

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2016.32  
36.2016.34

3 ottobre 2016

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 16 marzo 2016 di

**AT 1**

contro

1. **CV 1**  
2. **CV 2**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto **in fatto**

- 1.1. Fino al 31 luglio 2007 (doc. A1) CV 2 e CV 1, nati nel 1974, unitamente ai loro due figli sono stati affiliati presso AT 1 per la copertura complementare per medicina alternativa (doc. A1) che ha riconosciuto loro, dal 2005 al 2007, i costi di numerosi trattamenti dispensati loro dallo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ fatturati (in 18 volte) Fr. 15'905,05 (doc. A6), di cui gli assicurati hanno ottenuto rimborso secondo quanto previsto dal contratto (franchigia di Fr. 300.-, quota

parte del 20% a carico dell'assicurato, rimborso annuo massimo di Fr. 10'000.-) nella misura di Fr. 12'004,25 (doc. A16).

1.2. Nel corso del 2011 il Ministero Pubblico del Canton Ticino ha aperto una procedura nei confronti della \_\_\_\_\_ dello \_\_\_\_\_ per truffa e falsità in documenti in relazione con la fatturazione di prestazioni effettuate presso la sua struttura. Con l'ordine di perquisizione e sequestro del 10 marzo 2011 (doc. A8) il procuratore pubblico incaricato del caso ha informato l'assicuratore malattia dell'apertura del procedimento, indicando che *"è probabile che l'inchiesta si possa in seguito estendere anche nei confronti dei collaboratori e dei clienti \_\_\_\_\_"*, perciò ha chiesto all'assicuratore se dei suoi affiliati gli avessero trasmesso per il rimborso, dal 2007, delle fatture. Rispondendo affermativamente, il 14 settembre 2012 ed il 22 aprile 2013 (doc. A9) AT 1 si è quindi dichiarata accusatore privato nel citato procedimento penale.

1.3. Con petizione del 16 marzo 2016 (doc. I) AT 1 ha chiesto la condanna di CV 1 e di CV 2, quest'ultima in solido con il marito, al pagamento dell'importo complessivo di Fr. 12'304,25 quali prestazioni ottenute a torto dall'assicurazione medicina alternativa in applicazione dell'art. 40 LCA e dell'art. 62 segg. CO e contestualmente ha chiesto il rigetto dell'opposizione al precetto esecutivo n. \_\_\_\_\_ dell'U \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per il medesimo importo (doc. A5).

Parte attrice sostiene che, con l'agire fraudolento degli assicurati, ai sensi dell'art. 40 LCA essa sia dunque legittimata a chiedere in restituzione tutte le prestazioni derivanti dal contratto (DTF 131 III 314).

L'assicuratore, oltre ai Fr. 12'004,25 figuranti nel decreto di accusa, domanda il riconoscimento di Fr. 300.- per le spese sopportate nella presente procedura quale risarcimento danni.

1.4. Malgrado il termine di 20 giorni entro cui inoltrare le proprie osservazioni sia stato prorogato d'ufficio dal Tribunale fino al 12 maggio 2016 (doc. III), CV 2 e CV 1 non si sono manifestati né per iscritto né di persona all'udienza di discussione che ha avuto luogo, davanti al giudice delegato, il 27 giugno 2016 (doc. IV) alla presenza del solo assicuratore. Una copia del verbale è stata comunque trasmessa ai convenuti per conoscenza (doc. V).

1.5. Con decreto d'accusa del 30 settembre 2015 (doc. A4), cresciuto in giudicato, CV 2 è stata, per ciò che concerne la controversia in oggetto, condannata ad una pena pecuniaria di 120 aliquote giornaliere da Fr. 190.- cadauna, sospesa condizionalmente per un periodo di prova di 2 anni, e al pagamento di una multa di Fr. 1'000.- per ripetuta truffa, consumata e tentata, e ripetuta falsità in documenti (cfr. considerandi 1.2 e 3.2 del citato decreto di accusa). In particolare, l'assicurata è stata accusata, tra l'altro, di ripetuta truffa, consumata e tentata, per avere, nel periodo dal 2005 al 2007,

" (...)

1.2. agendo in correttezza con \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, accettato di far risultare, contrariamente al vero, su 18 fatture di cui

6 a lei intestate, 6 intestate alla figlia \_\_\_\_\_, 5 intestate al figlio \_\_\_\_\_ e 1 al marito CV 1, trattamenti di medicina complementare mai effettuati, in particolare di massaggi medicali, riflessologia, linfodrenaggio e indicando sulle stesse terapisti riconosciuti dalla cassa malati complementare quali \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, segnatamente:

- ⇒ fattura del 01.03.2006 a nome di CV 2 per trattamenti dal 9.01.2006 al 28.02.2006 (massaggio – 102), per un totale di CHF 1'452.60.00, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 922.10;
- ⇒ fattura del 03.05.2006 a nome di CV 2 per trattamenti dal 24.03.2006 al 02.05.2006 (massaggio – 102), per un totale di CHF 1'452.00, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 1'162.10;
- ⇒ fattura del 23.02.2007 a nome di CV 2 per trattamenti dal 05.01.2007 al 13.02.2007 di riflessologia, per un totale di CHF 1'162.10, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 929.70;
- ⇒ fattura del 15.05.2007 a nome di CV 2 per trattamenti dal 26.03.2007 al 15.05.2007 (massaggio – 102), per un totale di CHF 1'452.60, rimborsata dalla cassa malati in ragione di 922.10;
- ⇒ fattura del 30.08.2007 a nome di CV 2 per trattamenti dal 12.07.2007 al 30.08.2007 di linfodrenaggio per un totale di CHF 1'452.60, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 432.00;
- ⇒ fattura del 26.11.2007 a nome di CV 2 per trattamenti dal 09.10.2007 al 26.11.2007 (massaggio – 103), per un totale di CHF 1'452.60, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 0.00;
- ⇒ fattura del 29.04.2005 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 11.03.2005 al 18.04.2005 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.85, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 672.00;
- ⇒ fattura del 10.05.2006 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 21.03.2006 al 09.05.2006 di cromoterapia, per un totale di CHF 1'151.30, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 921.05;
- ⇒ fattura del 01.03.2006 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 03.01.2006 al 10.02.2006 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.80, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 723.05;
- ⇒ fattura del 18.08.2007 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 09.07.2007 al 17.08.2007 di riflessologia, per un totale di CHF 1'162.10, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 504.00;
- ⇒ fattura del 30.06.2007 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 16.05.2007 al 27.06.2007 di cromoterapia, per un totale di CHF 1'162.10, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 929.70;
- ⇒ fattura del 04.12.2007 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 25.10.2007 al 04.12.2007 di cromoterapia, per un totale di CHF 1'162.10, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 0.00;
- ⇒ fattura del 30.06.2005 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 23.05.2005 al 30.05.2005 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.85, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 723.10;
- ⇒ fattura del 17.10.2005 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 09.09.2005 al 17.01.2005 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.85, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 723.10;
- ⇒ fattura del 30.12.2005 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 15.11.2005 al 22.12.2005 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.85, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 723.10;
- ⇒ fattura del 20.06.2007 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 04.05.2007 al 12.06.2007 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.80, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 723.05;
- ⇒ fattura del 07.09.2007 a nome di \_\_\_\_\_ per trattamenti dal 30.07.2007 al 07.09.2007 di cromoterapia, per un totale di CHF 903.80, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 72;
- ⇒ fattura del 28.02.2007 a nome di CV 1 per trattamenti dal 19.01.2007 al 28.02.2007 (massaggio – 102), per un totale di CHF 1'452.60, rimborsata dalla cassa malati in ragione di CHF 922.10;

