

## **TI\_GERICHTE 36.2019.91 vom 3. Dezember 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-12-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2019.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.91)

FR: TI\_GERICHTE 36.2019.91 du 3 décembre 2019

IT: TI\_GERICHTE 36.2019.91 del 3 dicembre 2019

### **Regeste**

Azione inoltrata contro l'assicuratore perdita di guadagno senza far valere pretese finanziarie ma con richieste di accertamento. Irricevibile

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.12.2019 36.2019.91 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.12.2019 36.2019.91 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 03.12.2019 36.2019.91

Azione inoltrata contro l'assicuratore perdita di guadagno senza far valere pretese finanziarie ma con richieste di accertamento. Irricevibile

Raccomandata Incarto n. 36.2019.91 IR / sc Lugano 3 dicembre 2019 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sulla petizione del 26 settembre 2019 formulata da AT 1 contro CV 1 rappr. da: RA 1 in materia di assicurazione contro le malattie considerato in fatto e in diritto · che AT 1 si è rivolta al Tribunale cantonale delle assicurazioni mediante istanza datata 26 settembre 2019 (doc. I) con cui ha convenuto in causa l'assicuratore CV 1 (CV 1 qui di seguito), che copre le indennità per perdita di guadagno in capo all'ex datore di lavoro dell'attrice \_\_\_\_\_, nonché lo stesso datore di lavoro. Con la sua petizione la signora AT 1 chiede a CV 1 di prendere "posizione alla mia del 28 agosto 2017", postula che il medico incaricato dall'assicuratore di valutare la sua salute e la sua capacità lavorativa, "prenda una posizione scritta, che possa giustificare a pieno la sua scelta di rifiutare i certificati medici emessi", domanda, in caso di mancata giustificazione fornita, che "vengano ... accettati i certificati medici almeno fino al 11.08.2017". L'assicurata postula inoltre che CV 1 rimborsi alla Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_, che le ha servito le indennità di disoccupazione, le prestazioni versate dal 12 dicembre 2017 al 31 gennaio 2018; · che AT 1 ha indicato come "da questo ricorso non traggio alcun personale" con il rilievo che il rimborso a \_\_\_\_\_ sarebbe dovuto unicamente "in caso di accettazione dei certificati medici". L'attrice ha inoltre aggiunto che il suo atto giudiziario sarebbe "un dovere verso chi paga i contributi AD, nonché a tutte le persone che sono state trattate come me dalla CV 1". AT 1 evidenzia, alla fine della sua esposizione, come l'azione sia stata avviata "solo oggi, a causa di fraintesi fra avvocato, medico e \_\_\_\_\_"; · che l'atto, non apparendo chiaro, è stato ritornato all'attrice, il 2 ottobre 2019 (doc. II), unitamente a una lunga lettera con cui il giudice delegato ne ha chiesto il completamento. All'assicurata sono stati domandati chiarimenti in merito all'esposto. La signora AT 1 è inoltre stata resa attenta ai limiti della competenza di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni che non comprende azioni rivolte contro il datore di lavoro e fondate sul contratto di lavoro (la causa promossa dalla signora AT 1 contro l'ex datore di lavoro davanti al TCA è stata dichiarata irricevibile, v. STCA 36.2019.92 del 21 ottobre 2019); · che AT 1 ha completato l'esposto

