

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2014.80

26 maggio 2015

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 29 settembre 2014 di

AT 1

rappr. da: RA 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

1.1. Assicurato nel 2013 presso CV 1 con la copertura complementare contro gli infortuni _____ (doc. A1), il 15 giugno 2013 AT 1, 1957, è rimasto schiacciato fra le porte di un ascensore, riportando la lussazione degli arti superiori e una conseguente incapacità lavorativa del 100%.

1.2. Con scritto del 25 marzo 2014 (doc. A5) l'assicuratore malattia ha

informato l'interessato che la risonanza magnetica del 5 agosto 2013 non ha rivelato nessuna nuova lesione, a parte delle affezioni degenerative correlate all'evento del 22 luglio 2008 in cui l'interessato ha avuto una crisi epilettica inaugurale con frattura sottocapitale bilaterale dell'omero, che l'allora Cassa malati _____ ha assunto a titolo di malattia.

Sentito il suo medico fiduciario (doc. 4j), CV 1 ha affermato che l'incapacità lavorativa non aveva più nessun nesso di causalità con la lesione subita il 15 giugno 2013, perciò avrebbe versato delle indennità giornaliere solo fino al 19 agosto 2013.

L'assicuratore ha inoltre informato l'interessato che la Cassa malati _____ ha assunto il caso del 22 luglio 2008 quale malattia, mentre la copertura attuale _____ interviene soltanto in caso di infortunio. Pertanto, anche se l'incapacità lavorativa attuale fosse legata alle lesioni subite nel luglio 2008, CV 1 non può versargli delle indennità giornaliere dal 20 agosto 2013.

- 1.3. Nei successivi scambi di corrispondenza fra l'avv. RA 1 in rappresentanza di AT 1 e l'assicuratore malattia (docc. A6-A9), l'assicurato ha sostenuto che tanto l'evento del 2008 quanto quello del 2013 dovevano essere considerati come un infortunio, perciò l'assicuratore malattia doveva riconoscere i casi sulla base della copertura complementare _____.

Secondo CV 1, invece, anche qualora l'evento del 2008 avesse dovuto essere considerato come infortunio, tuttavia la RM del 5 agosto 2013 non ha rivelato alcuna lesione, eccetto delle affezioni degenerative. Pertanto, lo status quo ante/sine è stato fissato al 19 agosto 2013 e nessuna prestazione verrà concessa dopo questa data.

- 1.4. Con petizione del 29 settembre 2014 (doc. I) AT 1, sempre patrocinato dall'avv. RA 1, ha postulato il riconoscimento sia di un capitale di invalidità di Fr. 200'000.-, oltre interessi del 5% dal 1° febbraio 2014, sia delle indennità giornaliere di Fr. 4'010.- per il periodo dal 20 agosto 2013 al 25 settembre 2014, oltre interessi del 5% dal 25 settembre 2014.

Secondo l'attore, l'infortunio subito il 15 giugno 2013 avrebbe avuto quale conseguenza una grave lussazione agli arti superiori che, nonostante la cura terapeutica, darebbe continui e intensi dolori e lo limiterebbe fortemente nell'uso delle braccia; un intervento chirurgico non muterebbe tale stato ed egli sarebbe tuttora inabile al lavoro.

A mente dell'attore, anche il precedente evento del 22 luglio 2008, che gli aveva cagionato lesioni alle spalle, doveva essere considerato quale infortunio e dunque le sue conseguenze erano coperte dall'attuale polizza, così come per il secondo infortunio. Per questo motivo, d'avviso di parte attrice, l'assicuratore convenuto non avrebbe diritto di rifiutare la copertura delle conseguenze dell'infortunio del 15 giugno 2013 con il pretesto che detto evento non avrebbe comportato nuove lesioni oltre a quelle ritenute nel 2008.

Pertanto, sia che il nuovo infortunio abbia cagionato nuove lesioni sia che abbia peggiorato uno stato di salute già pregiudicato a seguito dell'evento del 2008, per l'attore il nuovo infortunio del 15 giugno 2013 dovrebbe essere coperto da CV 1 rispettivamente lo

dovrebbero essere i due infortuni eventualmente correlati. In entrambi gli eventi, egli avrebbe riportato delle lussazioni alle articolazioni delle spalle con conseguente invalidità ai sensi dell'art. 11.1 delle CSA. Il grado di invalidità da riconoscere all'attore sarebbe perciò del 70% e quindi l'attore avrebbe diritto al versamento di un capitale di Fr. 200'000.- oltre interessi, applicando la variante progressiva. Per gli stessi motivi dovrebbe essergli riconosciuta l'indennità giornaliera di Fr. 10.- per l'incapacità lavorativa, che invece gli è stata versata solo fino al 19 agosto 2013. Dal 20 agosto 2013 al 25 settembre 2014 gli sarebbe dunque dovuta la somma di Fr. 4'010.- (Fr. 10.- x 401 giorni).

- 1.5. Nella sua risposta del 13 novembre 2014 (doc. V) CV 1 ha proposto di respingere la petizione mediante considerazioni di cui si dirà in seguito. In sostanza, l'assicuratore malattia ha affermato che un'eventuale invalidità fisica permanente alla spalla sinistra a seguito dell'incidente del 15 giugno 2013, così come richiesto dalle CSA della copertura in oggetto, non sarebbe stata provata e, peraltro, apparirebbe poco probabile sulla scorta dei certificati medici prodotti. Quanto alla pretesa delle indennità giornaliere, l'esame RM della spalla sinistra non avrebbe rilevato nessuna nuova lesione, per cui il nesso di causalità tra l'incapacità lavorativa e l'incidente del giugno 2013 andrebbe negato.
- 1.6. Il 19 novembre 2014 (doc. VII) l'attore ha contestato che l'evento del 2013 non sarebbe una conseguenza dell'infortunio del 2008 siccome sarebbe perento in applicazione dell'art. 8 CGA di _____. A suo dire, egli avrebbe ancora il diritto di fare valere anche le pretese derivanti dal primo infortunio, in quanto si tratta di un infortunio che ha avuto entro 5 anni quale conseguenza un'invalidità presunta permanente. Inoltre, le conseguenze del secondo infortunio dovrebbero essere apprezzate anche in funzione del primo infortunio, (prima _____ poi CV 1).
- 1.7. Nella sua presa di posizione del 22 dicembre 2014 (doc. XIbis) l'assicuratore malattia convenuto ha evidenziato che in virtù del predetto art. 8 CGA di _____ applicabile all'evento del 2008, il fatto su cui si fonda l'obbligazione si sarebbe dovuto produrre ed essere attestato da un medico al più tardi entro 5 anni dall'infortunio, quindi entro il 22 luglio 2013. Inoltre, ritenuto che a seguito di questo evento l'attore ha beneficiato di cure e terapie (solo) fino al 30 marzo 2009, da quel giorno la situazione della spalla sinistra era diventata stabile, non poteva più essere migliorata e da allora decorreva il termine di prescrizione di 2 anni dell'art. 46 LCA. Per di più, nessun medico ha accertato entro il termine di 5 anni un'eventuale invalidità fisica permanente, nonostante ciò fosse una condizione per ottenere il capitale di invalidità. Detta pretesa è quindi prescritta.
- 1.8. Parte attrice ha puntualizzato che ora l'assicuratore malattia riconosce che l'infortunio del 22 luglio 2008 abbia avuto delle conseguenze invalidanti e che la data del 1° aprile 2009 di raggiungimento dello stato invalidante e il dies a quo dell'art. 46 LCA sarebbero una mera supposizione, visto che solo una perizia medica giudiziaria sarà in grado di accertare l'inizio dello stato invalidante e

