

## **TI\_GERICHTE 36.2020.24 vom 17. August 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-08-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2020.24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.24)

FR: TI\_GERICHTE 36.2020.24 du 17 août 2020

IT: TI\_GERICHTE 36.2020.24 del 17 agosto 2020

### **Regeste**

Conferma dell'esclusione dal contratto per perdita di guadagno in caso di malattia a causa di reticenza. Alla luce del nesso causale tra la patologia non dichiarata e l'incapacità lavorativa, l'assicuratore non deve versare le indennità giornaliere

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

cpv. 3 LCA, si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche. Il mancato rispetto di questa norma può comportare, a determinate condizioni, una reticenza. Infatti, l'art. 6 cpv. 1 LCA prevede che se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto 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. Secondo l'art.

#### **E. 6**

Come valuta l'incapacità lavorativa della persona assicurata in un'altra attività lavorativa ragionevolmente esigibile? L'inabilità lavorativa completa dovuta all'ipersonnia diurna secondaria alla grave sindrome delle apnee del sonno può essere solo trattata con una ventilazione non invasiva (CPAP), e non può essere trattata con misure lavorative alternative.

#### **E. 7**

Un certificato dell'attuale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (Dr. med. \_\_\_\_\_) si legge che "sulla base degli atti a mia disposizione confermo che il paziente non si è presentato agli appuntamenti fissati con ultima visita risalente al 2016"

#### **E. 8**

Nell'ambito della mia valutazione fra il 14.06.2019 ed il 30.07.2019 sono finalmente riuscito ad eseguire la poligrafia respiratoria diagnostica che ha confermato quindi la presenza di una grave sindrome delle apnee del sonno per la quale ho rimpostato il trattamento CPAP, apparecchio che il paziente ha ricevuto dalla \_\_\_\_\_ in data 07.08.2019 (AirSense 10 Autoset), riconsegnando nel contempo alla \_\_\_\_\_ il suo vecchio apparecchio Resmed S9. Ho poi eseguito un controllo clinico di decorso con scarico dei dati dall'apparecchio nuovo (07-22.08.2019) che mostrava un indice AHI residuo di 15.6/h, indice leggermente elevato e motivato dalla presenza continua di perdite rilevanti dalla maschera nasale, verosimilmente non ben adattata dal paziente al suo viso (auto-regolazione). In base a quanto sopra, possiamo così riassumere la storia del paziente:

