



Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici, PhD

sedente per statuire sulla petizione del 19 agosto 2024 formulata da

AT 1

rapp. da: RA 1

contro

CV 1

rapp. da: RA 2

in materia di indennità giornaliera
secondo la LCA (assicurazione
complementare contro le malattie)

considerato

in fatto

- A. Con petizione 19 agosto 2024 (doc. I) AT 1 ha convenuto in causa la CV 1 di _____ chiedendone la condanna al pagamento di non cifrate indennità giornaliera, ciò senza neppure indicare l'importo giornaliero richiesto ("a versare ... a far tempo dal 1° febbraio 2024 ... le indennità giornaliera nella misura riconosciutale sino a tale data e ciò sino ad un'eventuale riacquisizione della capacità lavorativo rispettivamente sino al termine massimo d'erogazione di indennità giornaliera da parte dell'assicuratore"), ma indicando genericamente il valore di causa in un importo superiore ai CHF 30'000 oltre accessori (doc. I pag. 1). Il 21 agosto successivo la petizione è stata notificata all'assicuratore convenuto in causa (doc. II), ossia la CV 1 (qui di seguito CV 1 o convenuta) che, come rilevabile dall'estratto del Registro di Commercio del Cantone _____ (consultato online il 21 agosto 2024), ha il seguente scopo sociale:

" Die Gesellschaft betreibt die soziale Krankenversicherung im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und die obligatorische Unfallversicherung im Sinne des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) mit den in diesem Gesetz vorgesehenen Einschränkungen. Daneben kann sie im Rahmen der bundesrechtlichen Schranken weitere Versicherungsarten anbieten. Die Gesellschaft kann alle Rechtsgeschäfte abschliessen, die geeignet sind, den Zweck der Gesellschaft zu fördern, oder die direkt oder indirekt damit im Zusammenhang stehen. Sie kann sich im Rahmen der Aufsichtsgesetzgebung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVG und Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV) an anderen Unternehmen beteiligen, sich mit solchen zusammenschliessen oder solche gründen."

La convenuta è, infatti, un assicuratore sociale che pratica l'assicurazione malattia obbligatoria, come facilmente rilevabile dall'elenco degli assicuratori sociali malattia autorizzati allestito

periodicamente dall'Ufficio federale della salute pubblica (si veda in merito il sito <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/verzeichnisse-kranken-undrueckversicherer.html>). CV 1 è stata invitata a volere formulare le proprie osservazioni alla petizione dell'attrice. Le parti sono state avvisate che l'udienza sarebbe stata indetta ulteriormente.

- B. Con osservazioni preliminari e limiate all'aspetto della legittimazione passiva, datate 30 agosto 2024, la convenuta, con il patrocinio dell'avv. RA 2, ha contestato la sua legittimazione passiva (doc. III) alla luce della sua natura di assicuratore sociale ed alla luce delle CGA dell'assicurazione obbligato alle prestazioni (società del gruppo) prodotte quale doc. III/B). Tali osservazioni, con i relativi annessi, sono state trasmesse all'attrice, tramite il patrocinatore, con lettera accompagnatoria ed esplicativa del Giudice delegato datata 2 settembre 2024 (doc. IV) del seguente tenore:

" A seguito della Sua petizione 19 agosto 2024 per la signora AT 1 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha trasmesso alla parte da lei convenuta in causa (ossia: CV 1) copia della petizione con l'invito a volere formulare le proprie osservazioni in merito (art. 245 cpv. 2 CPC; doc. II del 21 agosto 2024 da Lei ricevuto in copia).

L'assicuratore ha, anzitutto, annunciato di avere conferito mandato di rappresentarla all'avv. RA 2 (come rileva dall'annesso scritto del 30.08.2024, doc. III).

Senza che il doc. III equivalga a formulazione di osservazioni (come evidenzia l'avv. RA 2), la parte che Lei conviene in causa, ossia l'assicuratore sociale CV 1 citato in precedenza (veda in proposito: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/verzeichnisse-krankenundrueckversicherer.html>) evidenzia come sarebbe stata convenuta in causa una parte diversa dall'assicuratore delle prestazioni d'interesse. Detto altrimenti l'assicuratore convenuto in causa contesta la sua legittimazione passiva.

L'avv. RA 2, come rileva dallo scritto che le allego, protesta spese e ripetibili.

Le concedo la possibilità di esprimersi in merito all'eccezione sollevata in forma scritta. Convocherò di seguito le parti (se la petizione non sarà ritirata in conseguenza all'eccezione sollevata dalla convenuta) per un'udienza di discussione in merito a tale aspetto preliminare."

Il 5 settembre 2024 CV 1 ha chiesto conferma al Tribunale cantonale delle assicurazioni della non decorrenza del termine fissato per la presentazione delle proprie osservazioni di merito rispettivamente ne ha chiesto la sospensione o la proroga (doc. VII). La richiesta è stata accolta il 6 settembre 2024 (doc. VIII).

- C. Chiesta (doc. V), ed ottenuta (doc. VI), una proroga, il patrocinatore dell'attrice ha preso posizione, il 17 settembre 2024, sull'eccezione di carenza di legittimazione passiva dell'assicuratore convenuto in causa, imputando l'ammessa erronea designazione della parte convenuta alla stessa CV 1. La signora AT 1 evidenzia come solo con lo scritto 30 agosto 2024 di controparte (ossia le osservazioni limitate al tema della legittimazione passiva) essa avrebbe potuto constatare l'errore in cui è incorsa. Essa evidenzia infatti di avere chiesto a CV 1 copia della polizza assicurativa che l'assicuratore si sarebbe rifiutato di trasmettere (doc. P e doc. S), ciò che le avrebbe impedito di rilevare il suo errore avendo corrisposto con CV 1.