se le affezioni attuali siano da considerarsi nuove lesioni o peggioramento dei disturbi del 2008 (doc. XV).

L'assicuratore convenuto ha contestato di avere riconosciuto le conseguenze invalidanti degli infortuni del 22 luglio 2008 e del 15 giugno 2013 e ha rinviato ai suoi scritti (doc. XVII).

Il 30 marzo 2015 (doc. XIX) il TCA ha richiamato l'intera documentazione attinente all'evento del 2008 (doc. XX) e l'attore ha osservato al riguardo, il 30 aprile 2015 (doc. XXII), come potrebbe essere utile richiamare dagli istituti di cura e dai medici i rapporti e gli esami effettuati a seguito dell'evento del 22 luglio 2008, riprodotti solo in parte dall'assicuratore malattia.

considerato

in diritto

2.1. Oggetto del contendere sono le pretese di parte attrice di condannare l'assicuratore malattia a riconoscerle d'un canto la somma di Fr. 200'000.- a titolo di capitale di invalidità a seguito dell'evento del 15 giugno 2013; d'altro canto, l'indennità giornaliera di Fr. 10.- anche dopo il 19 agosto 2013 e fino al giorno della petizione, per un totale di Fr. 4'010.-.

A questi importi si aggiungono gli interessi di mora del 5%.

2.2. La polizza assicurativa n. _____ dell'attore vigente nel 2013 comprendeva la copertura complementare _____, ossia un'assicurazione individuale contro gli infortuni per adulti e bambini, con le seguenti prestazioni di assicurazione: in caso di decesso Fr. 20'000.-, in caso di invalidità Fr. 100'000.-, indennità giornaliera in caso di incapacità lavorativa ammontante a Fr. 10.- con un termine di attesa di 30 giorni, indennità giornaliera di Fr. 30.- in caso di soggiorno ospedaliero e copertura per spese mediche senza limite di durata e senza franchigia (doc. A1).

Le Condizioni Speciali per l'Assicurazione individuale contro gli infortuni _____, edizione 08.07, modificate il 1° gennaio 2012 (doc. A2), definiscono all'art. 5 i rischi assicurati e all'art. 6 l'infortunio, includendo una lista esaustiva di lesioni corporali parificate all'infortunio, fra cui vi sono le lussazioni di articolazioni, anche se non sono dovute a un fattore esterno straordinario e se non sono chiaramente imputabili a malattia.

L'art. 7.2 CSA esclude dall'assicurazione le conseguenze di infortuni sopraggiunti prima dell'entrata in vigore del contratto.

L'art. 11 CSA regola il caso di invalidità e prevede all'art. 11.1 che se l'evento infortunistico ha come conseguenza un danno importante e duraturo all'integrità fisica, mentale o psichica dell'assicurato, CV 1 verserà, in caso di invalidità totale, un capitale corrispondente all'importo totale della somma assicurata e, in caso di invalidità parziale, un capitale ridotto all'importo corrispondente al grado di invalidità. Qualora lo stesso evento infortunistico dia diritto, simultaneamente, a delle prestazioni sulla base della LAINF, il tasso di invalidità medico-teorica fissato dall'assicuratore LAINF in

applicazione dell'art. 24 LAINF si applica per analogia nella determinazione del danno all'integrità fisica, mentale o psichica. Negli altri casi, l'invalidità medico-teorica si determina conformemente all'art. 11.2 CSA.

L'art. 11.2 CSA regola il calcolo e l'esigibilità del capitale in caso di invalidità. Per la valutazione del grado di invalidità sono applicabili i seguenti principi:

- 11.2.1 *sono considerati casi di invalidità totale la perdita o l'impotenza funzionale completa delle due gambe o dei due piedi, delle due braccia o delle due mani, come pure la perdita o l'impotenza funzionale completa di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la cecità totale, la paralisi totale, i disturbi della psiche incurabili tali da escludere qualsiasi attività professionale;*
- 11.2.2 *in caso di invalidità parziale, il grado di invalidità è determinato dalle percentuali delle invalidità totali seguenti: perdita o impotenza funzionale completa, per quanto attiene al caso in esame, di:*
- *Un braccio al gomito o al di sopra 70%*
- 11.2.3 *in caso di perdita o d'impotenza funzionale parziale, il grado di invalidità corrispondente è ridotto proporzionalmente*
- 11.2.5 *nei casi non elencati, il grado d'invalidità sarà determinato dal medico, tenuto conto delle succitate percentuali*
- 11.2.6 *quando alcune parti del corpo lese dall'infortunio erano già mutilate o affette da un'impotenza funzionale completa o parziale, ne sarà tenuto conto al momento della determinazione dell'invalidità assicurata, mediante la deduzione del grado d'invalidità preesistente, calcolato secondo i principi precitati*
- 11.2.7 *il capitale invalidità è determinato secondo la tabella esposta tenendo conto della variante I (invalidità progressiva) per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 65 anni al momento dell'infortunio oppure della variante II (invalidità proporzionale) per gli assicurati di più di 65 anni al momento dell'infortunio*

Per quanto concerne il diritto all'indennità giornaliera in caso di incapacità lavorativa, l'art. 12.1 CSA prevede che in caso di incapacità lavorativa totale temporanea, CV 1 versa per ogni giorno dell'anno l'indennità giornaliera convenuta durante la durata dell'incapacità lavorativa attestata medicalmente.

In caso di incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è ridotta di un importo corrispondente al grado della capacità lavorativa (art. 12.2 CSA).