(15 ottobre 2019, doc. III) inquadrando meglio i fatti mentre le conclusioni sono sostanzialmente state ribadite. AT 1 ha confermato di chiedere una presa di posizione di CV 1 su un suo scritto 28 agosto 2017, una posizione scritta del medico indipendente che, incaricato dalla CV 1, ha valutato la sua capacità lavorativa rilevando come, in difetto di ciò, sarebbero da considerare le certificazioni sino all'11 agosto 2017. L'istante ha chiesto delle giustificazioni al medico incaricato dall'assicuratore ( "informato che ero stata esonerata dal lavoro il giorno stesso del mio licenziamento" ), ha postulato il rimborso da parte dell'assicuratore in favore della Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ di CHF 4'365,30, anche se " sarebbe \_\_\_\_\_ a dover versare ciò" , ha chiesto che CV 1 "si faccia rimborsare da \_\_\_\_\_, le indennità versate per 50 giorni in quanto non è mai stato emesso un certificato medico" . L'assicurata ha domandato che la \_\_\_\_\_, che ha " verificato il versamento delle indennità, confermi per via scritta, di aver ricevuto a suo tempo un certificato firmato da un medico" e che tale società, che dovrebbe essere un broker assicurativo, "informi ... se era a conoscenza di questo accordo speciale sul versamento delle indennità (e) ... che io avevo rifiutato questo accordo" . In guisa di conclusione AT 1 rileva che, anche se la causa non concerne l'ex datrice di lavoro, in caso di esito positivo " \_\_\_\_\_ dovrebbe per legge rimborsarmi il salario trattenuto per malattia, nonché versare i contributi LPP non versati" ; · che gli atti doc. I e III (con i relativi allegati) sono stati trasmessi all'assicuratore per la formulazione di osservazioni (doc. IV del 18 ottobre 2019). CV 1 si è espressa in merito il 14 novembre 2019 (doc. IX) contestando le pretese della signora AT 1, chiedendone la reiezione e comunque, nel merito, sollevando l'eccezione della prescrizione. Sulle osservazioni dell'assicuratore si tornerà, laddove necessario, in corso di motivazione. Qui basti rilevare che CV 1 ha contestato il sussistere di una lesione dell'obbligo di riservatezza e della confidenzialità da parte dei suoi collaboratori alla luce dell'autorizzazione sottoscritta dall'assicurata a fornire, per quanto necessario, gli atti per la determinazione delle prestazioni dell'assicurata. CV 1 ha inoltre contestato di avere "concluso un accordo segreto con l'allora suo datore di lavoro" (doc. IX p. 4) avendo ritenuto di versare delle indennità per perdita di guadagno "allo scopo di aiutare l'assicurata" . Sulla valutazione da parte di un medico indipendente esterno all'assicuratore, CV 1 ha richiamato le condizioni d'assicurazione e l'obbligo di collaborare del beneficiario delle prestazioni, osservando che il professionista ha visitato l'assicurata il 17 maggio 2017 avendo "accesso alla documentazione sottopostagli (doc. 9) " (doc. IX pag. 5 in fine). CV 1 rammenta come il medico incaricato abbia espresso la sua valutazione considerando esigibile AT 1 lo svolgimento di un'attività " in una professione simile alla precedente, a partire da inizio luglio 2017" ritenuto controindicato "il ritorno sul vecchio posto di lavoro durante il periodo di disdetta" . La prognosi è stata considerata favorevole; · che, sempre nella sua risposta di causa, CV 1 rammenta di avere versato delle indennità durante il periodo di adattamento di 3 mesi da dedursi il termine d'attesa. Le indennità sono state accreditate al datore di lavoro che, parallelamente, ha versato il salario all'assicurata. CV 1 rammenta come "si è deciso di versare le indennità per perdita di guadagno per il periodo da metà agosto (dallo scadere del periodo di carenza di 90 giorni) e la fine del periodo di disdetta del contratto di lavoro" (doc. IX p. 6) . Il curante dell'assicurata, con lettera 12 settembre 2017, ha manifestato il suo disaccordo in merito alla posizione del medico incaricato da CV 1 il quale ha ribadito, il 28 settembre 2017, la sua valutazione (doc. 10) indicando suo contatto con il curante e la promessa da parte di quest'ultimo di discutere la cosa con l'attrice. CV 1 rileva come il curante non si sia più manifestato e non abbia prodotto altri certificati medici; · che CV 1, in merito al rimborso all' \_\_\_\_\_,