Nonostante l'errore l'attrice non ha ritirato la propria petizione evidenziando in particolare come: *"Va ... da sé che se vi è stata un'indicazione fallace della controparte, questa è solo e soltanto imputabile al comportamento della convenuta ... (che) ... ha prodotto solo una versione delle CGA 2014 edite da _____, documentazione che non fa stato della polizza assicurativa effettivamente sottoscritta dalla datrice di lavoro ... Si chiede pertanto ... (di) ... assumere per edizione della convenuta una copia della polizza assicurativa ed a fissare un termine all'attrice per un'ulteriore presa di posizione ... limitata all'eccezione ...".* La

signora AT 1 ha contestato inoltre la richiesta dell'assicuratore di porre le spese processuali a suo carico e di attribuirle ripetibili siccome l'errore "... imputabile esclusivamente a quest'ultima (ovvero mancato indebito inoltro della polizza e delle CGA)". Essa ha invece annunciato che avrebbe postulato l'attribuzione delle spese processuali alla convenuta a norma dell'art. 107 cpv. 1 lett. b CPC, con congrue ripetibili in suo favore (doc. IX).

Più specificatamente, con scritto del 26 febbraio 2024 (doc. S), il patrocinatore dell'attrice ha chiesto all'assicuratore di volergli *"inoltrare copia della polizza sottoscritta con il datore di lavoro ..."*, mentre non risulta abbia domandato alla convenuta le CGA rispettivamente le CSA applicabili da cui è desumibile chiaramente chi sia l'assicuratore delle prestazioni postulate. L'art. 1.2. relativo a questo aspetto prevede letteralmente che: *"L'ente assicuratore è _____ ...l'intermediario menzionato nella polizza ... è autorizzato a effettuare tutte le operazioni in nome e per conto di _____"* con il rilievo qui che tale intermediario era sin dall'inizio noto dall'attrice siccome suo interlocutore nelle fasi che hanno preceduto l'inoltro della procedura giudiziaria, ossia CV 1 assicuratore convenuto in causa.

La richiesta d'invio della polizza (e solo di quella) è stata riusata dalla convenuta l'11 marzo 2024 che ha comunicato al patrocinatore dell'attrice che: *"... le inviamo l'incarto medico della signora AT 1. Per quanto riguarda la polizza stipulata ... invece non ci è consentito inviargliene copia"*. La richiesta del patrocinatore della signora AT 1 (doc. P) non contempla alcuna richiesta di invio delle condizioni assicurative e nessuna specifica richiesta a sapere quale fosse l'assicuratore chiamato a fornire la prestazione in caso di realizzazione del danno. L'attrice non risulta avere richiesto (circostanza che neppure sostiene) copia della polizza rispettivamente delle CGA/CSA alla propria datrice di lavoro. L'invio di tali documenti, come indicato, avrebbe consentito alla signora AT 1 (e per essa al suo patrocinatore) di identificare correttamente – quale beneficiaria della copertura assicurativa – l'ente assicuratore e conseguire quelle informazioni utili e necessarie all'esercizio dei propri diritti nei suoi confronti (desumibili dalle CGA).

L'attrice, sempre nel doc. IX, evidenziando come la convenuta, solo il 30 agosto 2024, abbia *"... prodotto solo una versione delle CGA 2014 edite da _____, documentazione che non fa stato della polizza assicurativa effettivamente sottoscritta dalla datrice di lavoro"*, ha chiesto a questa Corte di ordinarne l'edizione a controparte (ossia all'assicuratore sociale che rappresenta l'ente assicurativo) e di concederle, di poi, un termine per un'ulteriore presa di posizione limitata all'eccezione presentata dalla convenuta, con riserva di ritiro della petizione senza che *"ciò comporti res iudicata"* stante l'intento di ripresentare l'azione avverso _____.

- D. Alla luce dell'eccezione di carenza di legittimazione passiva sollevata dalla parte convenuta ed osservato come l'attrice (pur riconoscendo che l'ente assicurativo fosse _____) non abbia ritirato la sua azione, il Giudice delegato ha indetto un'udienza di discussione limitatamente al tema della carenza di legittimazione passiva della convenuta in causa. In data 27 settembre 2024 l'attrice ha postulato l'ammissione al gratuito patrocinio (doc. XI).

L'udienza (v. verbale doc. XII) si è tenuta il 3 ottobre 2024. Nel corso della medesima l'attrice si è confermata nelle proprie richieste e nella sua domanda probatoria riconducendo il proprio errore nella designazione della parte convenuta alla medesima CV 1 (con

richiamo dei doc. P e S da essa prodotti). Dal canto suo la convenuta ha chiesto la reiezione della petizione con carico di tasse, spese e ripetibili all'attrice siccome l'errore evitabile mediante una consultazione del sito internet della convenuta.

In sede di udienza il giudice delegato ha rammentato all'attrice il tenore dell'art. 3 cpv. 3 LCA che pone chiari limiti agli obblighi dell'assicuratore in caso di sottoscrizione di polizze collettive da parte del datore di lavoro, ciò senza reazione dell'attrice.

Non sono state acquisite ulteriori prove ed il Giudice delegato ha rifiutato, con scritto 7 ottobre 2024 (doc. XIII), di imporre alla convenuta l'edizione della polizza assicurativa. Con il medesimo scritto la Corte ha chiesto alle parti se rinunciavano al dibattimento finale per la formulazione delle loro arringhe rispettivamente se intendevano redigere conclusioni scritte conclusive (art. 232 e 233 CPC) anche in questo caso salvo una rinuncia da parte loro. Le parti hanno rinunciato ad ulteriormente esprimersi in merito alla procedura (doc. XIV dell'8 ottobre 2024 e doc. XV del 15 ottobre 2024).