trasmettendo personalmente alla cassa malati AT 1 le 18 fatture per trattamenti terapeutici (fatture ricevute da \_\_\_\_\_), sottacendo il fatto che dette fatture erano in realtà dei falsi, in quanto le prestazioni indicate sulle stesse non sono mai state effettuate”.

Da questo decreto di accusa emerge che l'interessata è riuscita “in

*tal modo a farsi versare dalla citata cassa malati AT 1 i relativi importi per complessivi CHF 12'004.25" (doc. A4 pag. 5).*

Questo agire ha permesso all'assicurata di "ottenere un illecito profitto, consistente nel ricevere un guadagno per poter recuperare, al meno in parte, il prestito da lei concesso a \_\_\_\_\_" (doc. A4 pag. 5).

Inoltre, nel medesimo periodo si è configurato il reato di ripetuta falsità in documenti, per avere

" allo scopo di nuocere al patrimonio altrui o di procacciare a sé o ad altri un indebito profitto, formato o fatto formare documenti falsi, facendone altresì uso a scopo d'inganno, e meglio per avere

(...)  
**3.2.**

agendo in correatà con \_\_\_\_\_, allestito ovvero fatto allestire 18 fatture fittizie, utilizzate per mettere in atto le truffe di cui al punto 1.2, e meglio trasmettendole all'assicurazione medicina complementare AT 1, a cui la stessa imputata, la figlia \_\_\_\_\_, il figlio \_\_\_\_\_ e il marito CV 1 erano affiliati,

documentazione fittizia allestita da \_\_\_\_\_, che attestava, contrariamente al vero, che lei stessa, i figli \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ nonché il marito CV 1, si erano sottoposti a terapie medicali riconosciute presso il \_\_\_\_\_ effettuate da terapisti riconosciuti nonostante essi non avessero mai beneficiato di alcun trattamento,

il tutto allo scopo di indurre la cassa malati medicina complementare AT 1 a versare gli importi relativi a tali fatture (per complessivi CHF 12'004.25) a favore dell'imputata, importo utilizzato quale rimborso parziale del prestito da lei concesso a \_\_\_\_\_" (...).

1.6. Il 27 giugno 2016 (doc. IV) ha avuto luogo un'udienza alla quale, però, i convenuti non hanno presenziato. Davanti al giudice delegato l'assicuratore malattia ha confermato la sua petizione e ha precisato quanto segue:

" (...)

In particolare, l'assicuratore pone in evidenza le ammissioni della signora CV 2 contenute nel verbale 07 dicembre 2010 dove in particolare è ammesso che sono state allestite 18 fatture complessivamente per oltre 15000 mila franchi con un rimborso effettivo dell'assicuratore di oltre 12000 mila franchi.

AT 1 prende atto di quanto contenuto nel verbale doc. A13 pag 3. e 4 dove sembrerebbe che 9 fatture per 12044,55 originali allestite dalla \_\_\_\_\_, per conto del \_\_\_\_\_, fasulle e consegnate alla CV 2, non sono state trasmesse all'assicuratore per il rimborso.

AT 1 evidenzia che le fatture allestite in favore dei membri della famiglia CV 2 sono state trasmesse, oggetto di conteggio e di successivo rimborso sul conto del signor CV 1.

AT 1 ha regolarmente pagato rimborsando le fatture che credeva corrette e allestite per prestazioni assicurate.

I pagamenti sono avvenuti alle date che emergono nella tabella ricapitolativa annessa al verbale doc. A 14 della PP \_\_\_\_\_ del 17 ottobre 2015.

In sostanza i pagamenti sono intervenuti al più tardi qualche mese dopo la presunta data della prestazione e della fatturazione uguale la conclusione dal documento A7 ossia dal estratto informatica che indica le date dei versamenti eseguiti da AT 1 in favore del conto bancario del signor CV 1.

AT 1 ritiene sufficientemente e adeguatamente così comprovato agire illecito della signora CV 2, l'indebito profitto conseguito dalla stessa e dal marito da cui discende l'obbligo di restituzione di entrambe.

L'assicuratore non ha altri mezzi di prova oltre a quelli già prodotti e richiamati nei suoi atti. Nella sua azione AT 1 ha richiamato in particolare atti dell'inchiesta penale che sono costituiti sostanzialmente da verbali di terapisti. L'assicuratore mantiene questa richiesta probatoria nella misura in cui quanto ha acquisito senza contestazione, da parte dei convenuti, non sia già sufficiente a suffragare la sua richiesta di condanna.

Ricapitolando AT 1 e parte convenuta sia condannata al versamento di CHF 12044.25 oltre a CHF 300.00 quale indennizzo delle spese sopportate CHF 300.00.

Per tale importo chiede la revocazione dell'opposizione formulata al PE \_\_\_\_\_ del UE \_\_\_\_\_, precetto datato 13.03.2015.

