

TI_GERICHTE 34.2025.15 vom 7. August 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-08-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2025.15

FR: TI_GERICHTE 34.2025.15 du 7 août 2025

IT: TI_GERICHTE 34.2025.15 del 7 agosto 2025

Regeste

Negato caso di reticenza. Al momento della compilazione del formulario sullo stato di salute l'assicurata non soffriva di una malattia psichiatrica, intervenuta successivamente. La breve cura prima della compilazione del formulario era dovuta ad una passeggera crisi senza divenire malattia

Erwägungen

E. 30

marzo 2009 consid. 5.4; Ulrich und Laurenz, in Schneider/Geiser/Gächter, Kommentar zum BVG und FZG, 2019, art. 73 n. 105, pag. 1612). Essendo l'attrice domiciliata nel Cantone Ticino e trattandosi di una controversia riguardante la previdenza professionale vincolata (pilastro 3A), è data la competenza territoriale e materiale del TCA (TF 9C-680/2011 del 11 maggio 2012 consid. 1.1; cfr. art. 4 cpv. 2 lett. b della Legge concernente la vigilanza sugli istituti di previdenza professionale e sulle fondazioni; RL 852.100). Ne consegue che lo scrivente Tribunale è competente a trattare la presente petizione. 2.4. L'art. 73 cpv. 1 LPP consente di proporre un'azione di accertamento (DTF 128 V 48, 119 V 13, 118 V 102, 117 V 320; SZS 1992 pag. 234 e 294; Vetter-Schreiber, BVG-Kommentar, 2021, art. 73 n. 24, pag. 367). Tuttavia, in analogia alle condizioni alle quali la legge e la giurisprudenza sottopongono la ricevibilità di un'azione di accertamento in materia amministrativa (DTF 114 V 202, 110 Ib 215; RCC 1990 pag. 469 e 1989 pagg. 33s) e in materia civile (DTF 115 II 482, 114 II 255, 110 II 253; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, n. 1.3.2.8 ad art. 43 LOG), un'azione di accertamento è proponibile solo se l'istante si avvale di un interesse degno di protezione alla constatazione immediata di un rapporto giuridico litigioso (Vetter-Schreiber, ibidem; Stauffer, ibidem; DTF 119 V 13, 118 V 102, 117 V 320). L'interesse non deve essere necessariamente giuridico. Non è cioè necessario che l'interesse fatto valere sia compreso nella norma invocata, ossia che vi sia corrispondenza tra l'interesse privato e gli interessi protetti dalla norma (DTF 108 Ib 92, 104 Ib 245). Un interesse di fatto è sufficiente, purché si tratti di un interesse attuale e immediato (DTF 117 V 320, 115 V 373 e 114 V 202; STF 9C_298/2010 del 28 febbraio 2011 consid. 1.1.1). In materia di prestazioni future, l'esistenza di un interesse degno di protezione è ammesso quando l'assicurato sarebbe incline, in ragione della sua ignoranza quanto all'esistenza, all'inesistenza o all'estensione di un diritto o di un obbligo di diritto pubblico, a prendere delle disposizioni o, al contrario, a rinunciarvi, con il rischio di subire un pregiudizio da questo fatto (STF B 42/05 del 20 settembre 2005 e riferimenti; DTF 122 III 282, 118 V 102; SZS 1992 pag. 234; STF B 37/04 del 26 aprile 2005). La giurisprudenza ha avuto modo di precisare che il giudice ammette l'esistenza di un interesse ad agire quando i rapporti giuridici tra le parti sono incerti. Non basta tuttavia qualsiasi incertezza. Occorre infatti che il perdurare dell'incertezza impedisca al richiedente di prendere le sue