considerato

in diritto

1. La decisione è emessa monocraticamente come consente di fare l'art. 49 cpv. 2 LOG secondo cui può esservi decisione monocratica quando la procedura non ponga questioni di principio o non sia di rilevante importanza. Sul tema del giudizio monocratico si veda IVANO RANZANICI: La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg. In concreto il tema posto dalla vertenza in discussione è quello a sapere se, correttamente o meno, l'attrice abbia incoato la sua azione contro l'assicuratore chiamato a fornire la sua prestazione contrattuale. In sostanza occorre esaminare se l'eccezione relativa alla carenza di legittimazione passiva sollevata dal legale della convenuta in causa sia, o meno, da ammettere. Su questi specifici temi il Tribunale cantonale delle assicurazioni (come si dirà più avanti competente a giudicare il merito di procedure relative alle indennità giornaliere [IG qui di seguito] rette dalla Legge sul contratto d'assicurazione [LCA qui di seguito]) ha emesso diverse decisioni (pubblicate sul sito www.sentenze.ti.ch) anche a composizione completa (per tutte STCA 36.2020.4 e 5 del 22 settembre 2020 e giurisprudenza ivi citata).
2. In merito alla competenza di questa Corte a giudicare sulle cause derivanti da pretese di IG fondate sulla LCA è data applicazione dell'art. 7 CPC, norma in base alla quale i cantoni possono istituire, come rammenta LUCILE BONAZ: L'assurance perte de gain maladie en droit suisse, Tesi Università di Ginevra, 2024:

"... un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale. Or, les assurances perte de gain maladie soumises à la LCA, qui versent des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail causée par une maladie, sont qualifiées d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette disposition ... L'art. 7 CPC n'offre aux cantons que deux options : soit instituer une autorité judiciaire statuant en instance unique et lui soumettre tous les litiges mentionnés dans cette disposition, soit renoncer à cette juridiction spéciale et en rester au régime ordinaire avec deux instances cantonales, l'une pour le droit des assurances sociales, l'autre pour le droit privé. Les cantons sont responsables du règlement de la compétence matérielle, c'est-à-dire du choix de l'instance cantonale unique ou double et de la compétence fonctionnelle. Il faut donc se référer aux normes cantonales pour connaître quel est le tribunal compétent pour statuer sur les litiges d'assurance perte de gain maladie soumis à la LCA. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC."

Circa la qualificazione di assicurazione complementare alla LAMal il Tribunale federale ha recentemente emanato una sentenza di principio pubblicata in DTF 150 III 204 dove, al considerando 4, stabilisce le condizioni che devono essere adempiute affinché un'assicurazione sia considerata complementare all'assicurazione sociale contro le malattie nel senso dell'art. 7 CPC. L'Alta Corte ha stabilito in particolare che:

" Il découle du but visé par l'art. 7 CPC, à savoir de déroger au double degré de juridiction prévu par l'art. 75 LTF, que cette disposition doit être interprétée de manière restrictive. Pour satisfaire au critère de la complémentarité à l'assurance-maladie sociale que l'art. 7 CPC exige, il faut que l'assurance soit complémentaire à la LAMal par les risques couverts et par les prestations qu'elle offre. Autrement dit, il faut, premièrement, que l'assurance complémentaire litigieuse couvre des risques prévus par la LAMal, c'est-à-dire la maladie, l'accident ou la maternité (ces trois risques étant visés par l'art. 1a al. 2 LAMal) et, secondement, que les prestations litigieuses soient destinées à compléter, c'est-à-dire à améliorer, les prestations de base prévues par la LAMal, à l'exclusion des prestations prévues par d'autres lois sociales (dans ce sens, arrêt 4A_12/2016 du 23 mai 2017 consid. 1.2; KATHARINA ANNA ZIMMERMANN, Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, 2022, p. 48 n. 89; HANS-JAKOB MOSIMANN, in Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO], Brunner et al. [éd.], vol. I, 2e éd. 2016, n° 2 ad art. 7 CPC et les références citées; DIETSCHY-MARTENET, op. cit., n° 4 ad art. 7 CPC et les références citées; HAAS/SCHLUMPF, in Schweizerische Zivilprozessordnung, Kurzkommentar, 3e éd. 2021, n° 5 ad art. 7 CPC). N'est en revanche pas déterminante la question de savoir si l'assureur est une caisse-maladie ou une entreprise d'assurance privée Il en découle que si le risque assuré n'est pas l'un ou plusieurs des trois risques susmentionnés, l'art. 7 CPC n'est pas applicable. Cette disposition n'est pas non plus applicable si les prestations offertes ne complètent pas le catalogue de prestations de la LAMal, par exemple si les prestations sont destinées à améliorer les prestations de la LAA."

3. Il Ticino ha operato la scelta di attribuire queste procedura al Tribunale cantonale delle assicurazioni. Come evocato nella STCA 36.2023.19 del 6 novembre 2023 l'art. 75 LCAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2016, prevedeva che le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, fossero decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Con sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005, in un caso relativo ad un contratto di indennità giornaliera in caso di malattia retta dalla LCA, il TCA aveva stabilito che lo scopo dell'art. 75 LCAMal voluto dal legislatore era quello di permettere al cittadino, per ragioni di chiarezza e trasparenza e per evitare confusioni ed incertezze, di adire lo stesso giudice (nel caso di specie: il TCA) quando i due rami dell'assicurazione (sociale e privata) erano praticati dallo stesso assicuratore. Attribuendo al TCA la competenza di giudicare anche nel merito delle cause nelle quali si applica il diritto privato (in particolare la LCA), si voleva conferire *"ad un'unica istanza la competenza di giudizio in ogni settore dell'assicurazione contro le malattie"*. Questa norma prevedeva che il TCA potesse essere adito per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie se praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal. In particolare a questa Corte erano attribuite le cause contro gli assicuratori sociali *"tradizionali"* che offrivano anche le assicurazioni complementari, indipendentemente dalla forma giuridica scelta per gestire le assicurazioni private.

Con sentenza 4A_241/2015 del 20 ottobre 2015, pubblicata in DTF 141 III 479, il Tribunale federale ha stabilito che il Cantone, che istituisce un tribunale che decide quale istanza cantonale unica sulla base dell'art. 7 CPC, deve sottoporre a quest'ultimo *tutte* le controversie derivanti da assicurazioni complementari

all'assicurazione sociale contro le malattie (consid. 2). Per l'Alta Corte l'art. 7 CPC non conferisce alcuna possibilità di un trasferimento solo parziale delle competenze attribuite all'istanza unica designata dal diritto cantonale. La norma offre ai Cantoni una sola alternativa: o istituire un'autorità giudiziaria che statuisce in istanza unica e gli attribuisce tutti i litigi menzionati nel medesimo disposto, oppure rinunciare a questa giurisdizione speciale e confermare il regime ordinario con due istanze cantonali.