AT 1 non ha invece intimato precetti eseguiti alla signora CV 2.”.

considerato

### **in diritto**

- 2.1. Oggetto del contendere è la questione di sapere se i convenuti devono restituire all'attrice l'importo di Fr. 12'004,25 oltre a Fr. 300.- di risarcimento danni e se deve essere rigettata l'opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ del 13 marzo 2015 dell'U\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ fatto spiccare nei confronti di CV 2.
- 2.2. In concreto CV 1 e CV 2 hanno concluso per loro stessi e per i loro due figli l'Assicurazione per medicina alternativa \_\_\_\_\_ per il periodo dal 2005 al 31 luglio 2007 (doc. A1), cui sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione, edizione 01.2001 (doc. A3) e la LCA (doc. A3 pag. 1).

Ai sensi dell'art. 1 CGA, l'assicurazione per medicina alternativa è da considerare assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Nei casi di prestazioni per i quali è in obbligo di versare prestazioni un assicuratore LAINF, LAMal, l'assicurazione militare, l'assicurazione d'invalidità oppure un'altra assicurazione sociale, nell'ambito delle prestazioni assicurate, l'assicuratore paga soltanto la parte di prestazioni dovuta e non coperta da tali assicuratori.

Per l'art. 2 CGA l'assicuratore assume, ai sensi delle disposizioni di seguito riportate, prestazioni per trattamenti e rimedi curativi nell'ambito della medicina alternativa. L'attrice eroga prestazioni in caso di malattia e infortunio (cfr. art. 3 CGA).

L'art. 5.1 CGA prevede che l'assicuratore paga nell'ambito dell'art. 6 segg. le prestazioni per trattamenti ambulatoriali, trattamenti stazionari e rimedi curativi della medicina alternativa, nella misura in cui ciò è utile al trattamento di una malattia o di postumi di infortunio. Per ogni anno civile assicurato, previa detrazione della partecipazione ai costi ai sensi dell'art. 14, l'assicuratore assume complessivamente al massimo l'importo annuale riportato nella polizza. In concreto ciò corrisponde ad un importo massimo di Fr.

10'000.- all'anno, tenuto conto di una franchigia di Fr. 300.- e di una partecipazione ai costi del 20% (doc. A1).

Per l'art. 6.1 CGA sia il fornitore di prestazioni scelto come pure il metodo applicato devono essere riportati nelle liste dell'assicuratore, figuranti nell'allegato. Determinanti sono le liste valevoli al momento del trattamento. Secondo l'art. 6.2 CGA, l'assicuratore compila una lista dei metodi e una lista dei fornitori di prestazioni.

Nell'ambito dell'art. 5 l'assicuratore assume i costi per i metodi della medicina alternativa, a condizione che il trattamento venga eseguito da un fornitore di prestazioni riconosciuto da AT 1 per il metodo scelto. Il metodo e il fornitore di prestazioni devono essere riportati sulla lista determinante. I rimedi curativi vengono assunti, se prescritti e consegnati con appropriatezza nell'ambito di un metodo riconosciuto dall'assicuratore, per l'applicazione del quale il fornitore di prestazioni è riconosciuto da AT 1, che si riserva di compilare una lista negativa dei rimedi curativi.

- 2.3. In concreto dagli atti emerge chiaramente, e CV 2, in sede penale, ha ammesso questa circostanza, che dal 2005 al 2007 ha trasmesso all'assicuratore malattie delle fatture false per prestazioni mai eseguite presso lo \_\_\_\_\_, per un importo complessivo di Fr. 15'905,05 e di avere ottenuto un rimborso di Fr. 12'004,25. A questo proposito va evidenziato che, come emerge dal verbale di interrogatorio del 7 dicembre 2010 (doc. A13 pag. 4), per restituire i Fr. 15'000.- che l'assicurata le ha prestatato, \_\_\_\_\_ della citata struttura le ha consegnato delle fatture false per un totale di Fr. 15'000.-, *“con mittente “\_\_\_\_\_” dove risultava che la mia famiglia (io – mio marito CV 1 ed i miei figli \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) aveva effettuato dei trattamenti cosiddetti medicali. \_\_\_\_\_ mi ha proposto di utilizzare queste fatture per ottenere il rimborso dalla mia cassa malati e scalare così il suo debito. (...) Dichiaro che tutte queste fatture sono false, i trattamenti non sono mai stati eseguiti. (...)”*.

Una conferma di questo agire la convenuta l'ha resa davanti al Procuratore Pubblico che l'ha interrogata il 17 ottobre 2013 (doc. A14 pag. 11), occasione in cui essa ha ribadito di avere prestatato Fr. 15'000.- e che *“per restituirmi quest'importo \_\_\_\_\_ mi ha consegnato delle fatture false intestate a me e ai miei figli.”* e ha aggiunto che *“Preciso che oltre a queste fatture \_\_\_\_\_ me ne ha consegnate diverse altre, ma mi sono rifiutata di spedirle alla cassa malati in quanto non ero più d'accordo a procedere in questo modo. Preciso pure che parte dell'importo ottenuto dalla cassa malati io l'ho consegnato a \_\_\_\_\_. ADR che questi erano gli accordi in quanto \_\_\_\_\_ aveva necessità di denaro. Io credo di aver tenuto per me circa 3/4'000.00 franchi.”*.

L'assicuratore, sulla base dell'inchiesta penale e della condanna di cui al decreto d'accusa del 30 settembre 2015, ritiene che la truffa commessa dall'assicurata sia ormai comprovata e chiede l'annullamento di tutti i contratti con effetto retroattivo ai sensi dell'art. 40 LCA, con conseguente restituzione da parte della convenuta, in solido con il marito sul cui conto venivano rimborsate le fatture, di tutte le prestazioni riconosciute loro.

2.4. Ai sensi dell'art. 40 LCA, intitolato frodi nelle giustificazioni, l'assicuratore non è vincolato al contratto di fronte all'avente diritto, se questi od il suo rappresentante, nell'intento di indurlo in errore, ha dichiarato inesattamente o taciuto dei fatti che escluderebbero o limiterebbero l'obbligo dell'assicuratore, o se, nel medesimo intento, egli non ha fatto o ha fatto tardivamente le comunicazioni che per l'articolo 39 della presente legge gli incombono.

