

# TI\_GERICHTE 36.2020.28 vom 21. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2020.28](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.28)

FR: TI\_GERICHTE 36.2020.28 du 21 décembre 2020

IT: TI\_GERICHTE 36.2020.28 del 21 dicembre 2020

## Erwägungen

### E. 20

ottobre 2015, pubblicata in DTF 141 III 479, il Tribunale federale ha stabilito che il Cantone, che istituisce un tribunale che decide quale istanza cantonale unica sulla base dell'art. 7 CPC, deve sottoporre a quest'ultima tutte le controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie (consid. 2).

Per l'Alta Corte, l'art. 7 CPC non conferisce alcuna possibilità di un trasferimento solo parziale delle competenze attribuite all'istanza unica designata dal diritto cantonale. La norma offre ai Cantoni una sola alternativa: o prevedere un'autorità giudiziaria che statuisce in istanza unica e gli attribuisce tutti i litigi menzionati nel medesimo disposto, oppure rinunciare a questa giurisdizione speciale e confermare il regime ordinario con due istanze cantonali.

In seguito a questa sentenza, il 14 dicembre 2015, Gianrico Corti e cofirmatari hanno inoltrato al Consiglio di Stato del Canton Ticino un'iniziativa parlamentare nella forma generica intitolata "contenzioso in tema di indennità per la perdita di guadagno: un'unica autorità giudiziaria competente per l'intera materia" che chiedeva la modifica dell'art. 75 LCAMal.

Il Governo ha preso posizione sull'iniziativa con Messaggio n. 7199 del 28 giugno 2016 ed ha sviluppato le seguenti considerazioni a proposito delle cause pendenti prima dell'entrata in vigore della modifica:

Art. 75 Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Art. 83d (nuovo) Le procedure pendenti inoltrate dopo il 31 dicembre 2010 sono trasmesse d'ufficio al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

La modifica dell'identità soggettiva del procedimento distingue l'istituto della sostituzione delle parti, rispetto alla mera correzione nella designazione di parte, che non corrisponde ad una sostituzione bensì, per l'appunto, ad una mera correzione nell'indicazione erronea di una parte che resta la medesima, stante la natura puramente redazionale dell'errore. Questa rettificazione è possibile soltanto se può essere escluso qualsiasi rischio di confusione (Trezzini, op. cit., n. 3 ad art. 83, pag. 397).

La legittimazione attiva e passiva, quale presupposto di diritto materiale della pretesa dedotta in giudizio, deve essere esaminata d'ufficio dal giudice, in virtù del principio iura novit curia (Trezzini, op. cit., n. 31 ad art. 66).

2.3. In concreto l'attore è rappresentato da un avvocato.

In presenza di persone assistite da un professionista il giudice deve far prova di riserbo, alla stessa stregua di quanto accade nella procedura ordinaria: sentenza 4A\_477/2018 del 16 luglio 2019 consid. 3.4.1.1; DTF 141 III 569 consid. 2.3.1.

L'attore ha inoltrato una petizione contro CV 1, di cui ha prodotto l'estratto del registro di commercio (doc. B), assicuratore che copre la perdita di salario in caso di malattia per il tramite dell'assicurazione collettiva \_\_\_\_\_ (doc. T1 e doc. 5: art. \_\_\_\_\_ delle condizioni generali di contratto [\_\_\_\_\_]) per l'assicurazione \_\_\_\_\_: l'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia \_\_\_\_\_ ai sensi della legge federale del contratto di assicurazione (LCA, RS 221.229.1) è fornita da CV 1).

Egli ha chiesto la condanna dell'assicuratore per il pagamento della somma di fr. 199'107 a titolo di indennità derivanti dagli eventi infortunistici del 10 agosto 2017 e completamente del 6 ottobre 2017, unitamente agli interessi composti del 5% a partire dal mese successivo del mese interessato all'indennità (doc. I).

L'interessato, come emerso ancora in sede di udienza il 26 novembre 2020, chiede prestazioni derivanti dalla copertura contro la perdita di guadagno in caso di malattia (doc. XXIX: Parte attrice fonda in definitiva la sua richiesta di indennizzo della perdita di guadagno sulla copertura retta dalla LCA di indennità giornaliera che è in essere dal 2012 e retta dalle condizioni assicurative prodotte agli atti in particolare il doc. 5; sottolineatura del redattore).