decisioni e che per tale motivo l'incertezza sia per lui insopportabile (DTF 131 III 319 consid. 3.5, 120 II 20 consid. 3, 114 II 253 consid. 2a ; STF 9C_298/2010 del 28 febbraio 2011 consid. 1.1.1, 5A_311/2007 del 29 febbraio 2008 consid. 2.2, 5C_246/2002 del 26 febbraio 2002; STAF B-7957 del 4 novembre 2008 consid. 5). Non sussiste un interesse degno di protezione quando l'azione di accertamento è volta all'esame astratto o teorico di norme previdenziali (DTF 110 Ib 215, 108 Ib 22; Vetter-Schreiber, op. cit., art. 73 n. 26, pag.367; Stauffer, op. cit., n. 2346, pag. 775). L'interesse degno di protezione fa pure difetto quando è proponibile un'azione condannatoria (DTF 128 V 48 consid. 3a , 120 V 302 consid. 2a, 119 V 11 consid. 2a). Nell'ambito di una domanda d'accertamento l'interesse degno di protezione dev'essere dimostrato, ovvero, nel settore del diritto delle assicurazioni sociali, essere reso verosimile (Kölz/ Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2013, n. 342 pag. 122; LVGE 1995 II n. 31 consid. 4b; cfr. anche art. 49 cpv. 2 LPGa e art. 63 cpv. 1 LPAMm in relazione con l'art. 31 Lptca; cfr. anche, per il procedimento civile, Schenker, ZPO, 2010, art. 88 n. 5 pag. 378). Nel caso in cui un ciò non avvenga, l'azione d'accertamento dev'essere dichiarata irricevibile per carenza di legittimazione (LVGE 1995 II n.31 consid. 4b). Nel caso in esame, l'attrice ha un interesse degno di protezione nell'accertamento della validità o meno della disdetta della polizza in discussione. Da questa vertenza dipende se ed in che misura essa potrà beneficiare – datene le condizioni – del chiesto esonero dal pagamento dei premi e delle ulteriori prestazioni previste nella polizza. nel merito 2.5. Nel caso concreto, tra le parti è stato sottoscritto un contratto di assicurazione di previdenza professionale vincolata. A differenza di quanto previsto per la previdenza professionale obbligatoria, nel cui ambito non è possibile introdurre delle riserve sulla copertura dei rischi morte e invalidità (RCC 1986 p. 525; Stauffer, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1996 p. 26; DTF 115 V 215 e 223 consid. 6), nella previdenza più estesa (sovra o preobbligatoria) così come, per analogia, nel pilastro 3A vincolato, gli istituti di previdenza o assicurativi, oltre ad avere la facoltà di assicurare la capacità residua di guadagno delle persone invalide, possono introdurre delle riserve (DTF 138 III 415 consid. 4 con la giurisprudenza citata; cfr. pure SZS 2000 p. 62-63; SZS 1998 p. 308; STFA del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372; DTF 119 V 283ss.). In questo ambito, quindi, i fondi di previdenza, rispettivamente le assicurazioni, possono far dipendere dallo stato di salute dell'assicurato la sua adesione all'assicurazione (SZS 2000 p. 62; STFA del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372; vedi pure consid. 2.12 in fine). A tale scopo e per potere apprezzare adeguatamente il rischio, gli istituti di previdenza sono in linea di massima legittimati a formulare domande ben precise sullo stato di salute del proponente alle quali quest'ultimo è tenuto a rispondere in maniera veritiera. Se ciò non avviene, l'assicurato incorre in una falsa dichiarazione e deve, se del caso, sopportare le conseguenze della reticenza. In assenza di specifiche disposizioni statutarie o regolamentari, nell'ambito della previdenza più estesa (e quindi nella previdenza del pilastro 3A; cfr. STF 9C_702/2018 del 16 maggio 2019 consid. 3.2), la reticenza e le sue conseguenze si determinano per analogia secondo le regole degli art. 4 segg. LCA (DTF 138 III 415 consid. 4 con riferimento a SVR 2011 BVG n. 38 p. 140; 2009 BVG n. 12 p. 37; STF 9C_1092/2009 del 29 aprile 2011; STF 9C_80/2010 del 6 ottobre 2010 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2011 BVG nr. 19, con riferimento a DTF 130 V 9 consid. 2.1 p. 11).