evidenza come la domanda sia irricevibile per carenza di legittimazione attiva della signora AT 1, che non è creditrice dell'importo che ritiene dovuto dall'assicuratore alla Cassa disoccupazione in assenza di cessione di credito o altro titolo legittimante la signora AT 1. Analogo ragionamento è fatto dall'assicuratore per quanto attiene alla richiesta di imporre a CV 1 di farsi restituire le indennità versate alla datrice di lavoro dell'assicurata (doc. IX p. 8). Nelle sue conclusioni l'assicuratore ritiene inammissibili e non pertinenti le richieste formulate all'indirizzo della \_\_\_\_\_; · che le osservazioni dell'assicuratore sono state trasmesse all'assicurata il 15 novembre 2019 (doc. X) e le parti sono state convocate all'udienza che si è svolta il 28 novembre 2019. In tale occasione l'attrice ha, dopo ampia discussione in cui sono stati passati in rassegna i fatti, indicato, senza riserva alcuna, di non avere pretese di natura finanziaria da far valere nei confronti dell'assicuratore convenuto in causa. Essa ha ribadito la sua contestazione della valutazione medica eseguita dal professionista (medico specialista) incaricato da CV 1, valutazione non condivisa dal curante dell'assicurata. In sede d'udienza la signora AT 1 ha dato atto di avere chiesto al suo curante "di non più trasmettere certificati medici al datore di lavoro rispettivamente alla CV 1 attestanti la sua inabilità". AT 1 ha ribadito, durante l'udienza, che il certificato 11 agosto 2017 (doc. A1 e valutazione doc. A3) del medico che essa ha interpellato (Dr. \_\_\_\_\_) debba essere ritenuto. In tale documento (doc. A3) lo specialista ha specificato la patologia rilevata, spiegandone i sintomi, ritenendo il sussistere di una inabilità lavorativa dalla data della sua prima visita il 19 luglio 2017. In tale certificato il curante richiama la valutazione dello specialista incaricato dall'assicuratore, " che suggeriva il rientro lavorativo in percentuale piena dal 01.07.2017", con cui il dott. \_\_\_\_\_ indica di essere " d'accordo in parte" quo alla diagnosi, evidenziando nel dettaglio le ragioni del suo dissenso quo all'incidenza sulla capacità lavorativa e ritenendo, il 12 settembre 2017 (doc. A3), la signora AT 1 "ancora inabile al lavoro in percentuale piena (100%) a partire dal 19.07.2017" ; · che, alla luce della natura della procedura e dell'esito, il giudizio può essere emanato monocraticamente. In effetti per l'art. 49 cpv. 2 LOG le vertenze che non pongono questioni giuridiche di principio e non sono di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove) possono essere giudicate a Giudice unico (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015 = SVR 2015, EL Nr. 13, pag. 37 e seguenti); · che, come rammenta la dottrina ( Francesco Trezzini in: Commentario pratico al Codice di diritto processuale civile svizzero, 2a edizione, Vol. 1, Parte Prima: Disposizioni generali art. 1-196, pag. 222 e ss. ad art. 59, n. 23), il giudice deve verificare se sussistano i presupposti materiali dell'azione, primi fra tutti la legittimazione per agire e per difendere, ossia la legittimazione attiva e passiva (STF 4A\_99/2017 consid. 4.3.; 4A\_619/2017 del 15 marzo 2017 consid. 3 e 4A\_1/2014 del 26 marzo 2014 consid. 2.3. e riferimenti, sentenze citate da Trezzini , loc. cit., nota 1061). Non si tratta del solo presupposto processuale la cui sussistenza deve essere verificata d'ufficio dal giudice, occorre in effetti che sussista anche l'interesse degno di protezione (art. 59 cpv. 2 lett. a CPC) di cui deve disporre l'attore in causa affinché la sua