In seguito a questa sentenza, il 14 dicembre 2015, Gianrico Corti e cofirmatari hanno inoltrato al Consiglio di Stato del Canton Ticino un'iniziativa parlamentare nella forma generica intitolata *"contenzioso in tema di indennità per la perdita di guadagno: un'unica autorità giudiziaria competente per l'intera materia"* che chiedeva la modifica dell'art. 75 LCAMal. Il Governo ha preso posizione sull'iniziativa con Messaggio n. 7199 del 28 giugno 2016 ed ha sviluppato le seguenti considerazioni a proposito delle cause pendenti prima dell'entrata in vigore della modifica:

" (...) Per quanto concerne le procedure attualmente pendenti presso i giudici civili, conformemente al principio della "perpetuatio fori", salvo disposizioni contrarie, di norma la competenza si determina in funzione della data di apertura della procedura. Nel caso di specie l'attribuzione di tutte le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione al Tribunale cantonale delle assicurazioni è tuttavia dovuta all'interpretazione che il Tribunale federale ha dato all'art. 7 CPC, in vigore dal 1° gennaio 2011. Pertanto occorre trasmettere al TCA tutte le citate procedure pendenti presso i giudici civili e inoltrate dopo il 31 dicembre 2010. In questo senso è qui proposta l'adozione di una norma transitoria (art. 83d LCAMal). Del resto, da un accertamento effettuato presso il Tribunale delle assicurazioni del Canton Vallese, è emerso che dopo la sentenza del Tribunale federale tutti gli incarti ancora aperti presso i giudici civili sono stati trasmessi al TCA vallesano e tutte le nuove cause sono ora trattate dal Tribunale delle assicurazioni di quel Cantone. L'attribuzione di questa nuova competenza non dovrebbe avere effetti negativi sulla normale attività del TCA. Dalle risultanze dei rendiconti degli ultimi anni, si possono infatti trarre valutazioni confortanti. Sebbene si trovi confrontato con un numero considerevole di pratiche (638 nel 2015), il TCA è riuscito nel corso degli anni a raggiungere e mantenere un costante equilibrio fra entrate e uscite ed a garantire una durata media delle procedure di circa sei mesi, pur dovendo anche accertare i fatti, ossia un lasso di tempo più che ragionevole. Ciò è possibile grazie anche ad una suddivisione per materia di incarti tra i giudici ed un regolare controllo dell'attività dei vicecancellieri, un esempio di efficienza che, a mente del Consiglio di Stato, deve essere esteso a tutte le autorità giudiziarie. Un potenziamento dell'organico del TCA non è quindi richiesto e di conseguenza non è prevista alcuna ripercussione per quanto attiene il personale dello Stato per l'amministrazione della giustizia."

Al termine dell'iter legislativo, il 1° gennaio 2017 è entrata in vigore la modifica dell'art. 75 LCAMal e la norma transitoria, che hanno il seguente tenore (BU 54/2016):

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

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

4. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni è pertanto competente a giudicare le procedure fondate sui contratti retti dalla LCA ed aventi per oggetto le prestazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie, in specie le IG.

Questa Corte applica il CPC e non la LPTCA (ossia la legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni, in questo senso STF 138 III 799 consid. 1.1 e STF 138 III 2 consid. 1.2.2 che rammentano la via del ricorso in materia civile per le procedure IG LCA e DTF 150 III 204 c. 1.1. non pubblicato e consid. 4.2. in fine). In ambito di assicurazioni

complementari alla LAMal, applicandosi la procedura semplificata (art. 243 cpv. 2 lett. f CPC), non è prevista la procedura di conciliazione (DTF 138 III 558) e, di conseguenza, determinante per stabilire correttezza del petitum, legittimazione attiva e passiva è la data del deposito della petizione (sentenza 4A_373/2018 del 13 marzo 2019, consid. 2.2.2).

5. Come evocato nella STCA 36.2020.4-5 del 22 settembre 2020 di regola il deposito dell'atto introduttivo d'istanza, secondo l'art. 62 cpv. 1 CPC, determina in modo definitivo chi sono le parti principali, cosicché è inammissibile per l'attore o per il convenuto mutare la loro qualità di parte durante un processo in corso. L'attore che si accorge soltanto dopo la presentazione della petizione di avere convenuto la parte erronea, siccome priva di legittimazione passiva, non può sostituirla con quella che ne è invece fornita (FRANCESCO TREZZINI in: Commentario pratico al Codice di diritto processuale civile svizzero, 2a edizione, Vol. 1, Parte Prima: Disposizioni generali (art. 1-196), pag. 397, n. 1 ad art. 83, pag. 397). *"L'azione andrà respinta e l'attore dovrà promuoverne una seconda contro la parte legittimata passivamente"* (DTF 142 III 782, consid. 3.1.4; TREZZINI, op. cit., loc. cit.). La sostituzione di una parte costituisce infatti un'eccezione e, di norma, ai sensi dell'art. 83 cpv. 4 CPC, se non vi è alienazione dell'oggetto litigioso, la sostituzione di parte può avvenire solo con il consenso della controparte. Sono fatte salve le disposizioni speciali di legge in materia di successione legale (cfr. BALZ GROSS, ROGER ZUBER, in: Berner Kommentar edizione 2012, ZPO Band I, art. 1-149 ZPO, Schweizerische Zivilprozessordnung, Band I-III, n. 2-3 ad art. 83, pag. 894-895 e seguenti).

La modifica dell'identità soggettiva del procedimento distingue l'istituto della sostituzione delle parti, rispetto alla mera correzione nella designazione di parte, che non corrisponde ad una sostituzione bensì, per l'appunto, ad una mera correzione nell'indicazione erronea di una parte che resta la medesima, stante la natura puramente redazionale dell'errore. Questa rettificazione è possibile soltanto se può essere escluso qualsiasi rischio di confusione (TREZZINI, op. cit., n. 3 ad art. 83, pag. 397). La legittimazione attiva e passiva, quale presupposto di diritto materiale della pretesa dedotta in giudizio, deve essere esaminata d'ufficio dal giudice, in virtù del principio iura novit curia (TREZZINI, op. cit., n. 31 ad art. 66).