2.6. L'art. 4 LCA dispone: " 1 Il proponente deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sono o gli devono essere noti alla

conclusione del contratto. 2 Sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a conchiuderlo alle condizioni convenute. 3 Si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche." Il mancato rispetto di questo obbligo da parte del proponente, vale a dire "di dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sono o gli devono essere noti alla conclusione del contratto" comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza. Infatti, l'art. 6 LCA stabilisce: " 1 Se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o taciuto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere e a proposito del quale era stato interpellato per scritto, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto, in forma scritta. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante. 2 Il diritto di recesso si estingue quattro settimane dopo che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza. 3 Quando il contratto è sciolto per recesso in virtù del capoverso 1, l'obbligo dell'assicuratore di fornire la sua prestazione si estingue anche per i danni già intervenuti, se il fatto che è stato oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o la portata del danno. Se ha già fornito prestazioni per un siffatto sinistro, l'assicuratore ha diritto a restituzione. 4 In caso di recesso da un contratto d'assicurazione sulla vita, riscattabile secondo la presente legge (art. 90 cpv. 2), l'assicuratore fornisce la prestazione prevista in caso di riscatto." Secondo la giurisprudenza federale l'esistenza di un nesso causale fra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il sinistro intervenuto (condizione prevista dal cpv. 3) influisce unicamente sull'obbligo di fornire la prestazione a seguito di reticenza (art. 6 cpv. 3 LCA), ma non anche sulla validità della disdetta del contratto in quanto tale, disciplinata dall'art. 6 cpv. 1 e 2 LCA (DTF 138 III 416). In altre parole: con la rescissione del contratto per reticenza ai sensi del cpv. 1 si estingue l'obbligo di prestazione non solo - come è logico che sia - per i sinistri non ancora verificatisi, ma anche - e qui risiede la particolarità - per quelli già intervenuti, a condizione però che l'insorgenza o l'estensione di questi ultimi (e nient'altro) siano connessi alla reticenza. Anche il Messaggio del Consiglio Federale sulla modifica dell'art. 6 LCA rileva in proposito che se il contratto è sciolto a seguito di un caso di reticenza (cpv. 1) l'assicuratore è libero dall'obbligo di prestazioni solo per i sinistri (già intervenuti) la cui insorgenza o l'estensione siano connessi alla reticenza (cpv. 3), mentre il suo obbligo di fornire la prestazione rimane intatto - nonostante la rescissione del contratto - se la reticenza non ha influito sull'insorgenza del sinistro o l'estensione della prestazione da fornire (cfr. FF 2003 3298 n. 2.2.2 ad art. 6 e 8). I due aspetti (diritto di recesso da un lato e necessità di un nesso causale dall'altro) vanno dunque chiaramente distinti. Entrambi configurano dei presupposti necessari affinché l'assicuratore possa eccezionalmente essere esonerato dall'obbligo di fornire la propria prestazione in relazione a un evento già realizzatosi (art. 6 cpv. 3 LCA). L'esistenza del nesso causale non può però in alcun modo condizionare anche la validità della disdetta in quanto tale (DTF 138 III 416 consid. 6.4). La validità in quanto tale della disdetta di un assicuratore - disciplinata dai cpv. 1 e 2 dell'art. 6 LCA - non può quindi essere vincolata anche alla condizione - posta dall'art. 6 cpv. 3 LCA - che il fatto oggetto della reticenza abbia influito sull'insorgere o la portata del sinistro. Tale condizione può tutt'al più incidere sull'obbligo dell'assicuratore di fornire la sua prestazione per gli eventi assicurati già realizzatisi. 2.7. Siccome, come esposto al considerando precedente, l'esistenza di un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute intervenuto influisce unicamente sull'obbligo dell'assicuratore di fornire la prestazione a seguito di

reticenza (art. 6 cpv. 3 LCA), ma non anche sulla validità della disdetta del contratto in quanto tale, disciplinata dall'art. 6 cpv. 1 e 2 LCA, occorre nel caso concreto in primo luogo verificare se siano dati i presupposti per riconoscere l'esistenza di un caso di reticenza, valida per disdire il contratto previdenziale (cfr. consid. 2.8). Occorre poi verificare, in caso di confermata rescissione del contratto per reticenza, se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute che ha causato l'incapacità lavorativa. Solo in caso positivo l'assicurazione è liberata da fornire le prestazioni contrattuali, in particolare l'esonero dal pagamento dei premi (cfr. consid. 2.13).