petizione sia ricevibile ( Trezzini, op. cit., loc. cit., in particolare 24 e ss. In particolare a p. 230 e ss. Ad art. 59 CPC). In sostanza l'attore deve disporre di un interesse, degno di essere protetto dall'intervento giurisdizionale del giudice, sia esso di natura fattuale sia giuridica. Come rammenta Trezzini: " Trattandosi di un presupposto processuale, che il giudice esamina d'ufficio (art. 60) incombe a parte attrice l'onere di allegarlo e di fornire le ragioni della sua domanda di tutela giurisdizionale ...". Come ricorda il medesimo autore il tema dell'interesse degno di protezione è tradizionalmente concentrato sul rapporto tra azione condannatoria e azione d'accertamento (sussidiaria rispetto all'azione condannatoria). Quindi deve essere dimostrato l'interesse dell'attore, giuridico o fattuale, al chiarimento giudiziale. L'attore sopporta l'onere della prova di tale interesse; · che la verifica dell'interesse degno di protezione tende a scopi di natura ordinatoria, per evitare derive manipolatorie e per la doverosa separazione tra esame del merito e dell'interesse ( Trezzini, op. cit. pag. 232 e 234, n. 32 a 40). La dottrina ( Trezzini , op. cit., ad art. 59 n. 41 e ss.) ricorda come sia pretendibile un interesse personale dell'attore a ottenere la tutela giurisdizionale domandata. Chi agisce in giustizia deve adire il Tribunale in suo favore e non in quello di terzi, si deve trattare di un interesse attuale e pratico siccome il diritto processuale non si presta " per rispondere alle questioni di diritto meramente astratte e prive di effetti sulle relazioni giuridiche concrete riferite all'attore". L'interesse deve sussistere sino all'emanazione del giudizio di merito; · che, quando non siano dati i presupposti processuali, il giudice non entra nel merito dell'azione o dell'istanza (così l'art. 59 cpv. 1 CPC), che devono essere in particolare dichiarati inammissibili siccome il difetto d'azione non è riparabile ( Trezzini , op. cit., ad art. 59 CPC, n. 3); · che, nel caso all'esame, con la sua azione AT 1 postula la condanna dell'assicuratore a " prendere posizione " in merito ad uno scritto del 28 agosto 2019. La domanda non appare di natura condannatoria e neppure tesa a un accertamento soggiacente una futura richiesta condannatoria e, per tale motivo, deve essere disattesa. L'attrice non indica quale diritto soggettivo proprio, riconosciute dalla LCA rispettivamente dalle condizioni contrattuali previste dalle CGA agli atti, sia stato leso dall'assicuratore mediante l'assenza di una risposta alla sua lettera del 28 agosto 2017 (doc. A4 intestato : "Verletzung der Schweigepflicht und Datenschutz – Fall \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )"). Qualora l'assicurata avesse ritenuto che l'assicuratore abbia violato il contratto violando i suoi diritti di riservatezza e protezione dei dati (" Schweigepflicht und Datenschutz") le era semmai data direttamente un'azione tesa al risarcimento del danno eventualmente subito (se comprovata la pretesa violazione). Ora la stessa assicurata, in sede d'udienza in due circostanze, ha ribadito di non avere pretese di natura finanziaria nei confronti della CV 1, di nessuna natura (e quindi neppure risarcitoria). Un'azione tesa all'accertamento (se così possa essere qualificata la richiesta dell'attrice è comunque tema che non merita approfondimento) di una pretesa violazione dei diritti personali dell'assicurata (garantiti dall'ordinamento giuridico o dal contratto sottoscritto) non avrebbe conseguenza. Come tale l'azione – su questo specifico punto – non ha sostrato e, comunque, le pretese sarebbero prescritte alla luce della data in cui la pretesa violazione dei diritti è stata segnalata (e quindi era nota all'assicurata, ossia il 28 agosto 2017). La richiesta della signora AT 1 di ottenere una presa di posizione relativa al preteso mancato rispetto della protezione dei dati e della discrezione non rileva in favore dell'attrice un interesse giuridico degno di protezione. Come detto quand'anche CV 1 avesse violato (l'assicurata con il suo petito si limita a chiedere una presa di posizione) i diritti di AT 1 essa non ha chiesto (e non intende chiedere) all'assicuratore un risarcimento. La domanda tesa a ottenere una risposta alla lettera 28 agosto 2017, come tale, appare quindi