La norma esige, *dal punto di vista oggettivo*, che la dissimulazione o la dichiarazione inesatta dei fatti sia idonea a influenzare l'esistenza o l'estensione di un'obbligazione dell'assicuratore, ossia che sulla base di una dichiarazione corretta dei fatti l'assicuratore avrebbe fornito una prestazione maggiore o minore. È inoltre necessario, *dal punto di vista soggettivo*, che l'avente diritto abbia agito con la consapevolezza e la volontà di indurre in errore l'assicuratore, poco importando se sia o meno riuscito nel suo intento (sentenza 5C.99/2002 del 12 giugno 2002, consid. 3.1; sentenza 5C.48/2003 del 16 maggio 2003, consid. 2.2; sentenza 5C.2/2007 del 17 ottobre 2007, consid. 4.1; sentenza 5C.265/2006 del 19 marzo 2008, consid. 4.1.2). L'onere della prova circa l'esistenza di dichiarazioni fraudolente dell'assicurato volte ad indurre in errore l'assicuratore incombe a quest'ultimo (DTF 130 III 321 consid. 3.1; sentenza 5P.399/1998 del 10 novembre 1998, consid. 2c/aa; sentenza 5C.11/2002 dell'11 aprile 2002, consid. 2a; sentenza 5C.99/2002 del 12 giugno 2002, consid. 3.1; sentenza 5C.48/2003 del 16 maggio 2003, consid. 2.2; sentenza 5C.8/2004 del 1° luglio 2004, consid. 2.1; sentenza 5C.2/2007 del 17 ottobre 2007, consid. 4.1).

Con sentenza 4A\_432/2015 dell'8 febbraio 2016, al considerando 5.3 il TF ha rammentato che l'applicazione dell'art. 40 LCA necessita la volontà di indurre in errore l'assicuratore, la quale è data laddove la persona assicurata, coscientemente e volontariamente, afferma cose false per ottenere un vantaggio patrimoniale.

Va qui evidenziato che per giurisprudenza costante dell'Alta Corte è sufficiente che l'intenzione di indurre in errore l'assicuratore ai sensi dell'art. 40 LCA sia comprovata secondo il principio della verosimiglianza preponderante (sentenza 4A\_432/2015 dell'8 febbraio 2016 al consid. 2.2, con rinvio alla sentenza 4A\_382/2014 del 3 marzo 2014, consid. 5.3 e alla sentenza 4A\_431/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.5).

L'art. 53 CO, applicabile in tutto il diritto privato (sentenza 4A\_533/2013 del 27 marzo 2014, consid. 3.3: "[...] Art. 53 OR, *der im ganzen Privatrecht anwendbar ist [...]*" e che regola l'indipendenza del Giudice civile rispetto al codice penale, al giudizio penale di assoluzione e al giudizio, in generale, del Giudice penale (cfr. sentenza 4A\_533/2013 del 27 marzo 2014, consid. 3.3: "[...] *regelt die Unabhängigkeit der Zivilrichters gegenüber dem Strafgesetz, dem freisprechenden Urteil des Strafgerichts und dem Urteil des Strafrichters überhaupt [...]*"), al cpv. 1 prevede che nel giudizio circa l'esistenza o la non esistenza della colpa e la capacità di discernimento il giudice non è vincolato dalle disposizioni di diritto penale, che regolano l'imputabilità, né dalla sentenza di assoluzione

in sede penale.

Secondo l'art. 53 cpv. 2 CO, così pure il giudice civile non è vincolato dalla sentenza penale circa l'apprezzamento della colpa e la determinazione del danno.

A questo proposito la dottrina rammenta che l'art. 40 LCA descrive uno stato di fatto retto dal diritto civile. La truffa ai sensi dell'art. 146 CP non è identica, nella misura in cui il diritto penale conosce l'elemento qualificativo dell'agire astuto e applica, in parte, norme probatorie (quale "*in dubio pro reo*") che il diritto civile non conosce (Nef, in: Basler Kommentar, n. 3 e segg. ad art. 40 LCA). Occorre pertanto sempre stabilire autonomamente, in base alle norme del diritto civile, se le condizioni oggettive e soggettive dell'art. 40 LCA sono adempiute. Tuttavia, la stessa dottrina rileva che l'indipendenza del giudice civile nei confronti del giudizio penale vale segnatamente in caso di assoluzione della persona assicurata. Infatti, sovente gli elementi costitutivi della truffa non trovano conferma in ambito penale, poiché manca l'inganno astuto previsto dall'art. 146 CP. L'art. 40 LCA non richiede (invece) la prova dell'inganno astuto, così che un'assoluzione in ambito penale non necessariamente implica l'assenza di una frode ai sensi dell'art. 40 LCA. Neppure una condanna della persona assicurata ai sensi dell'art. 146 CP può essere ripresa senza approfondimenti dal giudice civile, segnatamente laddove si possa concludere che il giudice penale abbia commesso un errore nel giudizio (Nef, op. cit., n. 6 ad art. 40 LCA). Le autorità penali hanno maggiori possibilità di accertare i fatti. Il giudice civile può utilizzare gli atti penali nell'ambito del libero apprezzamento delle prove (Nef, op. cit., n. 7 ad art. 40 LCA).

Come rammenta il TF nella sentenza 4A\_319/2012 del 28 gennaio 2014 al considerando 4.1, secondo la giurisprudenza, se da un lato l'art. 53 CO impone al giudice civile di pronunciarsi sull'apprezzamento della colpa e sulla determinazione del danno senza tenere conto di una sentenza penale intervenuta in precedenza, dall'altro lato non gli impedisce, nei limiti stabiliti dal pertinente diritto processuale, di riferirsi alle risultanze e agli accertamenti di fatto che emergono nel processo penale, procedendo poi a una valutazione autonoma degli stessi sotto il profilo del diritto civile (DTF 125 III 401 consid. 3; cfr. pure sentenza 4C.74/2000 del 16 agosto 2001 consid. 1, 3 e 4b; cfr. anche sentenza 4A\_533/2013 del 27 marzo 2014, consid. 3.3 e sentenza 4A\_319/2012 del 28 gennaio 2013, consid. 4.1; cfr. anche la sentenza 4A\_491/2013 del 6 febbraio 2014).