2.8. Nel caso concreto con il succitato scritto 8 aprile 2024 (doc. H), la convenuta aveva motivato la reticenza nel modo seguente: “ sulla base della documentazione medica del Dr. Med. _____ del 25 marzo 2024, il 16 novembre 2005 le è stato somministrato un sonnifero Loramet 2 mg associato ad un antidepressivo regolare del sono quale Remeron 30 mg per la notte, in presenza di problemi d'insonnia”. Di conseguenza l'attrice non avrebbe fornito la risposta corretta (crociando la casella “NO”) in merito alle domande 7.8 [“ Ha già sofferto o le sono state diagnosticate malattie cardiocircolatorie, un ictus, un diabete, malattie renali, patologie maligne (p. es. cancro) o emorragia celebrale, sclerosi multipla o disturbi psichici ”] e 7.11 [“ Nel corso degli ultimi 5 anni ha ricevuto cure/consulenze mediche o stato sotto controllo medico oppure durante gli ultimi 5 anni si è sottoposto/a particolari esami medici? In caso affermativo, voglia specificare dettagliatamente”]. L'attrice ritiene invece di non aver commesso alcuna reticenza poiché al momento della compilazione della proposta assicurativa non le erano state diagnosticate malattie, in particolare quelle riportate nella proposta assicurativa, tra cui disturbi psichici. Inoltre, con riferimento agli scritti 23 marzo 2024 e 22 aprile 2024 del medico curante rivolti all'assicuratore – di cui si dirà nel prosieguo – essa fra l'altro rileva di aver assunto i citati medicinali per un periodo limitato di 30 giorni per superare difficili situazioni passeggere, trattamento da lei ritenuto non rilevante.

2.9. Secondo il TF, per potere giudicare se il proponente è incorso in una reticenza, non sono da considerare né dei criteri puramente soggettivi né dei criteri puramente oggettivi. La legge non ritiene sufficiente che il proponente si limiti a comunicare all'assicuratore i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio di cui è effettivamente a conoscenza, ma gli impone pure di dichiarare quei fatti importanti che gli devono essere noti, indipendentemente dalla sua conoscenza effettiva del fatto concreto, ritenuto che nell'applicazione di questo secondo criterio si deve tenere conto delle cosiddette circostanze particolari del caso (DTF 136 III 337 consid. 2.3 con riferimento a DTF 118 II 333 consid. 2b, 116 II 338 consid. 1c, 96 II 204; per un caso in cui è stata negata una reticenza: cfr. STF 4A_81/2011 del 28 aprile 2011, trattasi di lombalgie croniche). Ciò significa, ad esempio, che occorre prendere in considerazione la situazione personale dell'assicurato, con particolare riferimento al suo grado di intelligenza e di formazione, nonché alla sua esperienza (DTF 118 II 333 consid. 2b; DTF 109 II 60 consid. 2b) e della situazione del proponente, ritenuto comunque che il grado di diligenza nell'adempimento dell'obbligo d'informazione va anche esaminato e giudicato sotto il profilo della buona fede, pure applicabile in campo assicurativo. In altri termini, ciò che conta non è l'esattezza oggettiva, ma la correttezza soggettiva della dichiarazione che il proponente è in grado di rendere ritenuta la sua situazione personale. L'Alta Corte (STF 4D_80/2008, consid. 2.1.3; DTF 134 III 511, consid. 3.3.4) ha stabilito che l'art. 4 cpv. 3 LCA istituisce la presunzione che i fatti a proposito dei quali l'assicuratore ha posto per iscritto delle domande precise, non equivoche, sono dei fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 e 2 LCA, ossia dei fatti idonei ad influire sulla decisione dell'assicuratore di