Giusta l'art. 12.3 CSA, nessuna prestazione viene versata per il giorno dell'infortunio. Un termine d'attesa convenuto inizia il giorno in cui l'incapacità lavorativa è stata constatata medicalmente, ma al più presto il giorno susseguente l'infortunio.

Secondo l'art. 12.4 CSA, la durata del diritto alle prestazioni è di al massimo 720 giorni nei 5 anni a decorrere dal giorno dell'infortunio. Per il calcolo del termine di attesa, i giorni di incapacità lavorativa totale o parziale vengono contati come giorni interi e non sono dedotti dalla durata delle prestazioni.

2.3. L'attore reclama dal suo assicuratore malattia il riconoscimento di prestazioni derivanti dall'evento del 15 giugno 2013 che, a suo dire, deve essere qualificato come infortunio.
In tal caso, egli avrebbe diritto, vista la conseguente invalidità ai sensi dell'art. 11.1 CSA che ne sarebbe derivata e al grado di invalidità di almeno il 70% secondo l'art. 11.2 CSA, al versamento di un capitale di invalidità di Fr. 200'000.- applicando la variante I della tabella all'art. 11.2.7 CSA, oltre ad un'indennità giornaliera di Fr. 10.- per l'incapacità lavorativa presente dal 20 agosto 2013 al 25 settembre 2014.

Secondo il TCA, le pretese dell'attore sono infondate per i motivi che seguono.

2.4. Come indicato, l'art. 6.1 CSA definisce l'infortunio come qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

Tale definizione è identica a quella prevista dall'art. 4 LPGA, da cui risulta che cinque sono dunque gli elementi costitutivi dell'infortunio:

- l'involontarietà
- la repentinità
- il danno alla salute (fisica o psichica)
- un fattore causale esterno
- la straordinarietà di tale fattore

Scopo della definizione è di tracciare un chiaro confine tra infortunio e malattia. Sul tema si vedano inoltre le puntualizzazioni di ALDO BORELLA in "La giurisprudenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni sulla nozione di infortunio", Temi scelti di diritto delle Assicurazioni sociali, pubblicato dalla CFPG edito da Helbing & Lichtenhahn, 2006 e GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance - accidents, Lausanne 1992, pagg. 44-51.

Inoltre, l'art. 6.2 CSA definisce esattamente come l'art. 9 cpv. 2 OAINF le lesioni corporali parificabili ai postumi di infortunio.

In concreto occorre verificare se il danno alla spalla sinistra dell'attore sia riconducibile all'incidente del 15 giugno 2013.

2.5. Il diritto a prestazioni a dipendenza di un infortunio presuppone però in primo luogo l'esistenza di un *nesso di causalità naturale* tra l'evento infortunistico ed il danno alla salute.
Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora sia lecito ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare del tutto o comunque non nel modo in cui si è prodotto. Non occorre, viceversa, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione *sine qua non* del danno.
È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno

alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice, fondandosi essenzialmente su indicazioni di natura medica, si determinano secondo il principio della probabilità preponderante applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali. Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sembri possibile, ma essa non possa essere reputata probabile in concreto, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato deve essere negato (STF 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011, consid. 4.1; DTF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b).

2.6. Inoltre, secondo la costante giurisprudenza federale (cfr., fra le ultime, citata STF 8C_790/2010, consid. 4.2), se uno stato patologico preesistente è aggravato oppure si manifesta in seguito ad un infortunio, l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni di corrispondere le prestazioni decade se l'evento non costituisce più la causa naturale (e adeguata) del danno, ossia se quest'ultimo è da ricondurre soltanto ed esclusivamente a fattori extra-infortunistici. Ciò si verifica in particolare con il ripristino dello stato di salute esistente immediatamente prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure con il raggiungimento di quello stato che, prima o poi, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe intervenuto anche senza l'infortunio (*status quo sine*; cfr. RAMI 1994 n. U 206 pag. 329 [U 180/93]; 1992 n. U 142 pag. 75 consid. 4b e riferimenti [U 61/91]). L'estinzione del nesso di causalità deve essere stabilita con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali. Per contro, la semplice possibilità che l'evento non espliciti più effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto a prestazioni, l'onere della prova non incombe all'assicurato, bensì all'assicuratore (RAMI 2000 n. U 363 pag. 46 consid. 2 [U 355/98]; 1994 n. U 206 pag. 329 [U 180/93]; 1992 n. U 142 pag. 76 consid. 4b [U 61/91]), che deve provare che le cause riconducibili all'infortunio non esplicano più effetti, non anche l'esistenza di un motivo estraneo all'incidente (RAMI 1994 n. U 206 pag. 328 consid. 3b [U 180/93]).

2.7. Il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un *nesso di causalità adeguata* tra l'infortunio ed il danno alla salute che ne deriva (citata STF 8C_790/2010, consid. 7.1).

Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché la sua realizzazione appaia in linea generale propiziata dall'avvenimento (DTF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a).

In presenza di un danno alla salute fisica la questione della causalità adeguata praticamente non si pone, ossia il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso dal momento in cui è accertata la causalità naturale (DTF 127 V 102 consid. 5b/bb pag. 103), in quanto l'assicuratore risponde anche in caso di complicazioni particolarmente singolari e gravi che, secondo l'esperienza medica, non si producono abitualmente (DTF 118 V 286 consid. 3a). Inoltre, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito

della causalità adeguata (DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a). È per contro quindi essenzialmente in presenza di un'affezione psichica che la causalità adeguata riveste un ruolo importante (DTF 115 V 140 consid. 6c/aa e 409 consid. 5c/aa, DTF 117 V 367 consid. 6a) e la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima.

2.8. Nell'estate 2013 (doc. 4a) AT 1 ha notificato al suo assicuratore malattia di avere subito un infortunio il 15 giugno 2013 rimanendo incastrato tra le porte di un ascensore, evento che, egli ha indicato, ha comportato la "rottura" della spalla sinistra, una visita al pronto soccorso due giorni dopo per dei dolori (doc. 4b) e un'inabilità lavorativa del 100%.

Secondo l'attore, stante l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento e il danno alla salute lamentato, sarebbe quindi indubbio che si tratti di un infortunio che deve essere preso a carico dall'assicuratore convenuto. Egli avrebbe così diritto al riconoscimento sia di un'indennità in capitale di invalidità quantificata in Fr. 200'000.- visto il grado di invalidità di almeno il 70% applicabile all'arto superiore, sia di indennità giornaliera di Fr. 10.- a causa della sua incapacità lavorativa.

D'avviso dell'assicuratore malattia, invece, non vi sarebbe un nesso di causalità fra i problemi lamentati dall'attore alla spalla sinistra e l'evento del 15 giugno 2013, che quindi non può essere preso a carico e dunque CV 1 non deve (più) versare delle indennità giornaliera per incapacità di lavoro.