nel novembre 2013 prima visita pneumologica dal Dr. med. \_\_\_\_\_ con diagnosi clinica di grave sindrome delle apnee del sonno e conseguente prescrizione di un trattamento ventilatorio non invasivo tramite CPAP, trattamento che il paziente ha usato solo qualche giorno dal momento in cui ha ricevuto l'apparecchio (fino al massimo il 14.12.2013), in seguito non l'ha più utilizzato fino a quando l'ha restituito il 07.08.2019. Anche se evidente clinicamente, una diagnosi comprovata non è mai stata posta prima del luglio 2019, e questo a seguito di vari appuntamenti previsti dal Dr. med. \_\_\_\_\_ per l'esecuzione della poligrafia respiratoria dimenticati dal paziente o posticipati dallo specialista per urgenze intraospedaliere inderogabili. Malgrado una terapia efficace fosse stata prescritta, quest'ultima non è stata seguita dal paziente, per lo meno fra il 14.12.2013 ed il 07.09.2019 (scheda memoria dell'apparecchio vuota). D'altra parte si può dire che in presenza di una grave sindrome delle apnee del sonno con chiara sonnolenza/stanchezza diurna, può coesistere anche un fenomeno di "smemoratazza/dimenticanza", problema che può aver contribuito al malfunzionamento organizzativo dell'esame diagnostico in passato" (plico doc. I) Il 30 ottobre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina interna, rivolgendosi all'assicuratore, ha affermato: " (...) Il signor AT 1 soffre attualmente della stessa patologia per cui aveva sofferto nel 2013 quando aveva consultato il Dr. med. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ presso l'ambulatorio di pneumologia. Che si trattasse di una patologia grave lo dice lo stesso Dr. med. \_\_\_\_\_ " nel novembre 2013 il paziente è stato visto presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che, valutata la gravità del problema respiratorio presente, ha optato per la prescrizione precoce di una terapia CPAP. Desumo che il signor AT 1 fosse stato invitato dal medico curante allo specialista Dr. med. \_\_\_\_\_ per problemi respiratori e, vista la gravità dei sintomi, lo specialista aveva prescritto una terapia ventilatoria CPAP senza attendere una conferma al 100% della diagnosi che si ottiene tramite poligrafia respiratoria. Il paziente è stato inviato sicuramente con una prescrizione ed una diagnosi alla \_\_\_\_\_ (atti non a nostra disposizione), ove gli è stato fornito un apparecchio CPAP, evidentemente a carico della Cassa malati. La cassa malati prende a carico i costi unicamente se sussiste una diagnosi di sindrome delle apnee notturne. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ riteneva senza dubbio la diagnosi di apnee notturne come molto probabile. Personalmente, esprimo molti dubbi sul fatto che, un paziente 40enne accetti di andare a ritirare un'apparecchiatura che dovrà mettere sul comodino tutte le sere ed accendere, mettendosi poi una maschera sul viso che immette aria sotto pressione positiva nei suoi polmoni, senza che gli fosse stata spiegata la diagnosi e le eventuali implicazioni qualora non si fosse curato. Il paziente aveva inoltre ricevuto degli appuntamenti per dei controlli, e soprattutto per eseguire una poligrafia respiratoria notturna. È pur vero che dagli atti ora a nostra disposizione scopriamo che il paziente ha utilizzato l'apparecchio soltanto per cinque giorni, dal 09.12.2013 al 14.12.2013, ma è a mio parere inverosimile che il paziente non conoscesse la diagnosi che il Dr. med. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto come molto probabile. L'apparecchio CPAP non è un'apparecchiatura che si consegna con superficialità "tanto per provare", ma è una terapia costosa e impegnativa, sia per i controlli di decorso, sia per il paziente stesso. A conferma di tutto ciò stà inoltre l'affermazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, il quale scrive che il paziente gli è stato inviato dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ per una "chiara ipersonnia su sindrome delle apnee del sonno". Egli precisa poi che questa non era ancora ufficialmente stata diagnosticata semplicemente per l'assenza di una poligrafia notturna. Quest'ultima dichiarazione della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ dimostra quindi che la patologia insorta fin dal 2013 fosse quella di apnee notturne. La sindrome