Come ricordato nella STCA 36.2020.4-5 (consid. 2.3) in un giudizio del 13 marzo 2019 (STF 4A_373/2018) il Tribunale federale ha avuto modo di spiegare che la designazione errata di una parte, per il suo nome, il suo domicilio o la sua sede, concerne un'inesattezza formale che tocca la sua capacità di essere parte (cfr. DTF 142 III 782, consid. 3.2.1). La rettifica può avvenire quando non esista alcun dubbio ragionevole sull'identità della parte, segnatamente quando l'identità risulta dall'oggetto del litigio (DTF 142 III 782, consid. 3.2.1, sentenza 4A_373/2018, consid. 2.2.1 e 4A_655/2018 del 3 ottobre 2019). Se la capacità di essere parte manca ad una delle parti, il giudice non può entrare nel merito e statuire sulla lite a meno che tale vizio non possa essere corretto (DTF 142 III 782, consid. 3.2.1, sentenza 4A_373/2018, consid. 2.2.1).

La legittimazione passiva, come quella attiva, è invece una condizione di merito del diritto che si vuole esercitare. Non è possibile rettificare un errore che concerne la legittimazione passiva. Laddove per errore l'attore inoltra l'azione non contro la parte con la quale è legata contrattualmente ma contro un terzo, l'azione deve essere respinta. La data decisiva per stabilire se vi è una legittimazione passiva è quella del deposito della richiesta di conciliazione, rispettivamente quella del deposito della domanda quando la conciliazione è

esclusa. Il fatto che, nel corso della procedura, tutti capiscono che l'attore intendeva in realtà inoltrare l'azione contro il proprio contraente non è determinante (sentenza 4A_373/2018, consid. 2.2.2). Vanno a questo proposito segnalate le sentenze cantonali 36.2017.92 del 15 dicembre 2017, 36.2019.33 del 3 giugno 2019, 36.2019.34 del 3 giugno 2019 e 36.2019.54 del 16 settembre 2019, dove il TCA ha respinto le petizioni poiché l'attore, rispettivamente le attrici e l'attrice hanno convenuto in causa un'altra società del medesimo gruppo assicurativo.

6. In concreto l'attrice ha convenuto in causa l'assicuratore sociale CV 1 che, come esposto nelle considerazioni di fatto, è la società del gruppo _____ che si occupa dell'assicurazione sociale contro le malattie e contro gli infortuni previste da LAMal e LAINF. L'art. 1.2. delle CGA della _____ (che risulta essere l'ente assicuratore delle pretese fatte valere dalla signora AT 1), prodotte con le proprie osservazioni dall'assicuratore convenuto in causa, prevede che l'intermediario inserito nella polizza è autorizzato a effettuare tutte le operazioni in nome e per conto di _____. Indubbiamente, dunque, l'assicuratore chiamato ad effettuare la prestazione, ossia l'assicuratore che doveva essere convenuto in causa per le pretese dell'attrice, era quest'ultima società e non l'assicuratore sociale.
7. L'attrice indica di essere stata tratta in inganno e di avere domandato all'assicuratore (con il quale ha scambiato tutta la corrispondenza relativa al caso: ossia l'assicuratore qui convenuto in causa, che manifestamente ha agito per conto dell'assicuratore delle prestazioni [art. 1.2. CGA 2^a frase]) di ottenere copia della polizza e delle CGA. Dagli atti indicati dalla stessa attrice (doc. P pag. 2) emerge, invece, che il patrocinatore della signora AT 1 ha chiesto a CV 1 unicamente "*copia della polizza sottoscritta con il datore di lavoro ... così come l'incarto completo*". La polizza è stata negata, l'incarto completo trasmesso per quanto di rilievo. Il patrocinatore dell'attrice non risulta avere chiesto (con il doc. P, e non ne cita altri) le CGA/CSA relative al caso. Sulla base di tale circostanza la signora AT 1 contesta non tanto il fatto di avere convenuto in causa la parte errata, ma ritiene che la responsabilità di tale errore sia da ricondurre all'assicuratore convenuto in causa che non le avrebbe fornito la polizza. Come specificato nelle considerazioni di fatto, l'attrice ha chiesto (doc. IX e nel corso dell'udienza, doc. XII) l'acquisizione della polizza conclusa dalla sua datrice di lavoro con _____, prova che il Giudice delegato ha rifiutato (doc. XIII). La signora AT 1 ha pure contestato la richiesta di ripetibili formulata dall'assicuratore sociale postulandone a sua volta.

8. Se è vero che, nelle corrispondenze tra le parti, l'assicuratore convenuto in causa non ha ricordato, spontaneamente, di rappresentare l'ente che assicura le prestazioni (società del gruppo), e se è vero che non ha fornito la polizza assicurativa richiesta, l'errore in cui versa l'attrice non può essere ricondotto alla CV 1. L'attrice, e meglio il suo patrocinatore (cognito in materia), non misconosce certamente il tenore dell'art. 3 cpv. 3 LCA, applicabile in concreto. Come rammenta LUCILE BONAZ (tesi cit. n. 372 p. 123):

" Il convient également de noter qu'en droit des assurances privées, l'art. 3 al. 3 LCA oblige l'employeur, qui conclut une assurance collective de personnes afin de protéger ses employés, de renseigner ces derniers sur les principaux éléments du contrat, sur ses modifications et sur sa résiliation. L'entreprise d'assurance met à la disposition de l'employeur tous les documents nécessaires à cette fin. Cependant, l'assureur n'assume aucune obligation d'information directe envers les personnes assurées, car elles sont simplement les bénéficiaires du contrat collectif souscrit par leur employeur."