concludere il contratto o di concluderlo alle condizioni concordate. Questa presunzione tende a facilitare la prova dell'importanza di un fatto per la conclusione del contratto alle condizioni previste, rovesciando l'onere della prova (DTF 118 II 333 consid. 2a e riferimenti). Rimane comunque possibile, per il proponente, provare che l'assicuratore avrebbe concluso il contratto alle condizioni concordate anche se fosse stato a conoscenza del fatto che il proponente ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto (DTF 92 II 342 consid. 5). Va aggiunto che, secondo la giurisprudenza federale, colui che omette di segnalare delle indisposizioni sporadiche che può ragionevolmente ed in buona fede considerare come senza importanza e passeggiere, senza doverle ritenere causa di ricadute o dei sintomi di una imminente malattia algica, non viola il suo obbligo di informazione (STF 9C_768/2016 del 15 marzo 2017 consid. 6.2; DTF 136 III 334 consid. 2.4; DTF 134 III 511 consid. 3.3.4; DTF 116 II 338 consid. 1b). Infine va detto che l'onere della prova che si è verificata una violazione dell'obbligo di informazione, a seguito della quale è stata emessa una disdetta legalmente valida entro il termine, spetta alla compagnia di assicurazione (DTF 118 II 333 consid. 3 citato in BSK VVG, Zedtwitz/Maisano, 2023, art. 6 n. 43) . 2.10.

Ritornando alla fattispecie in esame, dagli atti risulta che, a seguito di una richiesta d'informazione ricevuta da CV 1, con scritto 25 marzo 2024 il medico curante dell'attrice, dr. med. _____, ha risposto: " (...) Il 23 .08.2000 in cura per uno stato ansioso associato ad insonnia a seguito di divorzio e successivamente per i problemi di epilessia accusati dalla figlia _____, di difficile interpretazione e cura, che ha reso necessario il suo ricovero più volte presso la Clinica _____ di _____. In questa occasione la signora ha assunto per la prima volta Deanxit 1 pastiglia al giorno per circa 30 giorni. Successivamente il 16. 11.2005 ho somministrato un sonnifero Loramet 2 mg associato ad un antidepressivo regolatore del sonno quale Remeron 30 mg 1 pastiglia per la notte, in presenza di problemi di insonnia conseguenti ad un aborto avvenuto qualche mese prima. Dopo questa data la signora fino al 23.03.2009 non ha più assunto nessun ansiolitico, né antidepressivi né sonniferi" (sottolineatura del redattore) (sub doc. H) A seguito del sopra citato scritto 8 aprile 2024 di CV 1 (cfr. consid. 1.4), in data 22 aprile 2024 il medico curante ha precisato: " In merito al vostro scritto inviato alla signora AT 1 il 08.04.2024, posso supporre che la signora AT 1 sicuramente quando ha risposto alle vostre domande per poter stipulare la polizza assicurativa, non era consapevole dell'entità dei medicinali che avevo prescritto, in quanto erano dei medicinali che dovevano aiutarla solo a superare questi due periodi molto importanti dalla sua vita . In particolare il 23.08.2000, come già precisato nella mia lettera del 25.03.2024, la Signora presentava un importante decadimento fisico con grave astenia ed insonnia conseguente sia al divorzio che alle problematiche epilettiche accusate dalla figlia Marisol, che presentava a più riprese crisi ripetitive convulsive che hanno reso necessario successivamente più ricoveri presso il _____ di _____. In questo periodo, come già precisato, avevo somministrato Deanxit una pastiglia che ha un'azione specifica per le crisi di ansia-angoscia e solo in parte azione antidepressiva. Anche successivamente il 16.11.2005 ho prescritto il sonnifero Loramet e Remeron, medicamento regolatore del sonno, una pastiglia per la notte in presenza, anche in questo caso, di astenia fisica conseguente insonnia conseguenti all'aborto avvenuto a quei tempi. Per cui, in conclusione, si può dire che questi medicinali non sono stati prescritti per crisi depressive o ansiose persistenti o ricorrenti, ma unicamente per un breve periodo, scatole di 30 pastiglie , necessarie alla Signora per superare le problematiche fisiche accusate in questi periodi molto tristi e difficili della sua esistenza. Ricordo che le vere terapie antidepressive per ottenere buoni effetti, devono essere prescritte per più mesi senza