Certo, l'attore, in sede di udienza, ha genericamente fatto cenno al principio in dubbio contra stipulatorem, con riferimento alla complessità dei contratti assicurativi in essere (doc. XXIX: Parte attrice evidenzia la complessità dell'offerta assicurativa di CV 1 che ha raggruppato i prodotti assicurativi e rende di difficile comprensione già al professionista una piena cognizione del tutto. In questo senso è ribadita la necessità di applicare il principio di un'interpretazione contra stipulatorem).

Tale principio, tuttavia, di norma, si applica laddove l'interpretazione secondo il principio dell'affidamento non permette di stabilire il senso di clausole ambigue, cosicché è necessario interpretarle contro l'assicuratore che le ha redatte (cfr. sentenza 4A\_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.2.2, con rinvii alle DTF 133 III 61, 126 V 499, 124 III 155, 122 III 118, 119 II 368). Affinché tale principio si applichi non è sufficiente che le parti siano in litigio tra di loro circa il significato da dare ad una clausola; è necessario che quest'ultima possa essere compresa in maniera differente (zweideutig) e che sia impossibile eliminare il dubbio creato, in assenza di altri mezzi di interpretazione (sentenza 4A\_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.2.2, con rinvii alle DTF 122 III 118, 118 II 342; 100 II 144).

In concreto l'attore si limita a ritenere complessa l'offerta assicurativa della convenuta, senza tuttavia trarre alcuna conclusione particolare relativamente a tale principio.

Inoltre l'interessato ha convenuto l'assicuratore corretto (CV 1 [cfr. art. \_\_\_\_\_ delle condizioni generali del contratto [\_\_\_\_\_]) e domanda prestazioni derivanti dall'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia (doc. XXIX). Per un'interpretazione contra stipulatorem non vi è pertanto spazio.

Per l'art. 214 cpv. 2 CPC le parti di comune accordo, possono chiedere in ogni tempo al giudice di consentire loro una mediazione.

Secondo l'art. 214 cpv. 3 CPC, la procedura giudiziale rimane sospesa fintanto che una parte non revochi la richiesta di mediazione o fintanto che non venga comunicata la fine della mediazione.

In ambito di assicurazioni complementari alla LAMal non è prevista la procedura di conciliazione (DTF 138 III 558).

Ne segue che le tasse e spese della conciliazione esperita innanzi alla Pretura, del resto non competente, non possono in ogni caso essere addossate all'assicuratore.

nel merito

La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian Von Kaenel, op. cit., pag. 116 seg.).

Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pag. 19-45, in particolare pag. 20).

Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628).

L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sentenza 4A\_92/2020 del 5 agosto 2020, consid.3.1.1; cfr. anche Ivano Ranzanici, Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail, in: Regards croisés sur le droit du travail: Liber Amicorum pour Gabriel Aubert, 2015, pag. 271 e seguenti, in particolare pag. 272-274; sull'aspetto dell'equivalenza cfr. Adrian Von Kaenel, op. cit., pag. 120 segg.; cfr. anche DTF 141 III 112 consid.4.1-4.3). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO).

La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta.

Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali).

2.7. In concreto il datore di lavoro dell'attore e la convenuta hanno sottoscritto una polizza di \_\_\_\_\_ per gli impiegati (doc. 4), tra cui figura l'indennità giornaliera malattia, che prevede la copertura dell'80% del salario AVS dopo un periodo di attesa di 14 giorni (doc. 4).

L'assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia è un'assicurazione complementare ai sensi della LCA (art. \_\_\_\_\_ delle Condizioni generali di contratto [\_\_\_\_\_] per l'assicurazione \_\_\_\_\_ dei dipendenti).

Ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ per l'assicurato, la copertura assicurativa nelle categorie infortunio, indennità giornaliera in caso di malattia, previdenza professionale e responsabilità civile privata finisce con il decesso, oppure quando termina la copertura assicurativa dell'azienda, quando l'assicurato non figura più tra le persone assicurate o quando lascia il servizio del contraente.

Secondo l'art. \_\_\_\_\_ l'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia \_\_\_\_\_ ai sensi della LCA è fornita da CV 1.

Le condizioni assicurative sono disciplinate dalle \_\_\_\_\_ (art. \_\_\_\_\_).