In questo senso STF 4A_460/2017 dell'8 dicembre 2017, consid. 4.2. Nella STF 4A_10/2016 dell'8 settembre 2016, consid. 4.2 (non pubblicato nelle DTF 142 III 671) il TF ha specificato come:

" 4.2. Nach Art. 3 Abs. 3 VVG (in Kraft seit 1. Januar 2007, vgl. AS 2005 5245) ist der Versicherungsnehmer bei Kollektivverträgen, die anderen Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, verpflichtet, diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderung und Auflösung zu unterrichten. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer die zur Information erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. Dass danach gerade keine Informationspflicht des Versicherers an die Versicherten selbst besteht, stellt der Beschwerdegegner nicht in Abrede. (...)

4.3. Der Beschwerdegegner setzt sich mit Art. 3 Abs. 3 VVG nicht auseinander. Er leitet aus dem Urteil 5C.41/2001 vom 3. Juli 2001 E. 2I ab, es bestehe ein rechtspolitisches Defizit, das er mit Bezug auf eine Literaturstelle (HÄBERLI/HUSMANN, a.a.O., N. 594 ff., 599) zu beheben vorschlägt. Er bringt vor, die Beschwerdeführerin sei ihm gegenüber aus Vertrauenshaftung wegen mangelnder Information über die Säumnis der Versicherungsnehmerin - deren einzelzeichnungsberechtigter Geschäftsführer er war - leistungspflichtig.

4.4. Der Beschwerdeführer verkennt, dass nach den von ihm selbst zitierten Autoren (welche die "Lücke im VVG-Versicherungsschutz" bedauern [a.a.O., N. 589] und im "Exkurs: Vertrauenshaftung des Versicherers für unterlassene Information des Arbeitnehmers?" in N. 594 ff. eine Lösung vorschlagen) die Rechtsfolge in erster Linie in Schadenersatzansprüchen bestehen soll neben der allfälligen Möglichkeit eines rückwirkenden Übertritts in die Einzelversicherung (a.a.O., N. 600). Der Beschwerdegegner behauptet nicht einmal, er habe entsprechende Begehren gestellt und gehörig substantiiert (etwa in Bezug auf die Kausalität). Damit erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit der von ihm zitierten Literaturmeinung."

Sul tema si veda anche il Commentaire Romand de la LCA, NEUHAUS/BOVET ad art. 95a N 19 e, soprattutto, ad art. 3 n. 18 e seguenti secondo cui:

" L'art. 3 al. 3 LCA oblige l'assureur à mettre à disposition du preneur tous les documents devant permettre à celui-ci de remplir son obligation d'information envers des tiers au bénéfice d'un droit direct aux prestations.

Cette obligation précontractuelle ne prend pas fin lors de la conclusion du contrat, mais perdure tout au long des rapports contractuels. On se trouve alors face à une relation tripartite insatisfaisante. D'un côté, l'ayant droit (tiers) dispose de prérogatives à l'égard de l'assureur (art. 87 LCA), mais doit se diriger vers le preneur pour les connaître, l'art. 3 al. 3 LCA ne prévoyant aucune obligation d'information directe de l'assureur envers l'ayant droit (tiers). Si l'on comprend l'impossibilité matérielle pour l'assureur d'informer les assurés, dont il ne connaît pas le cercle, le devoir d'information de l'assureur s'impose à l'égard des assurés sollicitant des informations qu'ils n'ont pu obtenir du preneur. Nous sommes en effet d'avis que l'assureur doit, sur requête de l'ayant-droit (tiers), suppléer au défaut d'information du preneur. Sinon, l'ayant-droit (tiers), n'ayant pas pu obtenir du preneur les informations nécessaires, risquerait de ne pas pouvoir faire valoir ses droits à l'égard de l'assureur (p.ex. en cas de disparition du preneur). Ce devoir d'information se justifie d'autant plus que l'ayant-droit (tiers) a généralement payé des primes et pourrait même devoir suppléer au défaut de paiement des primes du preneur (art. 18 al. 2 LCA).

La révision ne pallie pas cette difficulté, mais précise que le champ d'application de cet alinéa sur les assurances collectives ne concerne désormais plus que les assurances collectives de personnes en milieu professionnel, à savoir notamment les assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie."

9. Nonostante le critiche della dottrina mosse alla scelta legislativa (vedi sopra) il testo della norma appare chiaro e la regola, che trova il suo fondamento nel fatto che i beneficiari sono sconosciuti generalmente all'assicuratore e possono cambiare nel corso della vigenza del contratto, mentre sono ben noti invece al datore di lavoro o ex datore di lavoro, va applicata.

In genere, in caso di contatto diretto tra beneficiario delle prestazioni ed assicuratore, quest'ultimo mette a disposizione del beneficiario le CGA rispettivamente le CSA che reggono la polizza, si tratta in genere di documenti che si reperiscono nei siti internet degli assicuratori e non comprendono dati sensibili. Non invece la polizza stanti i dati degni di protezione che essa contiene (massa salariale; ammontare dei premi e eventuali riserve relative nei confronti di determinati beneficiari).

In concreto la signora AT 1 doveva rivolgersi alla datrice di lavoro, ossia la _____ con sede nel suo Comune di domicilio (_____) avente per scopo *“L'importazione e l'esportazione, la vendita di materie prime, di prodotti semifiniti e di prodotti finiti a base di erbe e in generale di tutto ciò che viene utilizzato in medicina cinese, come pure la vendita di merci di ogni genere”* (come rilevato dal Registro di Commercio del Cantone Ticino online), gestita dalla responsabile Fa_____ e di proprietà di _____ domiciliata ad _____ (_____), rispettivamente poteva chiedere all'assicuratore che con lei corrispondeva copia delle CGA/CSA (d'altra parte necessarie per determinare i propri diritti contrattuali), ciò che non ha fatto. Come indicato nella pratica gli assicuratori non rifiutano l'invio delle CGA/CSA rispettivamente informazioni relative alle stesse (quali la loro data e l'eventuale link per il reperimento sul sito internet). La polizza invece non è praticamente mai trasmessa (non solo per il tenore dell'art. 3 cpv. 3 LCA) ma siccome contiene, come indicato, dati sensibili relativi ai premi, alla massa salariale, a eventuali riserve poste in essere dall'assicuratore e relative all'uno o all'altro beneficiario con l'indicazione di motivi pertinenti alla salute. Anche in quest'ottica la scelta del legislatore all'art. 3 cpv. 3 LCA appare da condividere anche se potrebbe implicare qualche difficoltà maggiore al beneficiario confrontato con un datore di lavoro (o ex datore di lavoro) restio a fornire informazioni o deceduto rispettivamente fallito o non reperibile, ciò che non è il caso in concreto.