interruzioni, e a dosaggio crescenti secondo necessità.” (sottolineatura del redattore). Orbene, dalle summenzionate prese di posizione del medico curante non risulta che all’attrice siano state diagnosticate le malattie, prima della proposta assicurativa del 2008, elencate al quesito no. 7.8. Ne consegue che l’attrice ha risposto correttamente alla domanda 7.8 senza omettere nulla. In merito alla domanda no. 7.11, rettamente l’attrice rileva come la formulazione “cure/consulenze mediche o sotto controllo medico” non sia precisa e univoca come richiede la giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.9). Difatti, nella domanda è assente qualsiasi limite temporale che possa aiutare un assicurato a fare una valutazione autonoma in merito alla risposta da dare. Ad ogni modo, questo Tribunale sottolinea lo stretto limite temporale (30 giorni) della somministrazione dei farmaci in parola, assunti. Solo a partire dal 23 marzo 2009 – quindi dopo la sottoscrizione dello stato di salute (26 agosto 2008) – l’attrice ha assunto ansiolitici, antidepressivi e sonniferi. In queste circostanze, in buona fede l’attrice ha omesso d’indicare le due terapie farmacologiche, ritenendole senza importanza poiché sporadiche e passeggere. Pertanto, in applicazione della succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.9), essa non ha violato il suo obbligo di informazione. Infine, non sussistendo alcuna reticenza non necessario è l’esame del nesso di causalità secondo l’art. 6 cpv. 3 LCA, come pure la verifica della tempestività della rescissione del contratto ex art. 6 cpv. 2 LCA. Di conseguenza, il contratto assicurativo in parola continua ad esplicare i suoi effetti anche dopo l’8 aprile 2024. 2.11. Per quanto concerne le prestazioni alle quali l’attrice ha diritto va fatto presente quanto segue. Come visto (cfr. consid. 1.2), con decisione 1° aprile 2025, cresciuta in giudicato, l’Ufficio AI, ritenendo l’attrice inabile al lavoro al 100% dal 21 luglio 2022 al 12 agosto 2022 ed al 50% dal 13 agosto 2022 continua), l’ha posta al beneficio di una rendita per un grado d’invalidità del 55% con effetto dal 1° luglio 2023 e, dal 1° gennaio 2024, per un grado del 60%. Per quanto concerne l’esonero dal pagamento dei premi, l’art. 2 cpv. 1 delle “Condizioni di assicurazione complementari per l’esonero dai premi” prevede che “allo spirare del periodo di attesa concordato (cifra 6.2) noi concediamo a Lei o al beneficiario l’esonero dal pagamento dei premi se sussistono i presupposti di cui agli art. 4 o 5 delle presenti condizioni di assicurazione e finché perdura l’obbligo di pagare i premi.” L’art. 6 2. prima frase stabilisce che “il periodo di attesa inizia a decorrere in caso d’incapacità di guadagno, al più presto dalla prima consultazione del medico”. Per quel che interessa la presente fattispecie, l’art. 4.1. definisce l’incapacità di guadagno nel modo seguente: “se la persona assicurata, in seguito a malattia o infortunio, non è più in grado di esercitare la propria professione né un’altra attività, che in base alla sua posizione sociale, alle sue conoscenze e capacità può ragionevolmente considerata accettabile, così che una persona subisce una perdita di guadagno o uno svantaggio economico ad essa corrispondente. Un’attività resta ragionevolmente accettabile anche se le conoscenze addizionali necessarie per esercitarla devono prima essere acquisite mediante una riqualificazione professionale. La situazione del mercato del lavoro non ha alcun influsso su tale accettabilità”. L’incapacità al guadagno è stata accertata, come visto, dall’Ufficio AI con la decisione 1° aprile 2025 (cfr. consid. 1.2). Per quel che concerne la rendita, l’art. 2.1. delle “Condizioni complementari di assicurazione per rendite per incapacità di guadagno in seguito a malattia o infortunio” dispone che “allo spirare del periodo di attesa concordato noi concediamo a Lei o al beneficiario di una rendita, qualora durante il periodo di assicurazione concordato, la persona assicurata dovesse divenire totalmente o parzialmente incapace al guadagno in seguito a malattia. La rendita è pagabile alla fine di ogni trimestre. Il periodo di attesa inizia a decorrere al più presto il giorno della prima consultazione medica e termina allo spirare

