

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2016.41

11 luglio 2016

CS

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione dell'11 aprile 2016 di

AT 1

rappr. da: RA 1

contro

CV 1

rappr. da: RA 2

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. AT 1, nata nel _____, è affiliata per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie presso _____ ed ha sottoscritto, presso CV 1, alcune assicurazioni complementari e meglio: _____ (doc. C).

- 1.2. Nel dicembre _____ l'assicurata si è sottoposta ad un trapianto di fegato presso _____ di _____ (_____), i cui costi sono stati assunti dalla CV 1. Con sentenza 36.1998.118 del 7 giugno 1999 il Tribunale cantonale delle assicurazioni, accertata la necessità medica di far capo al nosocomio _____ per ricevere le trasfusioni di plasma speciale, ha condannato la CV 1, nell'ambito dell'assicurazione _____, a contribuire ai costi dei viaggi a _____ rimborsando il 50% dell'importo del biglietto aereo, classe Economy, ritenuto un ammontare annuo massimo di fr. 2'000 (consid. 2.5). Lo stesso giorno il TCA ha invece respinto il ricorso contro la decisione di rifiutare l'assunzione dei costi a carico della LAMal (inc. 36.1998.117, confermata dalla sentenza K 87/99 del 10 dicembre 1999).
- 1.3. Ritenuta la necessità di continuare con trattamenti endoscopici periodici che impongono un controllo continuo da parte dello staff medico che ha effettuato il trapianto al fegato, AT 1 si è nuovamente recata presso _____ di _____ dal 27 maggio al 29 maggio 2015, dal 7 ottobre 2015 al 9 ottobre 2015 (doc. H, cfr. allegato doc. I) e dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (allegato al doc. I), chiedendo al proprio assicuratore il rimborso dei costi di trasporto del volo con _____, conformemente a quanto previsto dall'Assicurazione _____.
- 1.4. CV 1 (di seguito: CV 1), si è rifiutata di assumersi i costi del viaggio, inizialmente facendo valere che il trattamento avrebbe potuto essere effettuato in Ticino (doc. L), successivamente sostenendo che non è stato eseguito un trattamento ambulatoriale, bensì stazionario (doc. M).
- 1.5. Con petizione dell'11 aprile 2016 AT 1, rappresentata dalla RA 1, ha chiesto la condanna di CV 1 al pagamento dell'importo di fr. 1'107.55 pari al rimborso delle spese di trasporto tramite aereo dal proprio domicilio _____ di _____ (_____) ed al riconoscimento delle spese di viaggio future, giustificate dal profilo medico che dovrà sostenere per recarsi a _____ (doc. I). L'interessata ritiene di aver diritto all'erogazione dell'importo richiesto sulla base dell'art. _____. Sulla scorta della sentenza del 7 giugno 1999 di questo Tribunale essa ritiene di aver agito in buona fede e di non aver avuto altra scelta. L'interessata chiede genericamente l'audizione testimoniale e delle parti, richiama i documenti e domanda l'allestimento di perizie.
- 1.6. Il 29 aprile 2016 l'assicuratore ha richiesto una proroga per l'inoltro della risposta di causa (doc. III), negata dal Giudice delegato del TCA che ha contestualmente convocato le parti per un'udienza di discussione (doc. IV). Il 6 maggio 2016 l'avv. RA 2 ha informato il TCA di aver assunto il patrocinio di CV 1 (doc. V).
- 1.7. Nel corso dell'udienza tenutasi il 31 maggio 2016 le parti hanno affermato:

" (...)
CV 1 si oppone alla petizione siccome ritiene non adempite le

condizioni poste dall'art. _____. Il Giudice chiede se chiesta inadempienza deriverebbe dal fatto che le cure in discussione non costituiscono una "serie di trattamenti" oppure se non adempiono la condizione di "particolarità" che le CC impongono.

L'assicuratore sostiene che non si possa poi parlare di ambulatorialità perché la presenza della paziente in loco è durata più giorni.

La sig.ra AT 1 obietta che per consentire le cure le viene applicata una anestetizzazione cui fa seguito la ripresa e poi ore di cure antibiotiche che impongono una permanenza _____.