delle apnee notturne non crea solamente problemi respiratori e ipersonnia diurna, bensì risulta essere un importante rischio per malattie cardiovascolari, è frequentemente la causa di un'ipertensione arteriosa resistente alle terapie, procura malattie croniche cerebrali di tipo vascolare a seguito delle desaturazioni notturne. Queste sono informazioni che quasi certamente lo specialista che ha prescritto la cura con il CPAP ha fornito a suo tempo al paziente. Ritenerne che la stessa patologia sia responsabile di un fenomeno di "smemoratezza/dimenticanza" che abbia portato il paziente a dimenticare di eseguire gli accertamenti proposti, e soprattutto dimenticare completamente di soffrire di una tale patologia, mi sembra veramente una cosa per così dire tirata per i capelli. Immagino tra l'altro che il paziente in questi anni abbia continuato a lavorare e viaggiare con l'auto senza denotare così tanta "smemoratezza e dimenticanza". Per concludere ritengo che il nuovo certificato del Dr. med. \_\_\_\_\_ non porti elementi medici importanti da dover riconsiderare la vostra presa di posizione riguardo la reticenza." (plico doc. I) Il 5 dicembre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto ad alcune domande che l'assicuratore aveva posto al dr. med. \_\_\_\_\_, non più attivo presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 9 e plico doc. I): "(...) Ricordo che il paziente veniva seguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_, attualmente non più impiegato presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Non ho mai incontrato il paziente e dunque posso rispondere unicamente basandomi sulle informazioni della cartella cartacea. Risposta domanda 1: Il Signor AT 1 è stato valutato dal Dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. La prima visita assegnata risale al 13.11.2013. Risposta domanda 2: sindrome delle apnee-ipopnee ostruttive in sonno di grado severo, diagnosi effettuata mediante poligrafia respiratoria dell'11.07.2013. Risposta domanda 3: il paziente presentava una sonnolenza diurna eccessiva con punteggio secondo Epworth pari a 19/24 Risposta domanda 4: iniziale aderenza terapeutica al trattamento C-PAP, successivamente sospeso per motivi non specificati. Risposta domanda 5: il paziente non si è presentato a plurimi successivi controlli programmati presso il Servizio (gennaio, giugno e agosto 2014). Visita del 26.11.2014 con controllo dell'aderenza terapeutica non sufficiente in termini di giorni di utilizzo con AHI elevato. Risposta domanda 6: prescritta terapia C-PAP dal momento della diagnosi (2013) con compliance ridotta. Risposta domanda 7: indicazione alla terapia C-PAP nel contesto di un disturbo respiratorio ipo-apnoico ostruttivo in sonno di grado severo sintomatico. Risposta domanda 8: sulla base degli elementi a disposizione la diagnosi di sindrome delle apnee-ipopnee ostruttive in sonno è stata correttamente posta con una poligrafia respiratoria eseguita nel 2013. Risposta domanda 9: sulla base degli elementi a disposizione confermo che il paziente è stato correttamente istruito e preso in carica da parte del Dr. \_\_\_\_\_ per l'inizio di una terapia C-PAP ma con successivi appuntamenti di controllo ripetutamente mancati come già confermato in una mia precedente lettera del 23.09.2019" (plico doc. I) Agli atti, oltre alla scheda ed alla descrizione delle visite di controllo CPAP del 2013 (plico doc. I), vi è pure uno scritto del 18 maggio 2018 dei dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ alla curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, del seguente tenore: "(...) Il suo paziente in oggetto è noto ai nostri servizi per una sindrome da apnee-ipopnee in sonno a beneficio di una CPAP. Un controllo annuale di ventiloterapia da parte dello specialista pneumologo è mandatorio per poter procedere al rinnovo della prescrizione, e garantire una presa a carico senza interruzioni da parte della \_\_\_\_\_, oltre che dei costi di noleggio a carico della LAMal. Abbiamo incontrato il/la paziente per l'ultima volta oltre un anno fa, per un controllo clinico nel contesto del trattamento in pressione positiva. Nonostante i ripetuti tentativi di convocazione, sia telefonici che scritti, il/la paziente non si è presentato