Men che meno l'assicuratore dovrebbe riconoscere un capitale di invalidità, visto che lo stato di salute dell'attore è paragonabile a quello esistente immediatamente prima dell'infortunio del 2013 e nessun medico ha attestato un'impotenza funzionale della spalla sinistra.

A mente dell'assicuratore convenuto, inoltre, la determinazione del capitale di Fr. 200'000.- pretesa da controparte sarebbe pure errata. A suo dire, infatti, se la perdita o l'impotenza funzionale del braccio fosse totale, allora l'interessato avrebbe diritto al capitale corrispondente ad un grado di invalidità del 70% secondo la variante I della tabella all'art. 11.2.7 CSA. In caso di perdita o impotenza funzionale parziale, il grado di invalidità è ridotto. Perciò, qualora una perizia medica attestasse per esempio un'impotenza funzionale del 30%, a questo grado di invalidità si dovrebbe ancora applicare la percentuale del 70%, riducendo così proporzionalmente il grado di invalidità corrispondente. In tale ipotesi, ha osservato l'assicuratore malattia, il capitale di invalidità sarebbe pari al 21% (30% x 70%) del capitale assicurato di Fr. 100'000.- e quindi ammonterebbe a Fr. 21'000.-.

Il convenuto ha poi attirato l'attenzione sull'art. 11.2.6 CSA, visto che, a suo dire, la spalla dell'attore era già affetta da una precedente impotenza funzionale parziale.

2.9. Per potersi determinare sull'esistenza e sull'estinzione di un rapporto di causalità naturale, il Tribunale deve ricorrere, in ambito medico, alle indicazioni del personale sanitario specializzato (citata

STF 8C_790/2010, consid. 6; DTF 129 V 177 consid. 3.1).

Il 17 giugno 2013 (doc. 4b) l'attore si è recato all'Ospedale _____ di _____ per dei dolori alla spalla sinistra.

Nell'anamnesi si legge che il paziente era noto per una frattura sottocapitale dell'omero sia a sinistra che a destra con lussazione posteriore e frattura della testa omerale nel 2008 e che in quell'occasione lamentava limitazione su algia dopo che due giorni prima la spalla sinistra era rimasta contusa fra le porte di un ascensore. Lo status descrive una spalla sinistra non deformata, dolorante alla palpazione, alla flessione-estensione e all'abduzione. La sensibilità e la perfusione erano conservate.

Dalla radiografia alla spalla non erano visibili fratture e v'era la presenza di aree di ossificazione eterotopica (doc. 4i). La diagnosi conclusiva era di contusione alla spalla sinistra.

Il referto del 5 agosto 2013 (doc. 1) dell'artro-RM della spalla sinistra eseguita il 30 luglio 2013 dalla dr.ssa med. _____ presso il Servizio di radiologia diagnostica e interventistica dell'Ospedale _____ di _____, specifica che è stato effettuato uno studio RM della spalla sinistra con mezzo di contrasto paramagnetico sotto guida fluoroscopica.

Dall'esame sono emersi esiti di frattura pluriframmentaria della testa omerale, consolidata, con vistosa deformazione della superficie articolare e segni di condropatia gleno-omerale. Distacco osseo della glenoide in sede posteriore, verosimile esito delle pregresse lussazioni posteriori, tipo Bankart osseo inverso. Presenza di calcificazioni grossolane in sede intraarticolare, sia anteriore che posteriore. Verosimili esiti di lacerazione capsulare posteriore, con stravasamento del mezzo di contrasto tra i ventri muscolari del setto spinato e del piccolo rotondo. Integrità della cuffia dei rotatori, con segni di tendinosi di limitata entità a livello del sovraspinato e assottigliamento del tendine del sottoscapolare, soprattutto nel suo capo superiore. Imbibizione edematosa del ventre muscolare del sovraspinato, in sede miotendinea, in assenza di lacerazioni evidenti, su possibile sovraccarico. Iniziale ipotrofia del ventre muscolare del sovraspinato. Regolare trofismo dei restanti ventri muscolari.

Nell'ambito degli accertamenti medici messi in atto da CV 1 per chiarire un'eventuale sua presa a carico di questo evento, l'8 novembre 2013 (doc. 4e) il dr. med. _____, FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia attivo presso l'Ospedale _____ di _____, ha risposto ad una serie di quesiti sottopostigli dall'assicuratore convenuto.

In particolare, lo specialista ha affermato che il paziente lamentava dei dolori alla spalla sinistra presenti in maniera più o meno costante e delle difficoltà con le attività della vita quotidiana e importanti dolori notturni; l'articolazione era limitata. Alla domanda n. 5 se vi sono delle circostanze senza rapporto con l'infortunio che assumono un ruolo nell'evoluzione del caso, il chirurgo ha risposto di sì, visto che il paziente era stato vittima di una frattura dell'omero prossimale nel passato e a quel momento soffriva di esiti di mal unione e necrosi avascolari. Era inoltre previsto un trattamento medico della durata di altri 6-12 mesi per i postumi dell'infortunio (domande nn. 6 e 9) e

probabilmente sarebbe stato necessario un intervento di artroplastica alla spalla (domanda n. 7). Dal profilo radiologico sono stati constatati esiti di frattura dell'omero prossimale sinistro con mal unione e probabile necrosi avascolare. Questi disturbi causavano un'incapacità lavorativa del 100% (domande n. 11 e n. 12).

Il dottor _____ ha nuovamente visitato l'interessato il 9 gennaio 2014 e in pari data (doc. A3) ha reso un referto medico con cui ha anche risposto a delle domande sottopostegli dall'avv. RA 1. Il chirurgo ortopedico ha affermato che il paziente soffriva di esiti di una frattura dell'omero prossimale sinistro che si era procurato nel 2008 con peggioramento della situazione in seguito ad un trauma da schiacciamento subito il 15 giugno 2013. A quel momento la situazione era stabile e i dolori sopportabili, perciò era stata adottata un'attitudine conservativa con fisioterapia e antalgici. Nel caso in cui la situazione fosse peggiorata, sarebbe stato necessario un intervento di artroplastica con protesi della spalla che avrebbe lenito i dolori, ma la forza e l'articolarietà sarebbero risultate alquanto limitate. Inoltre, non sarebbero state possibili attività pesanti, né lavorare a lungo con le mani al di sopra o a livello dell'orizzontale e neppure sollevare pesi superiori ai 10 kg.