inammissibile; · che, non diversamente, deve essere trattata la richiesta dell'assicurata tesa a ottenere dal medico incaricato da CV 1 della valutazione del caso, di una rettifica delle sue valutazioni mediche. Il medico, specialista FMH, ha reso un rapporto nelle circostanze indicate nello stesso e ne ha tratto soggettive conclusioni relative alla capacità lavorativa di AT 1 nella sua usuale attività, ammettendone la capacità nell'attività abituale ma in un contesto lavorativo diverso. Ciò ha sostanzialmente indotto l'assicuratore a riconoscere il periodo d'indennizzo minimo temporale per l'adeguamento dell'attività. Solo a fronte di un'azione giudiziaria tesa alla condanna dell'assicuratore, cosa cui l'assicurata ha esplicitamente rinunciato, sarebbe stato eventualmente possibile confrontare il dire dello specialista scelto dalla CV 1 con quello del curante e procedere a una valutazione giudiziaria del dire dei due esperti. La contestazione della valutazione dello specialista incaricato dalla CV 1 dovrebbe quindi essere soggiacente a una pretesa di versamento di indennità dell'assicurata. L'accertamento di una valutazione non corretta quindi sarebbe il presupposto di un'azione condannatoria dell'assicuratore, cui, come detto, AT 1 ha rinunciato. In concreto poi l'assicurata chiede unicamente una "presa di posizione" a tale esperto, cosa che egli in verità ha già fatto a fronte del rapporto medico del curante. In caso lo specialista ha ritenuto, soggettivamente, capace a livello lavorativo AT 1 dal 1° luglio 2017 e l'assicuratore ha comunque versato, per le ragioni indicate di adattamento e cambiamento del datore di lavoro, le indennità sino a fine settembre 2017. Come indicato quanto l'attrice chiede doveva semmai essere postulato nell'ambito di una richiesta di condanna della CV 1, ciò cui la signora AT 1 ha rinunciato. Una domanda di presa di posizione o ancora di giustificazione del rapporto medico dello specialista, libero professionista incaricato dall'assicuratore, non può essere preteso dalla CV 1, la richiesta è manifestamente inammissibile; · che l'attrice chiede all'esperto una rettifica delle sue valutazioni. Lo specialista ha dato atto delle ragioni che lo hanno condotto alla sua (soggettiva) conclusione. Tali conclusioni possono non essere condivise dall'avente diritto alle prestazioni e possono essere contestate, in ultima analisi come detto davanti al Giudice mediante pareri di altri specialisti che giungano a conclusioni diverse (motivatamente). Ciò può condurre il Giudice a ordinare, in base a giurisprudenza che non occorre qui richiamare, l'allestimento di referti peritali giudiziari per dirimere la controversia. Una simile controversia può nascere solo tra il creditore e il debitore della prestazione oggetto del contratto d'assicurazione. La domanda di rettifica formulata da AT 1 non può qui essere valutata quale azione tesa all'accertamento di una situazione giuridica avente incidenza su una possibile richiesta di condanna dell'assicuratore, la richiesta quindi non è ammissibile come indicato; · che AT 1 chiede anche che CV 1 sia condannata a rimborsare alla Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ le prestazioni versate dalla Cassa disoccupazione a lei stessa. Se un diritto a ottenere un rimborso, una restituzione di prestazioni o un versamento di danaro, sussistesse in favore di \_\_\_\_\_ e a carico della CV 1, questo sindacato potrebbe, semmai, direttamente vantare le pretese processualmente. L'assicurata non vanta qui un diritto soggettivo proprio, scaturente dal contratto, nei confronti della convenuta, essa non è detentrica della pretesa di cui postula la condanna con l'azione in discussione. AT 1 invoca un diritto di terzi in giustizia, senza esserne titolare o cessionaria, come rilevato dall'assicuratore senza contestazione da parte dell'assicurata. La Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ ha avuto contatti con la Pretura di \_\_\_\_\_ ove è pendente una causa che oppone AT 1 al suo datore di lavoro, \_\_\_\_\_ (doc. A9), ne ha avuti con l'assicurata e con il suo legale (avv. \_\_\_\_\_) richiamando l'art. 29 LADI. In tali scritti è cenno all'importo che potrebbe essere soggetto a restituzione alla luce delle conseguenze