ai controlli previsti, non ci ha contattato per fissare un nuovo appuntamento, oppure non ci è stato possibile raggiungerlo/la. Le comunichiamo che non potremo quindi procedere ad un rinnovo della prescrizione della CPAP. La \_\_\_\_\_ dovrà sospendere l'erogazione delle sue prestazioni e ritirare l'apparecchio in dotazione oppure fatturarlo a carico del paziente. La ringraziamo, qualora il paziente nel frattempo non ci abbia contattato direttamente, per discutere di questi aspetti all'occasione di una sua prossima consultazione. (...)" (plico doc. I) 2.7. Alla luce della documentazione medica agli, d'avviso della scrivente Corte, si è senza dubbio in presenza della realizzazione di una reticenza commessa dall'attore per avere affermato di sentirsi in buona salute (risposta 4) e per aver negato, nel formulario sottoscritto il 2 aprile 2019 (doc. 8), sia il sussistere di postumi di una malattia (risposta 11), sia, con l'eccezione della visita del 2018 presso il dr. med. \_\_\_\_\_, di essersi sottoposto a visite presso medici negli ultimi cinque anni (risposta 5a), lasciando conseguentemente in bianco la pagina 2 del suddetto modulo dove avrebbe dovuto indicare le malattie o i disturbi di cui è o è stato affetto, la durata del trattamento ed i medici curanti. Dalle tavole processuali emerge segnatamente che l'attore, visitato dal dr. med. \_\_\_\_\_, all'epoca \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, in data 13 novembre 2013, e che presentava una sonnolenza diurna eccessiva, motivo per il quale era iniziata, nel dicembre di quell'anno, una terapia tramite maschera CPAP (cfr. plico I, referto del 5 dicembre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), non si è poi presentato ai plurimi controlli programmati successivamente presso il medesimo servizio (gennaio, giugno e agosto 2014), ma a quello del 26 novembre 2014, ossia nei 5 anni precedenti la sottoscrizione del formulario, " con controllo dell'aderenza terapeutica non sufficiente in termini di giorni di utilizzo con AHI elevato ". Egli è poi ancora stato da ultimo visitato dal medesimo servizio nel corso del 2016. Infatti con scritto del 23 settembre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato: " [...] sulla base degli atti a mia disposizione confermo che il paziente non si è più presentato agli appuntamenti fissati con ultima visita risalente al 2016 ". Ciò trova conferma nello scritto del 18 maggio 2018 alla curante dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dove i dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno rammentato che: " [...] Abbiamo incontrato il/la paziente per l'ultima volta oltre un anno fa, per un controllo clinico nel contesto del trattamento in pressione positiva [...] " (sottolineature del redattore). Essi, al contrario di quanto sembra ritenere l'attore (cfr. replica, pag. 2, allegata al doc. X), non hanno pertanto sostenuto di aver visitato l'interessato un anno prima, bensì " oltre un anno fa ", conformemente a quanto indicato dal dr. med. \_\_\_\_\_. Circa la presunta contraddittorietà sollevata dall'attore secondo cui nella scheda di controllo della maschera CPAP figurano unicamente due visite nel 2013 e dunque quella del 2016 citata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (e del 2014) non sarebbero mai avvenute, va rilevato che in realtà la scheda riferisce solo delle visite effettuate presso la \_\_\_\_\_ (cfr. anche plico doc. I: " visita medico ultima ": 11.2013 e " visita \_\_\_\_\_ prossima ": 1.12.2014), mentre il dr. med. \_\_\_\_\_ ha elencato le visite presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (plico doc. I, scritti del 23 settembre 2019 e del 5 dicembre 2019 [risposta 5; cfr. anche doc. 9, domanda 5]). Da cui la reticenza per quanto concerne la risposta alla domanda 5a (" oltre al caso menzionato al punto 2, negli ultimi 5 anni si è sottoposto/a ad altre cure, visite ed operazioni presso medici, chiropratici, medici alternativi, fisioterapisti o psicoterapeuti? "). Ma vi è di più. La visita dal dr. med. \_\_\_\_\_, già \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, in data 13 novembre 2013 (plico doc. I, scritto del 5 dicembre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, risposta 1), faceva seguito alla presenza di una sonnolenza diurna eccessiva con punteggio secondo Epworth pari a 19/24 (plico doc. I, scritto del 5 dicembre