10. Nel caso di specie la signora AT 1 non ha interpellato la qui convenuta in merito all'assicuratore obbligato alla prestazione, non ha chiesto alla medesima convenuta la trasmissione delle CGA/CSA applicabili al caso, ha chiesto all'assicuratore l'invio di una polizza che, correttamente, quest'ultima non ha fornito non potendolo fare. La signora AT 1 non risulta abbia interpellato il proprio datore di lavoro, non ha neppure eseguito una semplice verifica relativa all'assicuratore che intendeva convenire in causa a RC del Cantone _____, non ha operato (a fronte del nome dell'assicuratore chiaramente richiamante le assicurazioni sociali LAMal e LAINF) una verifica nel sito del BAG relativo alla lista degli assicuratori sociali malattia autorizzati. Il legale, con semplici verifiche, anche senza interpellare il datore di lavoro, avrebbe potuto comprendere che l'assicuratore qui convenuto non disponeva della legittimazione passiva. Si ribadisce che se la signora AT 1, per il tramite del patrocinatore, avesse interpellato più puntualmente l'interlocutore autore degli scritti doc. M, S, V, BB (in cui sono richiamate le CGA all'art. 9.2. relativo alla diminuzione del danno) e DD, avrebbe facilmente appreso qual era l'ente assicuratore. La datrice di lavoro risulta essere società ancora attiva, gestita da persone del luogo ed amministrata da persona domiciliata nella regione, e non certo società con sede all'estero e difficile da raggiungere, e non risulta – come indicato – che il patrocinatore dell'attrice l'abbia interpellata in merito a polizza e condizioni assicurative.

Va dato atto alla parte attrice che, per una questione di praticità e chiarezza, l'assicuratore rappresentante meglio avrebbe fatto (e meglio farebbe) ad indicare nella sua corrispondenza il fatto di operare per conto ed in nome della _____ (come questa Corte ha rilevato per altri assicuratori in costellazioni simili), al fine di evitare confusione per i beneficiari d'assicurazione non patrocinati da legali avvezzi alla materia.

11. La petizione incoata nei confronti di una convenuta priva di legittimazione passiva, deve conseguentemente essere respinta. La causa può essere decisa senza l'assunzione di ulteriori prove, specie, come indicato alle parti nello scritto 7 ottobre 2024 (doc.

XIII), non è d'utilità alcuna, ai fini del presente giudizio, l'acquisizione della polizza assicurativa postulata dall'attrice nei suoi scritti e all'udienza. La polizza potrebbe unicamente confermare l'esistenza di un contratto d'assicurazione IG tra la datrice di lavoro dell'assicurata qui attrice e la _____, circostanza questa non posta in discussione tra le parti. Va qui rammentato che, conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incarto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. STF 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla STF 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche STF 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016; STF 4A_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; STF 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; STF 4A_175/2015 del 4 maggio 2015).

12. Alla luce di quanto precede non sono prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC).
13. All'assicuratore, rappresentato da un avvocato esterno, vanno invece assegnate ripetibili (cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche VIKTOR RÜEGG/MICHAEL RÜEGG, Basler Kommentar, 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701; cfr. STF 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e STF 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche STCA 36.2019.89 del 13 novembre 2019; STCA 36.2017.109 del 5 marzo 2018; STCA 36.2017.68 del 23 aprile 2018). Come indicato in precedenza non può essere ritenuta la richiesta dell'assicurata di non ammettere ripetibili in favore della convenuta alla luce delle pretese responsabilità della medesima nell'errore in cui è incappata la signora AT 1 nella designazione della convenuta. Neppure può essere recepita la richiesta di vedersi riconoscere ripetibili in questa sede siccome totalmente soccombente. L'identificazione dell'errore era in sé facile: la convenuta è palesemente un assicuratore sociale (come esprime il nome della società ed una verifica a RC rispettivamente nel sito del BAG avrebbe permesso di rilevare), bastava una semplice richiesta di informazioni alla società convenuta (e corrispondente del legale dell'attrice) limitata al nome dell'ente assicurativo rispettivamente la postulazione delle CGA o delle CSA ma, soprattutto, la signora AT 1 rispettivamente il suo patrocinatore avrebbero potuto (e dovuto) con estrema facilità interpellare la signora _____ o la signora _____ o, più formalmente, la _____ ottenendo le informazioni che obbligatoriamente (art. 3 cpv. 3 LCA) deve fornire il datore di lavoro al beneficiario della polizza in questa costellazione.
14. L'importo delle indennità per ripetibili da riconoscere va determinata in base al Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili (del 19 dicembre 2007). L'azione non cifra in maniera chiara le pretese fatte valere, unicamente a pag. 1 del doc. I (petizione) è indicato un valore non inferiore a CHF 30'000 oltre accessori. Le ripetibili devono essere stabilite (in applicazione dell'art. 11 del citato regolamento) in una forchetta tra il 10 ed il 20% del valore determinato del litigio ossia da CHF 3'000 a CHF 6'000. Va però considerato il tenore dell'art. 13 del medesimo regolamento in base al quale in *“caso di manifesta sproporzione tra il valore litigioso o le prestazioni eseguite e l'onorario dovuto in base alla presente tariffa e nel caso in cui le particolarità del caso o gli interessi delle parti in causa lo giustificano, l'autorità competente può derogare alle disposizioni precedenti”*. In concreto la cifra delle ripetibili può essere

equamente stabilita in CHF 1'500 (Iva compresa) pari alla metà dell'importo minimo dell'art. 11 del regolamento citato, somma che considera adeguatamente l'impegno limitato al tema della legittimazione del patrocinatore dell'assicuratore.