dell'azione promossa dall'assicurata contro il suo ex datore di lavoro, non di meno un diritto alla restituzione o al rimborso non appartiene alla qui attrice. Pur comprendendo le perplessità dell'assicurata in merito alla rottura del rapporto di lavoro e le conseguenze che questo ha comportato, non è possibile qui ammettere l'azione tesa a obbligare la convenuta a versare alla Cassa disoccupazione quanto richiesto. La signora AT 1, come detto, non vanta infatti diritti propri scaturenti dal contratto d'assicurazione ma sembra rivendicare un diritto di terzi che, precisa, dovrebbe essere assolto dall'ex datrice di lavoro. AT 1 non dispone della necessaria legittimazione attiva per rivendicare l'obbligo di restituzione e neppure CV 1 pare avere la necessaria legittimazione passiva (come rammenta l'assicurata stessa indicando quale debitore da essa individuato, il suo ex datore di lavoro). Su questo punto la petizione deve essere respinta; · che, analogamente, va considerata la richiesta di condannare CV 1 a formulare la pretesa, nei confronti della ex datrice di lavoro di AT 1, di rimborsare 50 indennità lavorative che l'attrice ritiene indebitamente versate. In questa costellazione AT 1 non solo non ha un interesse giuridico o fattuale degno di protezione ma non è neppure rilevabile una sua legittimazione attiva e neppure una legittimazione passiva dell'assicuratore. La richiesta non può essere ammessa. Se sussistesse un diritto di CV 1 di ottenere dalla ex datrice di lavoro dell'assicurata un diritto alla restituzione di indennità versate alla signora AT 1, tale diritto spetterebbe all'assicuratore, libero di decidere se o meno esercitarlo. La scelta operata, alla luce degli atti, indica che – a fronte della valutazione dello specialista incaricato da CV 1 – l'assicuratore abbia deliberatamente versato all'ex datore di lavoro le indennità per il periodo d'adattamento mentre l'ex datore di lavoro versava lo stipendio all'assicurata che – apparentemente – non ha subito un danno. Nella misura in cui è chiesta la condanna della CV 1 ad avviare una rivendicazione o una procedura giudiziaria per recuperare pretese (che sono oggi comunque prescritte), la domanda dell'assicurata si rivela inammissibile; · che anche le pretese rivendicate dalla \_\_\_\_\_ (che dovrebbe confermare di avere ricevuto il certificato dal medico e, se a conoscenza dell'accordo sul versamento delle indennità, dovrebbe confermare di avere saputo del rifiuto di tale accordo da parte dell'assicurata, così par di capire dall'esposizione doc. III penultima pagina), non può essere ammessa. L'azione è promossa contro la CV 1 e non contro \_\_\_\_\_. Se anche fosse stata incoata un'azione contro quest'ultima società, questo Giudice, per il tenore dell'art. 75 LCAMal (specificato all'assicurata nello scritto del 2 ottobre 2019 del doc. II pagina 3), non sarebbe competente a giudicare il merito, ma soprattutto l'attrice non ha un interesse degno di protezione all'accertamento (se di accertamento si possa parlare alla luce dei termini in cui la petizione è stata formulata) richiesto. Per tale ragione la pretesa dell'assicurata si rivela inammissibile; · che, ritenuto quanto precede e rilevata l'assenza di volontà dell'assicurata di rivendicare nei confronti della convenuta pretese di natura finanziaria (doc. XI p. 1), la petizione inoltrata il 26 settembre 2019 e successivamente completata il 15 ottobre 2019, deve essere respinta nella misura in cui appaia ammissibile. Non si percepiscono tasse e spese e non sono attribuite ripetibili (protestate dall'assicuratore) siccome non sussiste un patrocinio esterno; · che 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 ... poiché, ... 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).” ; · che 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'attrice. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. La petizione è respinta nella misura in cui sia ammissibile. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3. Comunicazione alle parti e, a crescita in giudicato, alla FINMA, Berna (art. 49 cpv. 2 LSA). Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato  
Ranzanici

Il segretario Ivano  
Gianluca Menghetti

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