L'assicuratore riconduce i tre interventi di _____ a necessità connesse agli aspetti della bile.

L'assicurata contesta dal canto la limitata analisi dell'assicuratore ritenendo palese la connessione tra gli interventi di cui ha beneficiato a _____ e che hanno provocato i costi di trasporto qui in discussione con la grave affezione al fegato che ha importo nel _____ i trapianto dell'organo.

L'assicurata precisa che la scelta di andare a _____ presso la struttura dove è stata operata e dove è stata poi successivamente seguita è stata determinata dal prof. _____ dopo avere sondato all'interno delle strutture cantonale ticinese la possibilità di ottenere le medesime cure, in particolare alla Clinica di _____. Il prof. _____ accertata l'impossibilità di conseguire queste cure in Ticino ha previsto le stesse al di fuori dei confini cantonali.

L'assicuratore non contesta la necessità di un ricovero a _____ per le cure che l'assicurata ha subito. Le stesse sono state coperte per tramite dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie.

Il Giudice chiede, vista la tesi dell'assicuratore secondo cui in concreto si tratterebbe di cure stazionarie e non ambulatoriali e cure necessarie da conseguirsi fuori Cantone, quali prestazioni in virtù della LAMal rispettivamente delle complementari sottoscritte sono riconosciute all'assicurata per le spese di viaggio da casa al nosocomio. La patrocinatrice di CV 1 comunicherà al TCA l'eventuale importo dovuto e le modalità delle sue determinazioni.

L'assicurata conferma in questa sede che le cure ordinate presso _____ sono quelle assolutamente indispensabile e sono ridotte al minimo necessario.

La sig.ra AT 1 fa osservare che la cura della stenosi non è ancora terminata e come accerta il dott. _____ sarà ancora necessario recarsi a _____ così come a una convocazione già pervenuta per il prossimo 8.6.2016.

L'assicurata precisa che in occasione delle sue trasferte immediatamente successive al trapianto la natura delle cure era diversa nel senso che si trattava di flebo (plasma ricco di anticorpi) e le cure duravano 6 ore circa. Le cure invece derivanti dalla situazione attuale impongono l'arrivo in ospedale il giorno prima per la necessaria preparazione ed il giorno successivo i trattamenti e il periodo successivo agli stessi. In sostanza l'anestesia per l'intervento dura sulle 3 ore e poi segue il momento post-operatorio. Le notti durante le quali è fissata la permanenza sono 2, l'intervento avviene il giorno di mezzo. L'assicurata viaggia da sola non accompagnata. La notte che precede l'intervento è breve perché dopo la preparazione, verso le 5 del mattino, l'assicurata preparata viene condotta in sala operatoria, l'intervento avviene nel corso delle ore successive.

L'assicuratore in questa sede produce i seguenti documenti:

- valutazione del medico fiduciario CV 1 dott. _____, medico interno all'assicuratore;

- la sentenza 10.12.1999 TFA K 87/99 nonché la STCA 36.98.117 del 7.6.1999 relativa alla fattispecie poi oggetto della STCA di pari data 36.98.118 concernente gli aspetti delle complementari alla LAMal.

CV 1 rileva che le CC attualmente applicata sono quelle del 2014, la clausola però ha lo stesso identico tenore delle condizioni vigenti nel 1999 e non sono più restrittive. Per tale motivo le parti concordano che, a reggere i loro rapporti contrattuali, sull'aspetto specifico delle spese di viaggio, siano le condizioni prodotte agli atti dalla parte attrice." (doc. VIII)

- 1.8. Il 13 giugno 2016 il TCA ha chiesto all'assicuratore, sulla base delle risultanze dell'udienza, di comunicare se ed in quali modalità sono riconosciute per il tramite della LAMal o delle assicurazioni complementari, le spese di viaggio (doc. IX).
- 1.9. Con scritto del 20 giugno 2016 l'assicuratore ha affermato che non ritiene di dover rimborsare i costi del viaggio né secondo le assicurazioni complementari, né secondo la LAMal (che del resto non è oggetto della procedura), come inoltre deciso a suo tempo dapprima dal TCA e poi dal TFA (doc. X).
- 1.10. Tramite osservazioni del 23 giugno 2016 l'attrice ha ribadito la sua richiesta di rimborso delle spese di viaggio con l'aereo (doc. XII).

