione anche i medici fiduciari: cfr. doc. III/1, risposta 3, in fine). Ne segue che l’interessato non può prevalersi della sua patologia per sfuggire alla prescrizione. 2.11. L’attore, con la petizione, tra le prove, ha indicato, genericamente: “ perizia” (doc. I), senza tuttavia più farne cenno né in sede di udienza, né successivamente. Questo Tribunale, alla luce della documentazione prodotta dalle parti nelle more processuali non ritiene necessario assumere ulteriori prove. A questo proposito va rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all’incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A_391/2016 dell’8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A_175/2015 del 4 maggio 2015). 2.12. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All’assicuratore, rappresentato da avvocati interni alla struttura, non vanno assegnate le ripetibili (cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche Viktor Rüegg/Michael Rüegg , Basler Kommentar, 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701; cfr. sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018 e sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018). 2.13. Per quanto concerne l’ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013, l’Alta Corte ha affermato che: “ (...) 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 per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S’impone perciò di notificare all’autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell’attore.