2.5. In concreto l'assicurata in sede penale è stata condannata per ripetuta truffa e ripetuta falsità in documenti, segnatamente per avere accettato di fare risultare su 18 fatture, contrariamente al vero, dei trattamenti di medicina complementare fittizi, neppure mai effettuati, nonché per avere fatto allestire 18 fatture fittizie trasmettendole poi al suo assicuratore malattia complementare allo scopo di indurlo a versare i relativi importi ed utilizzare gli stessi quale rimborso parziale del prestito concesso a suo tempo al fornitore di prestazioni.

2.5.1. Dal punto di vista *oggettivo*, gli estremi per l'applicazione dell'art. 40 LCA sono adempiuti.

Dall'istruttoria è infatti emerso che CV 2 trasmetteva direttamente all'assicuratore per il rimborso le fatture emesse dallo \_\_\_\_\_ per tutta la sua famiglia (doc. A13: verbale di interrogatorio del 7 dicembre 2010 pag. 2: “[...] Ammetto invece i reati di ripetuta truffa (o complicità in ripetuta truffa) e ripetuta falsità in documenti. [...]” e a pag. 4: “[...] mi ha proposto di utilizzare queste fatture per ottenere il rimborso dalla mia cassa malati [...] io ho portato questi documenti al mio domicilio ma non li ho mai spediti alla mia cassa malati [...]”, sottintendendo, così, che le altre fatture, fino ad un ammontare di Fr. 15'000.-, le aveva invece spedite al suo assicuratore malattia per ottenere il rimborso di sua spettanza).

La convenuta ha dichiarato alle autorità inquirenti che tutte le fatture trasmesse all'attrice costituivano dei falsi, perché sono state emesse per prestazioni sì rimborsate dall'assicurazione complementare, ma in realtà non sono mai avvenute come tali. Lo scopo di questa fatturazione era di recuperare la somma che essa aveva prestato al fornitore di prestazioni (doc. A13: verbale di interrogatorio del 7 dicembre 2010 pag. 4: “[...] Dichiaro che tutte queste fatture sono false, i trattamenti non sono mai stati eseguiti. [...]” e doc. A14: verbale di interrogatorio dell'imputata del 17 ottobre 2013 pag. 11: “[...] per restituirmi quest'importo \_\_\_\_\_ mi ha consegnato delle fatture false intestate a me e ai miei figli. [...]”).

Pertanto, nessuna scheda anamnesi è stata compilata né sullo stato di salute della convenuta, né su quello dei propri figli e del marito, nei confronti dei quali, però, sono state emesse numerose fatture secondo cui tra il 2005 e il 2008 (doc. A14) CV 2 e i suoi familiari si sarebbero sottoposti a dei cicli di trattamenti di massaggi, cromoterapia e riflessologia e, per 18 di queste fatture emesse tra il 2005 e il 2007, l'assicurata ha poi chiesto il rimborso al suo assicuratore malattia.

Ora, alla luce delle dichiarazioni rilasciate dalla convenuta agli inquirenti, è evidente che le 18 fatture che sono state inviate dal fornitore di prestazioni alla convenuta e ai suoi familiari – che figurano nel dettagliato elenco stilato dal Procuratore Pubblico nel suo decreto d'accusa al punto 1.2 - non collimano con la realtà, non avendo essi mai effettuato in quel periodo alcun trattamento presso lo \_\_\_\_\_.

Queste prestazioni, come chiaramente ammesso e riconosciuto dalla convenuta stessa in sede penale, non sono in realtà mai avvenute.

Pertanto, alla luce della documentazione agli atti e delle chiare dichiarazioni dell'assicurata, questo TCA deve concludere come comprovato che né CV 2 né tanto meno i suoi familiari hanno effettuato massaggi, cromoterapia o riflessologia presso la citata struttura nel periodo in questione.

Di conseguenza, tutte le 18 fatture agli atti che riportano delle prestazioni che l'assicurata, suo marito e i loro figli avrebbero ricevuto, costituiscono un falso (docc. A13 e A14).

Sulla base di queste circostanze, l'*elemento oggettivo* di cui all'art. 40 LCA è qui certamente dato.

Infatti, la produzione di fatture false è idonea a influenzare l'esistenza o l'estensione dell'obbligo prestativo dell'assicuratore.

Ciò è sufficiente, se però anche l'*aspetto soggettivo* è realizzato, per liberare l'assicuratore dal suo obbligo prestativo, anche in presenza di eventuali fatture corrette (cfr. anche la sentenza 12.2008.202 della Seconda Camera Civile del Tribunale d'Appello del 17 gennaio 2011, confermata dalla sentenza 4A\_131/2011 del 15 settembre 2011, dove la falsa dichiarazione relativa all'acquisto di cerchioni e pneumatici di un'automobile ha portato alla negazione del rimborso anche del valore stesso dell'automobile rubata; cfr. anche la sentenza 5C.11/2002 dell'11 aprile 2002, consid. 2a)bb) e la sentenza 4A\_17/2001 del 14 marzo 2011; Nef, op. cit., n. 50 e seguenti ad art. 40 LCA).

2.5.2. Dal punto di vista *soggettivo*, alla luce delle precise dichiarazioni della medesima convenuta rilasciate in sede di interrogatorio di polizia del 7 dicembre 2010 e del Procuratore Pubblico del 17 ottobre 2013, questo Tribunale, per i motivi che seguono, deve senza alcun dubbio concludere che l'interessata ha agito con la consapevolezza e la volontà di indurre in errore l'assicuratore.

Questa circostanza emerge senza alcun dubbio dalle parole della convenuta stessa rilasciate in ambito penale, laddove essa ha affermato che "*Per restituirmi il denaro \_\_\_\_\_ mi ha consegnato delle false fatture per un totale di fr. 15'000.-- (...) mi ha proposto di utilizzare queste fatture per ottenere il rimborso dalla mia cassa malati e scalare così il suo debito. (...) Dichiaro che tutte queste fatture sono false, i trattamenti non sono mai stati eseguiti. (...)*" (doc. A13: verbale di interrogatorio del 7 dicembre 2010 pag. 4). E ancora: "*(...) per restituirmi quest'importo \_\_\_\_\_ mi ha consegnato delle fatture false intestate a me e ai miei figli. (...)*" (doc. A14: verbale di interrogatorio dell'imputata del 17 ottobre 2013 pag. 11).