in diritto

- 2.1. Oggetto del litigio è la richiesta dell'attrice all'assicuratore, fatta valere mediante azione dell'11 aprile 2016, di rimborso dell'importo di CHF 1'107.55 per le spese di viaggio dal domicilio _____ di _____, sopportate nel 2015 e nel 2016, e la garanzia delle spese future per viaggi simili. AT 1 fonda la sua domanda sulla base dell'assicurazione complementare _____ retta dal diritto privato (segnatamente dalla LCA).
- 2.2. L'attrice ha sottoscritto presso la convenuta, valide per gli anni 2015 e 2016, le seguenti Assicurazioni complementari secondo la LCA (cfr. art. _____ condizioni generali del contratto d'assicurazione): _____ (doc. C). Essa chiede prestazioni derivanti dall'art. _____ dell'assicurazione _____.

Dalla polizza d'assicurazione emerge che per l'assicurazione _____ sono applicabili le condizioni complementari (di seguito: CC) edizione _____. In sede di udienza l'assicuratore ha affermato che le *"CC attualmente applicata sono quelle del 2014, la clausola però ha lo stesso identico tenore delle condizioni vigenti nel 1999 e non sono più restrittive. Per tale motivo le parti concordano che, a reggere i loro rapporti contrattuali, sull'aspetto specifico delle spese di viaggio, siano le condizioni prodotte agli atti da parte attrice"* (doc. VIII).

Ai sensi dell'art. _____ CC le prestazioni dell'assicurazione _____ vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici, medicinali e mezzi ausiliari efficaci, appropriati ed economici.

Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sono compresi nell'assicurazione _____, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

Non è possibile escludere il rischio d'infortunio dalla copertura assicurativa.

L'art. _____ CC elenca il catalogo delle prestazioni e prevede che *“le prestazioni corrisposte dall'assicurazione _____ vengono calcolate in base alle spese di trattamento non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Vengono prima conteggiate le prestazioni corrisposte dall'assicurazione obbligatoria. Le percentuali indicate nella tabella sottostante si riferiscono alla parte restante delle spese del trattamento”*. Per quanto concerne i costi di trasporto e viaggio l'assicurazione _____ corrisponde per i costi di viaggio il 50% del costo per un importo massimo per anno civile di fr. 2'000. Per l'art. _____ l'assicuratore *“corrisponde i contributi per i costi di viaggio quando il paziente deve sottoporsi ad una serie di trattamenti speciali ambulatoriali che non possono essere attuati che in un centro sanitario definito, lontano dal luogo di domicilio (ad esempio: clinica universitaria). Si tratta in particolare di emodialisi, trattamenti dovuti a paralisi e radioterapie per il trattamento di affezioni cancerogene. Quale base di valutazione valgono i costi per il viaggio in 2a classe con mezzi pubblici di trasporto oppure in ragione di CHF .-60 per km per l'impiego di mezzi privati (tassi compreso)”*.

- 2.3. Per costante giurisprudenza al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2; DTF 118 II 342 consid. 1a pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la “vera e concorde volontà dei contraenti”, se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art. 18 cpv. 1 CO; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto

(DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II consid. 1a).

2.4. In concreto l'attrice si è recata presso _____ di _____ dal 27 al 29 maggio 2015 (doc. E), dal 7 ottobre 2015 al 9 ottobre 2015 (doc. F) e dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (allegato al doc. I).

E' pacifico, perché ammesso dalle parti, che i ricoveri in questione sono stati necessari.

Infatti, in sede di udienza l'assicuratore ha affermato che "*non contesta la necessità di un ricovero a _____ per le cure che l'assicurata ha subito*" (doc. VIII, pag. 2). Lo stesso medico di fiducia, dr. med. _____, interpellato dalla convenuta, ha affermato che "*dal punto di vista medico venne esposto che, a causa del trapianto, gli esami ERCP con inserzione risp. sostituzione delle protesi dovessero essere eseguiti nel centro di trapianto. Venne altresì ampiamente motivata la necessità assoluta di eseguire questi interventi in degenza stazionaria. Sotto il profilo della medicina assicurativa dette affermazioni vanno accettate come motivate*" (doc. VIII/1). Ciò emerge pure dalla certificazione dell'11 dicembre 2015 dei dr. med. _____ e _____, dell' _____ (doc. H).