Non sono invece prelevate tasse di giustizia e spese come indicato.

15. L'attrice ha postulato l'ammissione al gratuito patrocinio e all'assistenza giudiziaria con il patrocinio dell'avv. RA 1 e questo alla luce delle sue condizioni economiche modeste.

Ai sensi dell'art. 117 CPC, che corrisponde alla garanzia costituzionale minima di cui all'art. 29 Cost. (sentenza del Tribunale federale 4D_72/2013 del 26 agosto 2014 consid. 3 con rinvii), ha diritto al gratuito patrocinio chiunque sia sprovvisto dei mezzi necessari (lett. a) e la cui domanda non appaia priva di possibilità di successo (lett. b). Per l'art. 119 CPC l'istanza di gratuito patrocinio può essere proposta prima o durante la pendenza della causa (cpv. 1). L'istante deve esporre la sua posizione reddituale e patrimoniale e pronunciarsi sul merito e sui mezzi di prove che intende proporre. Può indicare nell'istanza il nome del patrocinatore desiderato (cpv. 2). Il giudice decide sull'istanza in procedura sommaria. La controparte può essere sentita. La controparte deve comunque essere sentita se il gratuito patrocinio comporta la dispensa dal prestare cauzione per le ripetibili (cpv. 3). In casi eccezionali il gratuito patrocinio può essere concesso con effetto sospensivo (cpv. 4). In sede di ricorso l'istanza di gratuito patrocinio può essere riproposta (cpv. 5). Secondo l'art. 123 CPC la parte cui è stato concesso il gratuito patrocinio è obbligata alla rifusione appena sia in grado di farlo (cpv. 1). La pretesa del Cantone si prescrive in dieci anni dalla chiusura del provvedimento (cpv. 2).

Come emerge dalla sentenza 13.2023.39, 13.2023.30 della terza Camera civile del Tribunale d'appello del 13 giugno 2023, consid. 6, è considerato indigente chi non è in grado di far fronte con mezzi propri - reddito e sostanza - alle spese giudiziarie e legali senza intaccare il fabbisogno suo e quello della famiglia (sentenza del Tribunale federale 4A_54/2020 del 25 marzo 2020 consid. 7.1; DTF 128 I 232 consid. 2.5.1; RtiD I-2004 pag. 33 consid. 2.2; TREZZINI, in: Trezzini e al., Commentario pratico al CPC, IIa ed., 2017, n. 14 seg. ad art. 117). L'esistenza di uno stato d'indigenza non va posta in astratto, ma con riferimento alla situazione finanziaria effettiva e alle particolarità del caso, dovendosi quindi esaminare la situazione del richiedente al momento della richiesta di esser posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria (sentenza del Tribunale federale 4D_72/2013 del 26 agosto 2014 consid. 3 con rinvii). Pur vigendo il principio inquisitorio limitato (TREZZINI, op. cit., n. 15 segg. ad art. 119 e nota 2839) spetta anzitutto al richiedente presentare - spontaneamente - in modo chiaro la propria situazione finanziaria attuale, sostanziando e dimostrando, pena la reiezione della sua domanda, che egli non è in grado di affrontare le spese connesse alla causa senza pregiudicare il proprio sostentamento e quello della propria famiglia (DTF 135 I 221 consid. 5 con rinvii).

Quale ulteriore condizione (cumulativa) posta dalla legge è che la domanda non appaia priva di possibilità di successo. Una causa è priva di probabilità di successo quando le possibilità di vincere il processo sono così esigue rispetto ai rischi di sconfitta, che una persona ragionevole e di condizione agiata non intraprenderebbe il procedimento in considerazione delle spese cui si esporrebbe. Difatti, se una parte giungesse alla conclusione di desistere dal processare qualora dovesse finanziare lei stessa i costi del

processo, non deve poter agire diversamente per il solo fatto che quel processo non le costa nulla (STF 4A_54/2020 del 25 marzo 2020 consid. 7.1; TREZZINI, in: TREZZINI e al., Commentario pratico al CPC, 2a ed., 2017, n. 38 ad art. 117 [versione e-book #8 al 1° febbraio 2020, n. 42 ad art. 117]). Non è priva di probabilità di successo invece una causa in cui le possibilità di buon esito equivalgono più o meno – oppure appaiono solo lievemente inferiori – a quelle di soccombenza. Tale valutazione si opera in funzione delle circostanze date al momento in cui è presentata la richiesta di gratuito patrocinio e sulla base di un esame sommario (sentenza del Tribunale federale 4A_628/2020 del 16 dicembre 2020 consid. 5.2 con riferimenti; DTF 142 III 138 consid. 5.1).

In concreto la domanda deve essere respinta. Al momento dell'inoltro della domanda di assistenza giudiziaria (doc. XI del 27 settembre 2024) alla signora AT 1 era ampiamente nota la posizione dell'assicuratore, era chiaro il tenore delle CGA, lo scritto doc. X del Tribunale, ciò che rendeva la procedura assolutamente priva di possibilità di un esito favorevole, e ciò sin dall'inizio se solo il patrocinatore della beneficiaria della polizza avesse posto in atto quelle minime verifiche possibili (si veda in primis l'art. 3 cpv. 3 LCA) che gli avrebbero permesso di evitare una procedura giudiziaria di natura civile contro un assicuratore sociale (il cui nome indicava la sua natura). Si prescinde dal carico di tassa di giustizia e spese.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione del 19 agosto 2024 di AT 1, _____, nei confronti dell'assicuratore sociale CV 1, _____ è **respinta**.
2. La domanda di assistenza giudiziaria con il patrocinio dell'avv. RA 1 del 27 settembre 2024 è **respinta**.
3. Non si prelevano tasse e spese giudiziarie.
4. L'attrice è condannata a versare, a titolo di ripetibili, alla convenuta l'importo CHF 1'500.
5. Comunicazione alle parti e, a crescita in giudicato, alla FINMA, Berna.
6. Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il giudice delegato

Il segretario di Camera

Ivano Ranzanici, PhD

Gianluca Menghetti