Da qui la piena consapevolezza dell'interessata di trasmettere delle fatture false al suo assicuratore al solo scopo di recuperare il credito vantato nei confronti del fornitore di prestazioni.

Ora, in base alla dottrina e alla giurisprudenza, l'intenzione fraudolenta può senz'altro essere ammessa già solo in presenza di dichiarazioni erronee (cfr. consid. 11.2 della sentenza 12.2008.202 della Seconda Camera Civile del Tribunale d'Appello del 17 gennaio 2011, confermata dalla sentenza 4A\_131/2011 del 15 settembre 2011, con riferimento a Nef, op. cit., n. 23 ad art. 40 LCA), a meno che le stesse siano state fornite per errore, distrazione o disattenzione (cfr. consid. 11.2 della citata sentenza 12.2008.202 della Seconda Camera Civile, confermata dalla sentenza 4A\_131/2011 del 15 settembre 2011, con riferimento a Nef, op. cit., n. 23 e n. 64 art. 40 LCA; sentenza 5C.99/2002 del 12 giugno 2002, consid. 3.1 e 5C.2/2007 del 17 ottobre 2007, consid. 4.1). La presenza di documenti falsi costituisce degli indizi a dimostrazione dell'intenzione di ingannare e quindi dell'agire intenzionale della persona assicurata (Nef, op. cit., n. 62 ad art. 40 LCA).

In concreto la convenuta non si è limitata a trasmettere una fattura contenente alcuni dati sbagliati che per errore, distrazione o disattenzione non sono stati verificati.

Essa ha invece trasmesso volontariamente e coscientemente al suo assicuratore fra il 2005 e il 2007 18 fatture contenenti 12 o 15 prestazioni ognuna, tuttavia mai effettuate, al solo scopo di trarne un profitto personale.

Ne segue che questo TCA deve concludere che la convenuta era consapevole di aver indotto in errore parte attrice (per un caso analogo, cfr. STCA 36.2015.66 del 31 agosto 2016).

- 2.5.3. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, d'avviso di questo Tribunale sia le condizioni oggettive sia quelle soggettive per applicare l'art. 40 LCA sono adempite.

Non è di conseguenza necessario richiamare i verbali degli incarti penali indicati dall'assicuratore (doc. I punto 2.3 pag. 5), il quale del resto ne ha prodotto uno stralcio essendo contenuto nei verbali di interrogatorio concernenti la convenuta (doc. A14), né occorre assumere ulteriori prove.

Va a questo proposito rammentato che, 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).

- 2.6. Occorre ora verificare quali sono le conseguenze dell'adempimento delle condizioni dell'art. 40 LCA.

La legge mette a disposizione dell'assicuratore una sanzione severa, più volte confermata dalla giurisprudenza del Tribunale federale. Questa norma gli permette infatti di dipartirsi dal contratto e di chiedere la restituzione di tutte le prestazioni fatte valere con l'agire illecito e ad esso correlate, anche se il comportamento fraudolento concerne solo una parte del danno o delle poste del danno (cfr. sentenza 5C.11/2002, consid. 2a)bb): *“Bei nachgewiesenem (versuchtem) Versicherungsbetrug stellt das VVG dem Versicherer eine scharfe Sanktion zur Verfügung. Art. 40 VVG erlaubt ihm, einseitig vom Versicherungsvertrag zurückzutreten (Jürg Nef, a.a.O.,*

N. 1 zu Art. 40 VVG). Dies hat zur Folge, dass der Versicherer von jeglicher Leistungspflicht befreit wird, selbst wenn sich die Täuschung nur auf einen Teil des Schadens bzw. einen einzelnen Schadensposten bezieht (BGE 78 II 278 E. 1 S. 280; Jürg Nef, a.a.O., N. 47; Alfred Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3. Auflage, 1995, S. 386).“; cfr. DTF 131 III 314 consid. 2.3: “[...] Der Wortlaut von Art. 40 VVG ist klar. Werden leistungsbegründende Tatsachen zum Zweck der Täuschung unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden“; cfr. anche sentenza 4A\_17/2011 del 14 marzo 2011, consid. 2: „[...] L’assureur peut alors refuser toute prestation, ce même si la fraude se rapporte à une partie seulement du dommage [...]“; cfr. sentenza 12.2008.202 del 17 gennaio 2011 della Seconda Camera Civile del Tribunale d’appello, confermata dalla sentenza 4A\_131/2011 del 4 agosto 2011).

Pure la dottrina (Nef, op. cit., n. 47 e seguenti ad art. 40 LCA) rileva che l’assicuratore è liberato dal pagamento di tutta la prestazione fatta valere dalla persona assicurata anche se la frode porta unicamente su una parte del danno, solo su alcune poste o concerne una piccola percentuale del danno e rammenta il caso di un falegname a cui è stato negato l’intero rimborso chiesto dopo essere stato vittima di un incendio per aver dichiarato la presenza di due mobili (“*Radiomöbel*”) di troppo o quella di un noleggiatore di automobili cui è stata negata tutta la prestazione relativa ad un’auto rubata del valore di Fr. 129'610.-, poiché aveva prodotto una falsa fattura con un valore aggiuntivo di Fr. 5'390.-.

Di principio in caso di frode nella dichiarazione del sinistro, se l’assicuratore disdice il contratto, quest’ultimo è sciolto *retroattivamente* con il sorgere del sinistro e non solo dal momento in cui è stata commessa la frode assicurativa (Nef, op. cit., n. 53 ad art. 40 LCA [cfr. anche n. 48]; cfr. sentenza 4A\_17/2011 del 14 marzo 2011 consid. 2; cfr. anche sentenza 5C.2/2007 del 17 ottobre 2007, dove il TF ha annullato una sentenza cantonale ed ha stabilito che tutti i contratti conclusi tra il 1978 ed il 1992 potevano essere disdetti per una frode commessa nel corso del 2000, confermando indirettamente la richiesta di restituzione dell’assicuratore di tutte le prestazioni [segnatamente indennità giornaliera] versate a partire dall’operazione per ernia del disco effettuata nel 1998 [consid. D e 4.2]; cfr. anche sentenza 4D\_103/2009 del 15 luglio 2009). Per i sinistri sorti successivamente non vi è alcun obbligo prestativo da parte dell’assicuratore (Nef, op. cit., n. 53 ad art. 40 LCA).