Lo stesso specialista ha rivisto l'attore l'11 marzo 2014 e nel referto di quel giorno (doc. A4) ha posto la diagnosi di esiti di frattura dell'omero prossimale sinistro con mal unione e necrosi avascolare. Al momento della visita l'interessato presentava ancora sintomatologia dolorosa, ma risentiva del beneficio della fisioterapia e assumeva antalgici sporadicamente, perciò era opportuno proseguire con un trattamento conservativo. L'incapacità del 100% è stata prolungata e il prossimo controllo era stato fissato di lì a 6 settimane.

- 2.10. Dai suesposti atti medici emerge dunque che il 15 giugno 2013 l'attore è rimasto schiacciato fra le porte di un ascensore e che tale infortunio gli ha causato soltanto una contusione della spalla sinistra. Infatti, dalla radiografia eseguita due giorni dopo l'evento non è stata chiaramente rilevata nessuna frattura. Dall'esame clinico è inoltre risultata una spalla non deformata, ma (solo) dolorante alla palpazione, alla flessione-estensione e all'abduzione. La sensibilità e la perfusione erano conservate.

Il certificato del 17 giugno 2013 (doc. 4b) attesta inoltre espressamente che il paziente era noto per una frattura sottocapitale dell'omero sia a destra sia a sinistra con lussazione posteriore e frattura della testa omerale avvenuta nel 2008.

La risonanza magnetica del 30 luglio 2013 ha ribadito questo status, visto che ha messo in luce soltanto degli esiti consolidati di una pregressa frattura transtuberostatica omerale.

Anche le risposte date dal dr. med. _____ l'8 novembre 2013 (doc. A3) confermano senza alcun dubbio che la frattura dell'omero prossimale era avvenuta in passato e che a quel momento egli soffriva di esiti di mal unione e necrosi avascolare, che gli causavano dolori più o meno costanti.

La soluzione ipotizzata di un intervento di artroplastica alla spalla non è stato, per quanto è noto, effettuato, visto che ancora nel gennaio 2014 la situazione era stabile e i dolori sopportabili - malgrado egli abbia indicato che a seguito del trauma del 15 giugno 2013 vi fosse stato un peggioramento della situazione preesistente -, perciò l'ortopedico ha adottato una linea conservativa con fisioterapia e antalgici, che ancora nel marzo 2014 (doc. A4) dava i suoi benefici tanto da prolungarla.

Nemmeno con la petizione di fine settembre 2014 l'attore ha comprovato di avere subito la predetta operazione chirurgica.

D'avviso di questo TCA, in esito a quanto precede occorre concludere che l'infortunio del 15 giugno 2013 ha avuto quale conseguenza soltanto una contusione alla spalla sinistra. Non va infatti dimenticato che sin dall'anno 2008 l'attore era già sofferente di disturbi a questa spalla a seguito della frattura dell'omero prossimale sinistro, tanto che i medici che l'hanno avuto in cura dopo l'evento del 2013 hanno espressamente indicato che v'erano esiti *consolidati* di una *pregressa frattura* pluriframmentaria della testa omerale. La radiografia effettuata il 17 giugno 2013 conferma pacificamente questa condizione.

In tali circostanze non può quindi essere ammesso che il colpo subito dalla chiusura delle porte di un ascensore possa avere causato la frattura sottocapitale dell'omero della spalla sinistra dell'attore.

Si è invece trattato, occorre ribadirlo, di una semplice contusione che inizialmente ha dato luogo ad un'incapacità lavorativa del 100%, ma che in seguito non era più giustificata. Infatti, sulla scorta delle risultanze della risonanza magnetica del 5 agosto 2013, il dr. med. _____ ha osservato che dal 20 agosto 2013 un'incapacità lavorativa non era più data.

In queste circostanze, il TCA fa proprie le conclusioni del medico fiduciario di CV 1 e quindi riconosce che poiché il nesso di causalità sorto il 15 giugno 2013 si era estinto il 19 agosto 2013, il versamento delle indennità giornaliere previste dalla copertura _____ doveva essere interrotto a quella data.

Dal 20 agosto 2013 l'assicuratore malattia convenuto era dunque legittimato a negare la propria responsabilità in merito ai disturbi fisici lamentati dall'attore a seguito dell'infortunio del 15 giugno 2013. Ne discende che è a buon diritto che, oltre il 19 agosto 2013 (doc. A10), CV 1 ha rifiutato il versamento dell'indennità giornaliera di Fr. 10.- che contrattualmente spetterebbe all'assicurato in caso di inabilità lavorativa dovuta ad infortunio (art. 12 CSA).

Il TCA evidenzia, inoltre, che la pretesa dell'attore di beneficiare di indennità giornaliera fino al 25 settembre 2014 va respinta anche in virtù del fatto che non è stata comprovata nessuna inabilità lavorativa fino al giorno della petizione.

Infatti, dagli atti risulta unicamente che l'11 marzo 2014 il dr. med. _____ ha prolungato l'inabilità lavorativa totale dell'interessato e che dopo sei settimane egli avrebbe rivisto il paziente per un controllo.

Tuttavia, malgrado la petizione sia stata inoltrata il 29 settembre 2014, nella documentazione all'inserto non sono però presenti ulteriori certificati medici che attestino l'evoluzione dei disturbi dell'attore e l'eventuale presenza di un'incapacità lavorativa. Nessun atto medico recente comprova quindi il perdurare dell'incapacità lavorativa dell'attore al di là del marzo 2014.

Al riguardo va osservato che la semplice richiesta di parte attrice di fare esperire una perizia medica non può certo supplire all'onere probatorio spettante alla parte che intende fare valere i propri diritti e a cui spetta, quindi, di produrre tutta la necessaria documentazione a sostegno delle proprie tesi e che comprovi dunque le sue affermazioni.

È vero che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal *principio inquisitorio*. Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente. Il giudice ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato.

Alla fattispecie in discussione è applicabile la LPTCA, che prevede la massima dell'ufficialità, il principio inquisitorio e quello dell'applicazione d'ufficio del diritto (in questo senso: MARCO BORGHI e GUIDO CORTI, Compendio di procedura amministrativa ticinese, edito dalla CFPG, Lugano, ad art. 18 pag. 89 e segg.; cfr. inoltre STFA U 94/01 del 5 settembre 2001; STFA I 83/01 del 31 maggio 2001; STFA U 429/00 del 13 marzo 2001; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti (STCA 32.2006.168 del 20 agosto 2007).

Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'*obbligo delle parti di collaborare* (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; MEYER, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; SPIRA, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; KURMANN, "Verwaltungs-verfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; BEATI in: "Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.).