Secondo le \_\_\_\_\_, prodotte in lingua tedesca, ciò che non è stato contestato dall'attore, il diritto alle prestazioni termina dopo l'erogazione di al massimo 730 indennità giornaliere nel corso di 900 giorni (art. \_\_\_\_\_).

Per l'art. \_\_\_\_\_ Nach Erreichung des maximalen Leistungsanspruches endet die Taggeldversicherung (doc. 5).

2.8. Nel caso di specie l'attore chiede il versamento di indennità in relazione con gli eventi del 10 agosto 2017 (doc. Q, notifica dell'11 agosto 2017 secondo cui stavo percorrendo un sentiero di montagna quando sono scivolato), rispettivamente del 6 ottobre 2017 (doc. R, notifica del 9 ottobre 2017: stavo scendendo le scale per andare in cucina e non [sic] ho mancato il secondo scalino cadendo rovinosamente fino in fondo alla scala).

Preliminarmente questo TCA evidenzia che il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, il

#### **E. 24**

settembre 2018, ha indicato la diagnosi di contusioni multiple da caduta accidentale, indicando una durata dell'inabilità lavorativa dal 6 ottobre 2017 all'11 novembre 2017 ed ha risposto sì alla questione di sapere se l'inabilità lavorativa è terminata (doc. U; cfr. anche l'allegato certificato d'infortunio LAINF dove figura un'inabilità lavorativa dello 0% dall'11.11.2017).

Ne segue che, nell'ipotesi più favorevole all'attore, se per i due eventi avesse diritto alle prestazioni rivendicate, egli potrebbe vantare indennità giornaliera al massimo dal 10 agosto 2017 all'11 novembre 2017.

Ciò trova conferma nei numerosi certificati medici redatti dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia osteo-articolare, in seguito agli infortuni sopraggiunti dal 1° dicembre 2017 (e non oggetto della petizione [cfr. doc. I; petitem]), dove non figurano diagnosi per fatti antecedenti a tale data.

Il 22 dicembre 2017 (doc. AG) ed il 19 gennaio 2018 (doc. AH), lo specialista ha infatti posto la diagnosi di importante ematoma femoromediale, dorso laterale distale e polpaccio laterale gamba sinistra dopo caduta con trauma diretto il 01.12.17 e lesione parziale del tendine del bicipite femorale alla sua inserzione superiore e del semitendinoso distale

femore sinistro, indicando tra l'altro che l'attore non ha diminuito l'attività lavorativa (doc. AG).

Il 15 ottobre 2018 lo stesso specialista, dopo un infortunio alla spalla destra, ha posto la diagnosi di sospetta lesione cuffia rotatoria l'11.10.18, lesione parziale del legamento collaterale mediale ginocchio destro e contusione spalla destra con distorsione cuffia rotatoria il 23.02.18 oltre alle due precedenti diagnosi, senza indicare alcunché circa eventuali postumi di accadimenti anteriori (doc. AI).

Inoltre il 14 febbraio 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato che l'interessato è attualmente abile al lavoro nella misura del 100%, che viene rivalutata ad inizio marzo 2019 per un periodo di prova al 50% (doc. AM).

Non possono invece essere d'aiuto all'attore i vari certificati (segnatamente del 9 gennaio 2018, dell'8 agosto 2018 e del 28 agosto 2018) del dr. med. \_\_\_\_\_ che indica la presenza di un'incapacità lavorativa del 100% anche dal 15 luglio 2016 o dal 4 maggio 2017, giacché concernono le diagnosi di esaurimento psico-fisico (dal 4.5.2017) o di motivi famigliari (dal 15.07.2016) e di stato di contusioni multiple (oltre che del 6.10.2017 anche del 23.2.18), non oggetto della petizione, così come i certificati dove il medesimo curante, genericamente, indica una totale incapacità al lavoro (plico doc. AE), non trattandosi di incapacità relative agli eventi litigiosi.

L'oggetto del contendere, alla luce del petitum (doc. I), è pertanto limitato alla questione di sapere se l'attore può chiedere indennità per malattia dal 10 agosto 2017 all'11 novembre 2017.

2.9. La convenuta nega che l'interessato possa ancora rivendicare prestazioni derivanti da una malattia poiché ha già erogato all'attore indennità per 730 giorni e lo ha di conseguenza escluso dall'assicurazione collettiva contro la perdita di guadagno in caso di malattia, conformemente a quanto previsto dall'art. \_\_\_\_\_.