L’obbligo di restituzione si fonda sulle norme relative all’arricchimento illecito di cui agli art. 62 e seguenti CO (DTF 131 III 314 consid. 2.3.1: “[...] Ebenso wenig dürfen die Unterschiede zwischen Kündigung und Rücktritt übersehen bzw. Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolge vermengt werden. Die Kündigung wirkt ex nunc und damit pro futuro, was zur Folge hat, dass bereits erbrachte Leistungen nicht zurückgefordert werden können und die Leistungspflicht aus bereits eingetretenen Ereignissen fortbesteht. Demgegenüber lässt der Rücktritt das Vertragsverhältnis im Grundsatz ex tunc dahinfallen - wobei die

*Folgen des Rücktritts bei Versicherungsverträgen etwas weniger weit reichend sind (vgl. dazu KÖNIG, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1967, S. 91) - und begründet für bereits erbrachte Leistungen einen Rückforderungsanspruch aus ungerecht-fertigter Bereicherung (statt vieler: GUHL/MERZ/KOLLER, Das schweizerische Obligationenrecht, 9. Aufl., Zürich 2000, S. 309 f.)”).*

Cfr. anche Nef, op. cit., n. 1, 47 e 55 ad art. 40 LCA; cfr. sentenza 5C.11/2002 dell'11 aprile 2002, consid. 2a)bb).

Questo concetto è stato ribadito anche nella sentenza 4A\_680/2014 del 29 aprile 2015, segnatamente ai consid. 4 e seguenti (cfr. anche sentenza 4A\_671/2010 del 25 marzo 2011, consid. 2.6: “[...] L'art. 40 LCA est conçu pour l'hypothèse où l'ayant droit fait des déclarations mensongères relevant de l'escroquerie à l'assurance, en particulier pour le cas où il déclare un dommage plus étendu que celui qui est survenu en réalité (arrêt 5C.99/2002 du 12 juin 2002 consid. 3.1; arrêt 5C.240/1995 du 1er février 1996 consid. 2b). Pour que l'indication mensongère entraîne l'application de l'art. 40 LCA il faut, d'un point de vue objectif, qu'elle soit de nature à influencer l'existence ou l'étendue de l'obligation de l'assureur (JÜRGEN NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 16 ad art. 40 LCA). Lorsque les conditions de l'art. 40 LCA sont réunies, l'assureur peut non seulement refuser ses prestations, mais il peut aussi se départir du contrat et répéter en principe celles qu'il a déjà versées, cette faculté n'existant cependant qu'à l'égard de l'auteur de la tromperie (arrêt 5C.138/2005 du 5 septembre 2005 consid. 4.2) et pour le contrat affecté par elle ([ATF 131 III 314](#) consid. 2.3) [...])”).

Rammentato che per l'art. 62 CO chi senza causa legittima si trovi arricchito a danno dell'altrui patrimonio è tenuto a restituire l'arricchimento (cpv. 1) e che si fa luogo a restituzione specialmente di ciò che fu dato o prestato senza valida causa o per una causa non avveratasi o che ha cessato di sussistere (cpv. 2), in concreto il marito della convenuta è tenuto alla restituzione della somma di Fr. 12'004,25 avendo egli, quale capofamiglia e quindi quale debitore e pagatore dei premi nei confronti dell'assicuratore malattia, ricevuto sul suo conto tutti i rimborsi di AT 1 concernenti l'intera famiglia (doc. A2). In tali vesti, CV 1 si è quindi trovato arricchito di determinati importi senza valida causa, non essendoci alla base una giustificata controprestazione. Pertanto, come tale, egli deve restituire l'importo complessivo, per di più non contestato, versato dall'assicuratore per finte prestazioni dal 2005 al 2007.

Per quanto concerne la petizione inoltrata dall'attore nei confronti di CV 2 quale debitrice solidale, va qui evidenziato che quando più persone sono responsabili per lo stesso danno, ma per diverse cause, atto illecito, contratto o disposizione di legge, si applica per analogia la disposizione relativa al regresso fra le persone che hanno cagionato insieme un danno (art. 51 cpv. 1 CO) e, di regola, la responsabilità incombe in prima linea a colui che ha cagionato il danno con atto illecito, in ultima a colui che senza propria colpa né obbligazione contrattuale ne risponde per legge (art. 51 cpv. 2 CO).

Date le circostanze in cui si sono sviluppati i fatti nel caso in esame, considerato che è stata CV 2 a cagionare un danno al suo assicuratore mediante l'invio di fatture false e che suo marito si è ritrovato coinvolto solo perché gli accrediti dei relativi rimborsi sono avvenuti sul suo conto bancario, il creditore è legittimato ad agire (anche) contro la convenuta, fermo restando che fra i coniugi si è venuta a creare una solidarietà fra più debitori (art. 143 cpv. 1 CO su rinvio dell'art. 51 cpv. 1 CO) e che il creditore può in tal caso a sua scelta esigere da tutti i debitori solidali o da uno di essi tutto il debito o solo una parte (art. 144 cpv. 1 CO), senza dimenticare che i coniugi restano obbligati finché è estinto tutto il debito (art. 144 cpv. 2 CO).

L'attore creditore ha dunque agito correttamente postulando sia nei confronti del marito, sul cui conto sono stati indebitamente versati Fr. 12'004,25, sia della moglie, artefice della truffa e della falsificazione di documenti, la restituzione di tale importo.