Ciò non è tuttavia sufficiente per mettere i costi del viaggio in aereo a carico dell'assicuratore. Infatti, l'assicurazione _____ riconosce il rimborso "*quando il paziente deve sottoporsi ad una serie di trattamenti speciali ambulatoriali*" (cfr. art. _____, sottolineatura del redattore) e le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. _____).

2.5. Circa la nozione di trattamento ambulatoriale, in una sentenza di

principio pubblicata in DTF 103 V 74, vigente LAMI, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), al consid. 1, ha rilevato che la legge non definisce secondo quali criteri occorre differenziare tra una cura ambulatoriale ed una cura stazionaria. Secondo la prassi, tuttavia, vi è una cura ambulatoriale anche quando l'assicurato ottiene prestazioni diagnostiche o terapeutiche in ambiente ospedaliero ma lascia il nosocomio il medesimo giorno. La cura è invece stazionaria se l'assicurato occupa un letto d'ospedale, per delle cure, per più di un giorno. La definizione è stata confermata nella DTF 116 V 123 al consid. 2c.

In una sentenza pubblicata in DTF 127 V 409 l'Alta Corte ha stabilito al consid. 2 c) bb) che la LAMal ha ripreso i medesimi concetti vigenti la LAMI.

Con pronuncia K 30/06 del 7 maggio 2007, al consid. 4, il TF ha citato la definizione di cura ospedaliera contenuta nell'art. 3 dell'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; RS 832.104), in vigore dal 1° gennaio 2003. Questo disposto prevede che sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'art. 49 capoverso 1 della legge, le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti di una durata di almeno 24 ore (lett. a), di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte (lett. b), in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale (lett. c), in una casa per partorienti in caso di trasferimento in ospedale (lett. d), in caso di decesso (lett. e). Il TF ha rammentato che un trattamento è stazionario non solo quando la persona assicurata è degente in ospedale per una durata di almeno 24 ore, ma anche quando vi rimane meno di 24 ore ma vi passa la notte. L'Alta Corte ha evidenziato che questa distinzione valeva già vigente LAMI, che la LAMal ha ripreso la medesima definizione e i medesimi criteri per distinguere un trattamento ambulatoriale da un trattamento stazionario e che la definizione di cura ospedaliera sgorgante dall'art. 3 OCPre è conforme alla definizione posta dalla giurisprudenza. Il TF ha quindi stabilito che un soggiorno di una durata inferiore alle 24 ore in uno stabilimento ospedaliero costituisce un trattamento stazionario se un letto è occupato durante la notte e se sono stati dispensati esami, terapie o cure.

Con sentenza 9C_276/2011 del 3 gennaio 2012 il TF, al consid. 3, ha affermato che il nuovo tenore dell'art. 41 LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2009, non ha modificato la distinzione tra trattamento ambulatoriale, semistazionario e stazionario e che la precedente giurisprudenza continua ad essere applicabile.

- 2.6. Questa giurisprudenza trova applicazione anche nel caso di specie, ritenuto che l'assicurazione in esame eroga prestazioni esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. _____).

In concreto, l'attrice è stata degente presso _____ dal 27 al 29 maggio 2015 (doc. E), dal 7 ottobre 2015 al 9 ottobre 2015 (doc.

F) e dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (allegato al doc. I). A questo proposito i dr. med. _____ e _____, dell'_____, l'11 dicembre 2015 hanno affermato che *“dal momento che la paziente ha sviluppato una litiasi della via biliare principale causata da un stenosi dell'anastomosi _____ anni dopo il trapianto, appare chiaro e giustificato che la presa a carico avvenga dagli stessi colleghi che l'hanno trapiantata (...). Le ERCP con posa di stent comporta un ricovero di almeno due notti dal momento che il paziente è molto fragile e soggetto alle infezioni e deve essere svolta una profilassi antibiotica per via endovenosa e un controllo per l'alto rischio di complicanze (... , doc. H)”* ed hanno trasmesso le due lettere di dimissione per i ricoveri dal 27 maggio al 29 maggio 2015 e dal 7 ottobre al 9 ottobre 2015 (doc. H). Il 3 novembre 2015 il dr. med. _____ ha precisato che l'interessata si deve recare a _____ ogni 3 mesi per complicazioni biliari post trapianto epatico per almeno un anno dal 27 maggio 2015 (doc. G; cfr. anche doc. O). Il 15 gennaio 2016 è poi stata chiesta la garanzia per l'ospedalizzazione extracantonale secondo il tariffario dell'ospedale curante ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 LAMal dal 26 gennaio 2016 al 29 gennaio 2016 (cfr. doc. P).