In concreto, l'attore non ha fornito sufficienti elementi tali da porre in discussione le valutazioni precedenti sulle quali l'assicuratore malattia si è fondato per rifiutare il versamento di indennità

giornaliere oltre il 19 agosto 2013.

AT 1 non ha infatti sufficientemente reso verosimile l'esistenza di una perdurante incapacità lavorativa dal 20 agosto 2013, conseguente all'evento del giugno 2013. Senza sufficiente substrato l'attore si è limitato a chiedere l'erezione di una perizia da parte del Tribunale. Ciò nonostante, parallelamente al principio inquisitorio cui si attiene il TCA, l'obbligo fatto alle parti di collaborare non può tradursi in una mera richiesta di un nuovo accertamento medico.

Non è quindi sufficiente, come ha erroneamente creduto l'assicurato, lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della richiesta di condanna dell'assicuratore vi sono affermazioni di carattere meramente generale e non comprovate su una possibile incapacità lavorativa perdurante fino al settembre 2014 dovuta allo stato della spalla sinistra.

Nemmeno è noto, poi, se l'assicurato si sia infine sottoposto all'intervento di artroplastica inizialmente ipotizzato dal curante.

Stante quanto precede, seppure l'evento del 15 giugno 2013 adempia tutti gli elementi dell'infortunio (art. 6.1 CSA), tuttavia fa difetto un nesso di causalità naturale, presupposto per ottenere il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio, che sia perdurato oltre il 19 agosto 2013.

In tali circostanze, nemmeno sono dunque dati gli elementi per condannare l'assicuratore malattia a versare all'attore, in virtù dell'art. 11 CSA, il capitale di invalidità preteso, né nella misura dei richiesti Fr. 200'000.- né in nessuna altra misura.

- 2.11. Resta ora da analizzare l'evento del 22 luglio 2008, visto che l'attore ritiene da un lato che si tratti anche in tal caso di un infortunio che fa nascere il diritto al capitale di invalidità e d'altro lato che esso sia collegato a quello del 2013.

La polizza assicurativa in essere dal 2005 stipulata fra AT 1 e _____ contemplava la copertura _____, ossia un'assicurazione complementare decesso e invalidità a seguito di infortunio, la quale prevedeva un capitale in caso di decesso di Fr. 100'000.- e in caso d'invalidità di Fr. 200'000.- (doc. XX/A).

L'art. 3 delle Condizioni Generali (CGA) per l'assicurazione complementare Decesso e Invalidità in seguito ad infortuni, nell'edizione del 1997 applicabile alla fattispecie (doc. XX/D), delimita l'assicurazione agli infortuni, definendone la nozione.

L'art. 8 lett. a CGA portante sul capitale in caso di invalidità dispone che se un infortunio ha come conseguenza entro 5 anni dal giorno in cui è accaduto, un'invalidità presunta permanente, l'assicuratore paga il capitale di invalidità determinato in base al grado di invalidità, alla somma di assicurazione pattuita e alla variante di prestazione scelta. Non importa che ne risulti o meno una perdita di guadagno. L'art. 8 lett. b CGA definisce il grado di invalidità. Nell'evenienza concreta, il grado di invalidità per la perdita totale o di incapacità

totale dell'uso di un braccio all'altezza o al di sopra del gomito è del 70%. In caso di perdita parziale o di incapacità parziale dell'uso, il grado di invalidità è ridotto proporzionalmente.

L'art. 8 lett. c CGA concerne il capitale di invalidità progressivo, mentre l'art. 8 lett. e CGA dispone che le prestazioni dovute sono esigibili non appena è accertata l'invalidità presunta permanente.

Sulla scorta dell'art. 8 lett. a CGA, l'attore ritiene di potere pretendere la riscossione del capitale di invalidità basandosi sull'infortunio del 2008, trattandosi di un infortunio che ha avuto quale conseguenza entro 5 anni (22 luglio 2008-15 giugno 2013) un'invalidità presunta permanente, indipendentemente da un accertamento medico, che quindi risulta irrilevante. A suo dire, l'accertamento medico dell'invalidità sarebbe invece rilevante soltanto ai fini della determinazione del *dies a quo* della prescrizione e dell'esigibilità della sua pretesa, visto che le prestazioni dovute sono esigibili non appena è accertata l'invalidità presunta permanente (art. 8 lett. e CGA), ritenuto che solo una pretesa già sorta può essere suscettibile di prescrizione. Pertanto, l'attore ha ancora il diritto di fare valere anche le pretese derivanti dal primo infortunio (doc. VII) e, quindi, *"posto che sia per il caso in cui avesse cagionato "nuove lesioni" sia per il caso in cui avesse peggiorato uno stato di salute già pregiudicato dall'infortunio del 22.07.2008, l'infortunio del 15.06.2013 deve essere coperto dalla convenuta."* (doc. XV).

L'assicuratore malattia convenuto sostiene invece che la pretesa di controparte sarebbe perentoria in virtù dell'art. 46 LCA, dato che se si ritenesse, per mera ipotesi di lavoro, l'esistenza di un'eventuale invalidità fisica permanente della spalla sinistra a seguito dell'incidente del 2008, al più tardi nell'aprile 2009 - ossia dopo che l'assicurato ha effettuato i necessari cicli di fisioterapia e altri trattamenti medici non sono stati attuati per il recupero della funzione articolare della spalla sinistra e nemmeno l'assicurato ha più fatto capo all'aiuto domestico preso a carico dall'assicuratore malattia - lo stato di salute dell'attore si sarebbe comunque normalizzato e quindi il termine di prescrizione di due anni sarebbe giunto a scadenza nell'aprile 2011. La petizione del 29 settembre 2014 sarebbe pertanto tardiva.

Inoltre, un'eventuale invalidità fisica permanente alla spalla sinistra dell'attore non sarebbe stata accertata da un medico entro 5 anni dall'evento, perciò la sua eventuale pretesa sarebbe ad ogni buon conto prescritta.

Occorre dunque ora verificare se la pretesa dell'attore di ottenere il capitale di invalidità fondandosi sull'evento del 22 luglio 2008 debba essere accolta.

- 2.12. Il 22 luglio 2008 AT 1 è *"rimasto vittima di una probabile crisi epilettica generalizzata con gravi conseguenze. Si è provocato cioè la frattura sottocapitale degli omeri bilateralmente con lussazione posteriore. Tale situazione alle spalle ha richiesto la riduzione, avvenuta con successo."* durante la degenza dall'8 al 18 agosto 2008 alla Clinica universitaria _____ a _____ (doc. 2: richiesta di garanzia per cure riabilitative stazionarie del 6 agosto 2008). Dopodiché, l'assicurato ha effettuato un periodo di riabilitazione (dal

18 agosto al 26 settembre 2008) presso la Clinica _____ di _____ (docc. XX/B e 2) e poi ha partecipato a diversi cicli di fisioterapia; l'ultima prescrizione è del 4 febbraio 2009 (doc. 2).