della durata concordata per il periodo di attesa concordato.” Nel caso concreto, viste le summenzionate disposizioni contrattuali e le relative Condizioni di assicurazione, l’attrice ha diritto alle prestazioni assicurate (esonero dal pagamento dei premi e diritto alla rendita) allo spirare dei termini di attesa pattuiti (rispettivamente 91 giorni e 721 giorni, come risulta dalla polizza in parola), con decorrenza dei suddetti termini a partire – come chiesto in petizione – dal 19 dicembre 2023 (corrispondente al momento dell’inoltro della richiesta di prestazioni per incapacità di guadagno). Riguardo all’ammontare della rendita, stabilito nella polizza in fr. 2'500 al mese (prestazione intera), va fatto riferimento all’art. 2.2. delle citate Condizioni complementari di assicurazione per rendite secondo cui “ In caso di parziale incapacità di guadagno le prestazioni sono adeguate al grado di incapacità di guadagno . Un’incapacità di guadagno di almeno il 70 per cento dà però diritto alle prestazioni intere, mentre un grado inferiore al 25 per cento non dà diritto a nessuna prestazione .” Pertanto, va fatto presente che all’attrice non spetterà, una volta scaduto il termine di attesa, l’ammontare mensile di fr. 2'500 (previsto per la rendita intera) avendo l’Ufficio AI definito un grado d’invalidità inferiore al 70% (cfr. consid. 1.2). Spetterà alla convenuta determinare l’ammontare delle rendite parziali tenendo conto di un grado d’invalidità del 55% con effetto dal 1° luglio 2023 e del 60% dal 1° gennaio 2024. 2.12. Con la petizione l’attrice ha chiesto la rifusione delle spese legali affrontate, da lei quantificate come segue “CHF 2'800.00 corrispondenti a 10 h di lavoro a CHF 280/h: 2h studio atti e ricerche, 2h per i vari incontri/colloqui con l’attrice, 6h per la redazione del presente allegato) oltre spese forfettarie al 10% e IVA all’8.1% (per un totale di CHF 3'329,50)”, senza tuttavia aver prodotto una dettagliata distinta dell’onorario e delle spese. Visto l’esito della procedura, l’attrice vincente in causa e assistita da una legale ha diritto al versamento di un importo a titolo di spese ripetibili (RAMI 1996 p. 261 e 262; 1997 p. 322 e STCA non pubbl. del 19.1.2001 in re D.I). Giusta gli artt. 61 cpv. 1 lett. g LPGA e 30 cpv. 2 Lptca, l’importo delle ripetibili è determinato in base all’importanza della causa e alla complessità del procedimento; l’art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d’ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili (RL 3.1.1.7.1) stabilisce da parte sua una tariffa oraria di riferimento di fr. 280.--, rimandando per il resto all’applicazione analogica dell’art. 11 cpv. 5, il quale, per la fissazione delle ripetibili, fa anch’esso riferimento al criterio della difficoltà e dell’importanza della lite sulla commisurazione delle ripetibili tenendo conto dei suddetti due criteri cfr. Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, § 76 numeri 71-75, pagg. 609 e 610). Per quanto concerne le spese (spese di cancelleria, come quelle di spedizione, di comunicazione, delle fotocopie e di apertura e archiviazione dell’incarto), l’art. 6 cpv. 1 del Regolamento pone il principio secondo il quale al patrocinatore può essere riconosciuto un importo forfettario in per cento dell’onorario. Nella fattispecie in esame, essendo la presente causa di complessità media per un esperto in assicurazioni sociali, ritenuto come l’atto di petizione consti di 12 pagine (seguito dallo scritto 20 giugno 2025 di una pagina accompagnatorio della documentazione ivi allegata; IV) e come non sia stata introdotta una risposta di causa, stante il principio inquisitorio vigente nel diritto delle assicurazioni sociali che allevia il lavoro del patrocinatore (DTF 114 V 87 consid. 4b, 110 V 365 consid. 3c), appare giustificato riconoscere ripetibili (per onorario e spese) di complessivi fr. 2'500 (IVA compresa). 2.13. La procedura è gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP, art. 29 cpv. 1 Lptca).