- 2.7. L'assicuratore chiede il pagamento di un importo di Fr. 300.- a titolo di risarcimento danni ai sensi degli artt. 41 e seguenti CO (doc. I). A questo proposito l'attore afferma che *"Il danno "spese" consiste nel lavoro supplementare causato a seguito dell'agire illegale - accertato con il decreto d'accusa del 30.09.2015 – dei convenuti al personale AT 1 (soprattutto il team incasso, il centro servizi, ...) per la trattazione della pratica (senz'altro stimabile in un paio di ore, non inferiore alle 4), comprendente: la visione atti penali, la valutazione del da farsi, etc.), la corrispondenza concernente la misura adottata (con lo scritto del 17.10.2014, i relativi conteggi di storno di stessa data e i solleciti e la diffida..., l'avvio della procedura esecutiva e giudiziaria...). I costi postali di corrispondenza (almeno CHF 25), le fotocopie (atti penali e altro (necessarie per la prosecuzione della pratica: min. 150 copie), le spese di trasferta al ministero pubblico per la visione atti, etc. Il danno di AT 1 è pertanto senz'altro quantificabile nell'importo forfettario di CHF 300, che è proporzionale ai dispendi avuti nella fattispecie. (Se si considera che anche in ambito LAMal, a determinate condizioni, si giustifica prelevare spese proporzionali al dispendio avuto, si buon capire che la richiesta di rimborso spese si giustifica nella fattispecie, in presenza di un agire illegale da parte dell'assicurata)".*

Con sentenza 12.2012.5 del 18 febbraio 2013 la Seconda Camera Civile del Tribunale d'Appello ha rammentato (cfr. anche le sentenze 36.2015.66 del 31 agosto 2016; 36.2015.36 dell'11 novembre 2015 e 36.2013.54 del 26 febbraio 2014):

" 5.1. Dottrina e giurisprudenza riconoscono il principio secondo cui le spese connesse all'intervento di un legale prima dell'apertura di un processo civile e non comprese nelle ripetibili secondo la procedura cantonale - che sono poi quelle indispensabili causate dal processo e un'adeguata indennità per gli onorari di patrocinio (art. 150 CPC/TL) - costituiscono una posizione di danno risarcibile, sempre che sia provata la necessità di un tale intervento sia in relazione alla situazione personale sia in relazione alla natura del patrocinio, che, a sua volta, deve essere necessario, utile e appropriato (DTF 117 II 101; TF 12 febbraio 2003 4C.288/2002; Il CCA 13 ottobre 2005 inc. n. 12.2004.163; COCCHI/TREZZINI, CPC-TI, m. 1 ad art. 150), ritenuto che le stesse sono

considerate appropriate e necessarie se la pretesa di cui si vuole ottenere l'esecuzione giudiziale esiste effettivamente (sentenza del TF 19 maggio 2003 inc. 4C.11/2003; COCCHI/TREZZINI, op. cit., m. 57 ad art. 150; Il CCA 5 agosto 2011 inc. n. 12.2009.163).

5.2. Nel caso di specie, stante la natura delle prestazioni effettuate dal legale (per l'elenco delle prestazioni cfr. doc. Q e R), non è possibile affermare che esse costituiscono una posizione di danno a sé stante non coperta dalle ripetibili. Come rettamente rilevato dal Pretore tanto la cronologia quanto la tipologia delle attività svolte risultano assimilabili agli usuali e imprescindibili atti di preparazione di una causa giudiziaria. In concreto, il lavoro adempiuto dal legale si lascia sostanzialmente riassumere in una presa di conoscenza della problematica per il tramite del cliente e in una serie di contatti esplorativi con la controparte del tutto in linea con quanto abitualmente svolto prima dell'avvio della causa vera e propria; causa nella quale è poi effettivamente confluito il lavoro di preparazione appena descritto. Ne discende che quanto fatturato dal legale non può essere riconosciuto quale posta di spesa a sé stante, distinta da quelle del procedimento giudiziario, ma rientra a pieno titolo tra le attività coperte dalle ripetibili. Questa pretesa si rivela pertanto infondata e la decisione del Pretore va confermata.”.

Con sentenza 5C.212/2003 del 27 gennaio 2004 il TF ha stabilito che secondo il diritto della responsabilità civile le spese necessarie ed adeguate all'intervento di un avvocato prima dell'apertura di un processo civile costituiscono un danno riparabile o una parte del danno reclamato nella misura in cui non sono incluse nelle ripetibili. In altre parole il rimborso di tali costi può essere sollecitato nell'ambito di un'azione in responsabilità civile se non esisteva la possibilità di ottenerne il versamento nell'ambito del medesimo processo. Le sentenze concernono casi relativi ad incidenti della circolazione, mentre in un caso (4C.11/2003 del 19 maggio 2003), il principio è stato applicato ad un contratto d'appalto. Il TF ha poi rilevato di non aver mai dovuto giudicare il caso di sapere se le spese d'avvocatura cui si è dovuto far fronte prima del processo, per poi agire personalmente senza farsi rappresentare da un avvocato costituiscono un danno ai sensi dell'art. 41 CO ed ha risposto affermativamente, non potendo trattare diversamente le spese dell'avvocato a dipendenza della circostanza che la persona si fa rappresentare o meno innanzi ai Tribunali. Queste spese costituiscono un danno se la consultazione di un avvocato era necessaria e adeguata per difendere la causa in giustizia.

In concreto l'assicuratore non ha dovuto far capo ad un legale, avendo a disposizione un servizio giuridico interno. Tuttavia, nella misura in cui ha dovuto avviare una procedura esecutiva nei confronti di CV 1 ed in seguito civile nei confronti anche della moglie, i quali coniugi hanno implicitamente negato di dovere restituire alcunché avendo fatto opposizione al precetto esecutivo malgrado l'agire di CV 2 fosse stato sin dagli interrogatori del 2010 e del 2013 notoriamente contrario alla legge, l'importo di Fr. 300.-, proporzionato rispetto all'ammontare chiesto in restituzione, per le spese di corrispondenza, di fotocopie dell'incarto penale, di trasferta presso il Ministero Pubblico e di richieste di atti a tale autorità, va senz'altro riconosciuto dal TCA (per un caso simile, cfr. STCA 36.2015.66 del 31 agosto 2016).

2.8. Alla luce di tutto quanto sopra esposto entrambi i convenuti devono essere condannati, in solido, a versare all'assicuratore malattia

l'importo totale di Fr. 12'304,25. Di conseguenza, l'opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ dell'U \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 13 marzo 2015 è rigettata in via definitiva per il medesimo importo.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **accolta**.

1.1. CV 1 è condannato a versare a AT 1 l'importo di Fr. 12'304,25.

1.2. CV 2 è condannata, in solido con il marito, a versare a AT 1 l'importo di Fr. 12'304,25.

1.3. L'opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ del 13 marzo 2015 fatto spiccare dall'U \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nei confronti di CV 1 è rigettata in via definitiva per l'importo di Fr. 12'304,25.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3. Comunicazione alle parti e 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