In sede di udienza l'assicurata ha affermato che *“le cure invece derivanti dalla situazione attuale impongono l'arrivo in ospedale il giorno prima per la necessaria preparazione ed il giorno successivo i trattamenti e il periodo successivo agli stessi. In sostanza l'anestesia per l'intervento dura sulle 3 ore poi segue il momento post-operatorio. Le notti durante le quali è fissata la permanenza sono 2, l'intervento avviene il giorno di mezzo”* e *“la notte che precede l'intervento è breve perché dopo la preparazione, verso le 5 del mattino, l'assicurata preparata viene condotta in sala operatoria, l'intervento avviene nel corso delle ore successive”* (doc. VIII; cfr. anche doc. I: *“Votre hospitalisation pour un bilan”* e *“[...] en vue de votre hospitalisation”*).

Alla luce di quanto sopra e meglio della permanenza presso la struttura _____ per un periodo di tempo superiore alle 24 ore (doc. E e F; cfr. anche doc P: garanzia di pagamento per ospedalizzazioni extracantonali), questo Tribunale deve concludere che il trattamento cui è (stata) sottoposta l'interessata è stazionario e non ambulatoriale.

Di conseguenza non può trovare applicazione la copertura _____ e nessuna prestazione è dovuta all'assicurata. In queste condizioni la sentenza 36.1998.118 del 7 giugno 1999 non può esserle d'aiuto.

Del resto, come emerge dalla parallela sentenza 36.1998.117 del 7 giugno 1999 in ambito LAMal, in quel periodo, a differenza del caso in esame, l'attrice, con l'aereo, andava a _____ e tornava in Ticino il medesimo giorno (cfr. pag. 9, presa di posizione del dr. med. _____: *“[...] des trajets de deux fois cinq heures le même jour sont contre-indiqués chez une patiente qui a bénéficié d'une transplantation hépatique. Le temps nécessaire à la perfusion du plasma d'autre part serait limité et amènerait à devoir garder la patiente pendant une nuit”*, nonché sentenza federale K87/99 del 10 dicembre 1999, pag. 6, consid. 3b: *“[...] Questa tesi è insostenibile. In effetti, il fatto di effettuare la trasferta dal Ticino a _____ e*

ritorno in due giorni ovviamente non implicava che l'interessata trascorresse la notte in ospedale"; verbale di udienza, doc. VIII: "[...] L'assicurata precisa che in occasione delle sue trasferte immediatamente successive al trapianto la natura delle cure era diversa nel senso che si trattava di flebo (plasma ricco di anticorpi) e le cure duravano 6 ore circa [...]").

Neppure la richiesta di riconoscere le spese di viaggio future, giustificate dal profilo medico, può essere accolta, ritenuto come l'obbligo prestativo della Cassa va semmai esaminato di volta in volta in funzione del tipo di trattamento da effettuare (ambulatoriale o stazionario) e delle CGA e CC semmai applicabili.

In queste condizioni, alla luce della documentazione prodotta dalle parti, delle emergenze dell'udienza tenutasi il 31 maggio 2016 e della giurisprudenza applicabile al caso di specie, l'azione va respinta senza che sia necessario dar seguito alla generica richiesta di prove inoltrate con la petizione (audizione testimoniale, richiamo documenti, perizie, ecc.).

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

2.7. Come indicato l'azione va respinta, senza percezione di tassa di giustizia e spese, che permangono a carico dello Stato, e senza attribuzione di ripetibili (neppure richieste). 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; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

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. Non si assegnano ripetibili.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.
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 presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario

Gianluca Menghetti