Dagli atti all'inserto non risulta che l'assicurato abbia preteso dal suo precedente assicuratore malattia il capitale di invalidità previsto dalla polizza LCA del 2008 per le conseguenze dell'evento del 22 luglio 2008. È solo con la petizione del 29 settembre 2014, e meglio con l'insorgenza del secondo infortunio del 15 giugno 2013, che l'attore ha invocato questo suo diritto.

Come visto, l'art. 8 lett. a CGA per l'assicurazione complementare Decesso e Invalidità in seguito ad infortunio applicabile alla copertura complementare _____ in essere al momento in cui l'interessato è stato vittima del primo infortunio nel 2008, prevedeva:

" Se un infortunio ha come conseguenza entro 5 anni dal giorno in cui è accaduto, un'invalidità presunta permanente, la Compagnia paga il capitale d'invalidità determinato in base al grado d'invalidità, alla somma di assicurazione pattuita e alla variante di prestazione scelta. Non importa che ne risulti o meno una perdita di guadagno."

Inoltre, per l'art. 8 lett. e CGA, le prestazioni dovute sono esigibili non appena è accertata l'invalidità presunta permanente.

In virtù dell'art. 46 LCA, i crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione.

Nella DTF 139 III 263, al considerando 1.2 il Tribunale federale ha ricordato che per potere determinare "il fatto su cui è fondata l'obbligazione", e quindi il momento a partire dal quale inizia a decorrere la prescrizione, bisogna analizzare il contratto assicurativo e determinare qual è il sinistro assicurato rispettivamente quali elementi costitutivi devono essere riuniti affinché l'assicuratore abbia l'obbligo di indennizzare l'assicurato:

" (...) Au terme d'une évolution, la jurisprudence a précisé que le "fait d'où naît l'obligation" ne se confond pas nécessairement avec la survenance du sinistre - même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemnisation. Selon le type d'assurance envisagée, la prestation de l'assureur n'est due que si le sinistre engendre un autre fait précis. Ainsi, en matière d'assurance accident, le contrat peut prévoir une couverture en cas d'invalidité; ce n'est alors pas l'accident comme tel, mais la survenance de l'invalidité qui donne lieu à l'obligation de payer des prestations (ATF 126 III 278 consid. 7a; ATF 118 II 447 consid. 2b p. 454). Seule une prétention qui a déjà pris naissance peut être atteinte par la prescription (ATF 100 II 42 consid. 2d p. 48). Le moment déterminant pour le départ de la prescription est donc celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation (*Leistungspflicht*) de l'assureur (ATF 127 III 268 consid. 2b p. 271). Il s'ensuit que la notion de "fait d'où naît l'obligation" varie selon les diverses catégories d'assurances, et selon le type de prétention en cause (ATF 127 III 268 consid. 2b p. 270; arrêt 4A_645/2010 du 23 février 2011 consid. 2.2.2, résumé in JdT 2012 II p. 135). Dans l'assurance invalidité, la prescription commence à courir lorsque l'invalidité est acquise, sans égard au moment où l'assuré en a eu connaissance (ATF 118 II 447 consid. 2b p. 455). En bref, pour connaître le "fait d'où naît l'obligation", et partant le point de départ de la prescription, il faut analyser le contrat d'assurance et

déterminer quel est le sinistre assuré, respectivement quels éléments constitutifs doivent être réunis pour que l'assureur ait l'obligation d'indemniser l'assuré - sans égard aux déclarations et actes que doit faire la partie qui invoque une prétention (cf. par ex. KARL SPIRO, Die Begrenzung privater Rechte durch Verjährungs-, Verwirkungs- und Fatafristen [ci-après: Begrenzung], vol. I, 1975, p. 67 s.)."
(l'evidenziatura è della redattrice)

Nel caso di specie, la vertenza porta su un'assicurazione complementare in materia di infortunio che copre il decesso e l'invalidità. In virtù della giurisprudenza esposta, l'assicurato ha tempo due anni non dall'infortunio come tale, ma dall'insorgenza dell'invalidità per far valere le sue pretese creditorie nei confronti dell'assicuratore. In altre parole, il sopraggiungere dell'invalidità fa sì che nasca l'obbligo per l'assicuratore di versare le prestazioni dovute e l'assicurato ha due anni di tempo, a contare da questo momento, per fare valere questi suoi diritti.

Nello stesso senso il tenore dell'art. 8 lett. e CGA, secondo cui le prestazioni dovute sono esigibili non appena è accertata l'invalidità presunta permanente.

Pertanto, l'accertamento dell'invalidità rende esigibili i diritti dell'assicurato, il quale ha dunque due anni giusta l'art. 46 LCA per reclamare le prestazioni che ritiene gli siano dovute.

Tuttavia, soltanto le invalidità presunte permanenti che si manifestano entro 5 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio possono dare luogo a delle pretese da parte dell'assicurato nei confronti del suo assicuratore malattia e dal momento in cui sono accertate il creditore ha due anni di tempo per farle valere.

2.13. Nel caso concreto, CV 1 ha avanzato l'ipotesi che l'invalidità presunta permanente sia sorta il 1° aprile 2009, ossia l'assicuratore malattia ha fatto risalire la stabilizzazione dello stato di salute dell'attore ad un momento in cui dagli atti medici non risulta più che quest'ultimo si sottoponeva ancora a cure e/o a trattamenti medici per recuperare la funzionalità della spalla sinistra fratturata con la caduta del 22 luglio 2008.

A suffragio di questa tesi il convenuto ha evidenziato che dal giorno in cui l'assicurato è stato dimesso dal lungo periodo di riabilitazione alla Clinica _____, dal 26 settembre 2008 al 30 marzo 2009 (docc. 5 e 6) l'assicuratore ha preso a carico il costo di un aiuto domiciliare per tre volte alla settimana.

Inoltre, nel medesimo periodo l'assicuratore malattia si è assunto diversi cicli di fisioterapia a favore dell'attore (docc. 2, 7-10), l'ultimo dei quali è stato prescritto il 4 febbraio 2009 (doc. 2) direttamente dall'_____ di _____ e ha avuto inizio il 13 febbraio 2009 (doc. 10) presso la _____ di _____, come peraltro anche per le precedenti sedute.