A questo proposito la dottrina (C. Häberli, D. Husmann, in: Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, pag. 110-111, n. 357-359), rammenta che nei contratti collettivi d'assicurazione, siano essi soggetti alla LAMal o alla LCA, le condizioni generali d'assicurazione prevedono, sovente, che per il singolo assicurato la copertura assicurativa termina con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni (in tedesco viene definita come Aussteuerung).

Contrariamente a quanto accade con i contratti individuali, la fine del diritto alle prestazioni per un singolo assicurato non pone termine all'intero contratto. Quest'ultimo continua ad essere valido tra l'assicuratore ed il datore di lavoro, ossia il prenditore d'assicurazione, e di conseguenza pure per le altre persone assicurate per il tramite dell'assicurazione collettiva.

Per il singolo assicurato che ha esaurito il diritto alle prestazioni, la conseguenza è invece uguale a quella di una risoluzione del contratto. Egli rimane senza alcuna copertura assicurativa per le ulteriori malattie, anche se il contratto tra l'assicuratore ed il datore di lavoro resta in vigore. Anche nell'ambito della LAMal, l'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che questo sistema è imperativo, con la riserva del mantenimento della copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal; cfr. sentenza 9C\_790/2018 del 9 aprile 2019, consid. 3.1 e rinvio alla DTF 125 V 106, consid. 4).

La medesima dottrina evidenzia come la cessazione della copertura assicurativa per l'esaurimento delle prestazioni è problematica, giacché il diritto del lavoro non conosce tale regola e se un lavoratore, per esempio, continua ad esercitare l'attività con un grado d'incapacità lavorativa ridotta non è più assicurato per la capacità lavorativa residua ma il datore di lavoro continua ad essere obbligato a versare il salario secondo le condizioni di cui all'art. 324a cpv. 2 CO.

2.11. In concreto le condizioni supplementari \_\_\_\_\_ (doc. 6) sono chiare.

L'art. \_\_\_\_\_ prevede inequivocabilmente che il diritto alle prestazioni si esaurisce con l'erogazione di al massimo 730 indennità giornaliere nell'arco di 900 giorni consecutivi e che l'assicurazione contro la perdita di guadagno termina al raggiungimento del diritto massimo delle prestazioni (cfr. consid. 2.7 e doc. 5 e 6: 1 Der Leistungsanspruch endet nach dem Bezug von maximal 730 Taggeldern im Verlaufe von 900 aufeinander-folgenden Kalendertagen. 2 Nach Erreichung des maximalen Leistungsanspruches endet die Taggeldversicherung).

Ciò indipendentemente dalla questione di sapere se tra i diversi eventi vi è un nesso causale o meno.

Nel caso di specie l'interessato ha già beneficiato del massimo delle prestazioni per il periodo dal 3 luglio 2012 al 2 luglio 2014 ed è stato avvisato dell'esclusione dall'assicurazione collettiva con lettere del 23 gennaio 2015 (doc. 8) e del 7 novembre 2016 (doc. 9), alle quali sono stati allegati i conteggi finali.

CV 1 con scritto del 23 gennaio 2015 al datore di lavoro, con copia all'attore, ha infatti affermato:

Il 7 novembre 2016 l'assicuratore ha ribadito:

Accertato che nel caso di specie l'attore ha già beneficiato del massimo delle prestazioni pattuite e che non sostiene, né emerge dagli atti, che è passato nell'assicurazione individuale in seguito all'estromissione dall'assicurazione collettiva, a giusta ragione l'assicuratore si è rifiutato di versare ulteriori indennità.

Quanto alla circostanza, peraltro non sollevata dall'attore, che nel 2016 (doc. BA), contrariamente all'anno 2017 (doc. 7), il conteggio del premio dell'assicurazione globale trasmesso al datore di lavoro prevedeva, anche per il dipendente AT 1, l'assicurazione \_\_\_\_\_ che la convenuta afferma essere quella in oggetto (cfr. XXI), va rilevato come dall'ammontare dei premi non si può concludere che l'interessato continuasse ad essere coperto dall'assicurazione perdita di guadagno in caso di malattia. L'art. \_\_\_\_\_ delle condizioni particolari di \_\_\_\_\_ prevede infatti la fine automatica della copertura, senza necessità di disdetta (cfr. sentenza 9C\_790/2018 del 9 aprile 2019, consid. 3.4.4: [ ] Schliesslich erweist sich der Einwand in der Beschwerde als unbehelflich, die Beschwerdegegnerin habe trotz angeblicher Teilaussteuerung weiterhin die vollen Prämien kassiert. Aus der Höhe der bezahlten Prämien kann nicht auf den Umfang des Versicherungsschutzes geschlossen werden. Die teilweise Aussteuerung tritt auf Grund von Art. 72 KVG von Gesetzes wegen ein und weder das KVG noch die AVB des Versicherers sehen einen Anspruch auf reduzierte Prämien infolge einer Teilaussteuerung vor).