Pendente causa, su invito del TCA che ha richiamato l'intera documentazione medica relativa all'infortunio del 2008 (doc. XIX), l'assicuratore ha prodotto l'attestato delle prestazioni concesse all'interessato nel 2008 (doc. XX/B). Questa lista elenca il nome del

fornitore di prestazioni, la data di trattamento, l'importo fatturato, l'importo riconosciuto e non riconosciuto, e la partecipazione posta a carico dell'assicurato.

L'assicuratore malattia ha prodotto anche i dettagli di alcune fatture ivi elencate posteriormente all'infortunio del 22 luglio 2008. Si tratta delle prestazioni fatturate dal dr. med. _____ e dall'Ospedale _____ di _____ (doc. XX/C).

Altra documentazione medica agli atti non ve n'è.

Infatti l'attore, malgrado sin da fine anno 2014 (doc. XII) fosse al corrente della summenzionata presa di posizione di controparte, non è stato in grado di apportare dei referti medici o altre pezze giustificative che smentissero questo stato di fatto.

Egli si è soltanto limitato ad osservare il 2 marzo 2015 (doc. XV) che *"È contestata siccome non provata la data 1° aprile 2009 di raggiungimento dello stato invalidante e dies a quo dell'art. 46 LCA. Si tratta di semplici deduzioni/supposizioni appunto non provate di controparte."*, ma non ha saputo contestare a mano di referti medici contrari queste affermazioni. L'assicurato ha concluso che solo un perizia ortopedica potrà determinare con certezza il momento tipico di inizio del suo stato invalidante.

In un secondo momento, dopo che il Tribunale ha richiamato dall'assicuratore malattia tutti gli atti attinenti all'infortunio del 22 luglio 2008, l'attore ha solo osservato che potrebbe essere utile richiamare dagli istituti di cura e dai medici curanti figuranti nell'attestato delle prestazioni concesse nel 2008 (doc. XX/B) approntato dall'assicuratore malattia i relativi rapporti medici e di analisi (doc. XXII).

A quest'ultimo riguardo, questa Corte rileva che la proposta dell'attore non è tuttavia atta a contrastare la tesi della parte convenuta, la quale ritiene, occorre ribadirlo, che dall'aprile 2009 lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzata, fissando dunque a quel momento la nascita di un'invalidità presunta permanente e quindi facendo decorrere da quel dì, giusta l'art. 8 lett. e CGA, l'esigibilità delle prestazioni assicurative.

In effetti, l'elenco delle prestazioni conteggiate si riferisce solo all'anno 2008 (doc. XX/B) e quindi non indica se e quali prestazioni siano state fornite all'interessato anche in seguito. Pertanto, la posizione assunta dall'assicuratore convenuto sulla decorrenza della prescrizione (aprile 2009-aprile 2011) non viene smentita dal semplice richiamo dei referti medici relativi alle prestazioni ricevute dall'attore rispettivamente rimborsate dall'allora assicuratore malattia figuranti nel conteggio del 2008.

Inoltre, il TCA evidenzia che i dettagli delle prestazioni mediche allegati dall'assicuratore (doc. XX/C), di cui l'attore vorrebbe richiamare i relativi rapporti, indicano che si è trattato soprattutto di consulti di tipo psichiatrico avvenuti presso il dr. med. _____, FMH in psichiatria.

Dalle fatture risulta chiaramente che, come per i mesi precedenti all'infortunio, l'attore ha continuato il trattamento in atto presso lo psichiatra curante, effettuando da quel momento due sedute nei mesi di settembre, di ottobre, di novembre e di dicembre 2008.

Da questi conteggi emerge inoltre che il 19 novembre 2008 l'interessato ha ricevuto un consulto specialistico in ambito neurologico, laddove il suo sistema nervoso è stato oggetto di un esame specialistico presso l'Ospedale _____ di _____ e in quell'occasione è stato sottoposto ad un'elettroencefalografia (EEG) in stato di veglia.

Il 12 dicembre 2008 egli ha poi rivisto uno specialista per un ulteriore consulto.

D'avviso di questo Tribunale, alla luce della specializzazione dei medici che hanno visitato l'assicurato nel periodo successivo all'infortunio del luglio 2008, si può prescindere dal richiamare i relativi referti medici, giacché essi non apporterebbero delle informazioni utili alla fattispecie, trattandosi infatti piuttosto di problemi inerenti la psiche e non direttamente la frattura della spalla sinistra.

In queste circostanze si deve concludere che l'attore non ha saputo produrre dei documenti atti a comprovare le sue asserzioni e che nemmeno egli ha rinviato a dei validi certificati medici che confermino le sue affermazioni, ovvero che l'invalidità presunta permanente sarebbe perdurata oltre il mese di aprile 2009 così come stabilito da CV 1.

Pertanto, in assenza di indizi e di prove contrari che confutino le asserzioni dell'assicuratore malattia convenuto, d'avviso di questo TCA si deve dunque ritenere che lo stato della spalla sinistra dell'attore si sia stabilizzato dopo che egli ha concluso i vari cicli di fisioterapia e che non ha quindi più avuto necessità di fare capo ad un aiuto domiciliare.

Di conseguenza, è a quel momento che si può ritenere che sia insorta un'invalidità presunta permanente della spalla sinistra. Ciò significa che, sulla base di quanto è riuscito a comprovare l'assicuratore malattia convenuto, è dal 1° aprile 2009 che le prestazioni sono diventate esigibili (art. 8 lett. e CGA) ed è pertanto da quel dì che decorre il termine di prescrizione di 2 anni previsto dall'art. 46 LCA per fare valere i propri diritti nei confronti dell'assicuratore.

In virtù di quanto precede discende che, non avendo fatto valere le proprie pretese entro il 1° aprile 2011, con l'introduzione della petizione del 29 settembre 2014 il diritto dell'attore di vedersi riconosciuto un capitale di invalidità sulla base della copertura assicurativa _____ in essere al momento in cui è occorso l'infortunio del 22 luglio 2008 è oramai perento.

Da questa assicurazione complementare egli non può dunque pretendere alcunché, indipendentemente dal fatto che la conseguenza dell'infortunio del 2008, ossia l'invalidità presunta permanente, si sia effettivamente realizzata entro 5 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio (art. 8 lett. a CGA).

2.14. Tutto ben considerato, la petizione deve essere integralmente respinta. L'attore non ha pertanto diritto ad alcun tipo di indennità né a dipendenza del primo infortunio del 22 luglio 2008 tramite la copertura _____, né del secondo infortunio del 15 giugno 2013 in funzione della copertura _____.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA (art. 49 cpv. 2 LSA). Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile (art. 74 cpv. 2 lett. b LTF) al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, nel termine di 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario

Gianluca Menghetti