Per cui non essendo più coperto contro la perdita di guadagno in caso di malattia l'attore non può chiedere alcunché alla convenuta.

Ne segue che la petizione va respinta.

2.12. Per comprovare le sue tesi, l'interessato ha chiesto, tra l'altro, l'audizione del dr. med. \_\_\_\_\_, affinché possa spiegare meglio il problema di salute e le conseguenze psicofisiche, ritenuto come egli abbia seguito sin dall'inizio il paziente ed abbia potuto certificare i diversi nessi, del dr. med. \_\_\_\_\_, che ha seguito l'attore sin dal 2017, di \_\_\_\_\_, genero e sostituto dell'attore nell'azienda per la quale lavora, di \_\_\_\_\_, chiamato per i lavori più pesanti che faceva l'attore, di \_\_\_\_\_, adibito a rimettere in sesto la parte contabile/amministrativa, che potranno confermare di aver svolto in tutti questi tempi le mansioni dell'attore in ragione della documentata inabilità di quest'ultimo. Egli domanda inoltre di sentire la signora \_\_\_\_\_ di CV 1 che ha seguito il caso e potrà meglio illustrare l'argomento della colpa dell'attore e della signora \_\_\_\_\_ in merito alle ragioni per le quali l'assicuratore LAINF CV 1 non abbia emanato formalmente una decisione ma si sia limitato ad una comunicazione quale il doc. G (doc. I e XXIX).

Questo TCA ha già spiegato al consid. 2.3 il motivo per il quale l'audizione o l'interpello della signora \_\_\_\_\_ nel caso di specie è inutile.

Anche le altre prove chieste dall'attore, alla luce della reiezione della petizione a motivo che quest'ultimo non ha diritto ad ulteriori indennità per malattia poiché ha esaurito le prestazioni, non hanno alcuna rilevanza.

Del resto, per quanto concerne il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_, questo Tribunale, al consid. 2.8, ha già avuto modo di rilevare che il curante, per i due eventi in discussione ha attestato un'incapacità di lavoro unicamente per il periodo dal 10 agosto 2017 all'11 novembre 2017 ed il dr. med. \_\_\_\_\_, nei numerosi referti emessi dal mese di dicembre 2017, non ha certificato alcuna incapacità lavorativa in relazione ai citati accadimenti. Per cui, una loro testimonianza, rispettivamente un loro interpello volto ad accertare ulteriori incapacità lavorative non apporterebbe alcunché, poiché non potrebbero che confermare quanto già inequivocabilmente attestato. Per lo stesso motivo non è necessario allestire una perizia come invece accennato dall'attore nella propria petizione.

Quanto alle testimonianze di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ che dovrebbe confermare di aver svolto le mansioni dell'attore in ragione della sua incapacità lavorativa, va evidenziato come per il periodo litigioso (10 agosto 2017 ■ 11 novembre 2017), l'inabilità lavorativa è già stata attestata dal medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ed una conferma da parte loro, che non sono medici, non apporterebbe alcun elemento supplementare alla tesi dell'interessato.

Infine, per quanto concerne la testimonianza della signora \_\_\_\_\_ di CV 1 che ha seguito il caso e potrà meglio illustrare l'argomento della colpa dell'attore, considerato come nella presente procedura possono essere chieste unicamente prestazioni per perdita di guadagno in caso di malattia (cfr. consid. 2.1-2.3), una sua testimonianza relativa alla circostanza per la quale gli eventi in esame non sono stati qualificati di infortunio non ha alcuna rilevanza.

Va qui 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).

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

All'assicuratore, rappresentato da un avvocato esterno, 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 36.2020.24 del 17 agosto 2020; sentenza 36.2019.89 del 13 novembre 2019; sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018; sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018), calcolate conformemente a quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili del 19 dicembre 2007 (RL 178.310).

2.14. 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.

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