2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, risposta 3), e meglio di una grave sindrome delle apnee del sonno, tutt'ora presente (plico doc. I, scritto del 3 ottobre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in pneumologia e medicina interna, punto 8: “[...] Nell'ambito della mia valutazione fra il 14.06.2019 ed il 30.07.2019 sono finalmente riuscito ad eseguire la poligrafia respiratoria diagnostica che ha confermato quindi la presenza di una grave sindrome delle apnee del sonno [...]”) Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato come “ nel novembre 2013 prima visita pneumologica dal Dr. med. \_\_\_\_\_ con diagnosi clinica di grave sindrome delle apnee del sonno e conseguente prescrizione di un trattamento ventilatorio non invasivo tramite CPAP, trattamento che il paziente ha usato solo qualche giorno dal momento in cui ha ricevuto l'apparecchio (fino al massimo il 14.12.2013), in seguito non l'ha più utilizzato fino a quando l'ha restituito il 07.08.2019. Anche se evidente clinicamente, una diagnosi comprovata non è mai stata posta prima del luglio 2019, e questo a seguito di vari appuntamenti previsti dal Dr. med. \_\_\_\_\_ per l'esecuzione della poligrafia respiratoria dimenticati dal paziente o posticipati dallo specialista per urgenze intraospedaliere inderogabili ” (sottolineature del redattore). Nel 2013 era stata prescritta, come nel 2019, una terapia tramite CPAP nel contesto di un disturbo respiratorio ipo-apnoico ostruttivo in sonno di grado severo sintomatico (plico doc. I, scritto del 5 dicembre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, risposte 6 e 7). Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che “ malgrado una terapia efficace fosse stata prescritta, quest'ultima non è stata seguita dal paziente, per lo meno fra il 14.12.2013 ed il 07.09.2019 (scheda memoria dell'apparecchio vuota). D'altra parte si può dire che in presenza di una grave sindrome delle apnee del sonno con chiara sonnolenza/stanchezza diurna, può coesistere anche un fenomeno di “smemoratezza/dimenticanza”, problema che può aver contribuito al malfunzionamento organizzativo dell'esame diagnostico in passato ” (plico doc. I, scritto del 3 ottobre 2019, sottolineatura del redattore), a comprova della presenza della patologia perlomeno dal novembre 2013 a tutt'ora (cfr. anche plico I, scritto del 30 ottobre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ secondo cui l'attore soffre attualmente della medesima patologia presente nel 2013 quando aveva consultato il dr. med. \_\_\_\_\_). Tale patologia, come attestato pure dal dr. med. \_\_\_\_\_, era stata valutata come grave (plico doc. I, scritto del 3 ottobre 2019: “[...] valutata la gravità del problema respiratorio presente, ha optato per la prescrizione precoce di una terapia CPAP [...]”; sottolineatura del redattore) e l'attore era stato informato circa la sua malattia (cfr. plico doc. I, visita di controllo CPAP del 9 dicembre 2013: “[...] Fin'ora era un po' scettico inerente l'efficacia [recte: efficacia], ma riferisce di percepire beneficio, è meno sonnolento e meno nervoso, da quando utilizza S9. Il pz arriva con la moglie, quale è molto attenta inerente la nuova th del marito stesso. Ora, entrambi hanno ricevuto info inerente LPT in generale, S9, patologia [recte: patologia] e sono più tranquilli e il pz è più motivato, rispetto prima [...]”). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, in data 5 dicembre 2019, ha confermato che “ il paziente è stato correttamente istruito e preso in carica da parte del Dr. \_\_\_\_\_ per l'inizio di una terapia C-PAP ma con successivi appuntamenti di controllo ripetutamente mancati come già confermato in una mia precedente lettera del 23.09.2019 ” (plico doc. I, scritto del 5 dicembre 2019, risposta 9). Quando l'assicurato è stato visitato dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel 2019, su richiesta della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, egli era ancora affetto da una “ chiara ipersonnia su sindrome delle apnee del sonno” (doc. 7, scritto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 25 agosto 2019), ossia la medesima patologia accertata nel 2013 (plico doc. I, scritto del dr. med. \_\_\_\_\_, risposta 3: “[...] il paziente presentava una sonnolenza diurna eccessiva con punteggio secondo Epworth pari a 19/24 ”; con AHI

elevato ancora in occasione della visita di controllo del 26 novembre 2014 [risposta 5]). Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha inoltre in sostanza indicato la necessità di implementare il medesimo trattamento già tentato nel 2013, ossia l'utilizzo della CPAP (cfr. doc. 7). Si tratta di una maschera per la ventilazione notturna, assai ingombrante (cfr. anche \_\_\_\_\_): un apparecchio CPAP è costituito da un dispositivo di base e da una maschera con tubi di collegamento che assicurano l'apporto di aria. In determinati casi è necessario anche un umidificatore) per il cui uso è necessario ricevere una corretta diagnosi ed un'istruzione approfondita. Essa viene di principio attribuita ai soggetti affetti da apnea da sonno (cfr. anche \_\_\_\_\_). Alla luce della documentazione medica sopra riassunta, indipendentemente dalla questione di sapere quando è stata posta tramite poligrafia respiratoria la diagnosi di grave sindrome delle apnee del sonno (nel luglio 2013 come affermato dal dr. med. \_\_\_\_\_ [plico doc. I, scritto del 5 dicembre 2019] o nel luglio 2019 come affermato dal dr. med. \_\_\_\_\_ [plico doc. I, scritto del 3 ottobre 2019]), considerata la gravità della patologia in ogni caso clinicamente diagnosticata già nel 2013 (cfr. doc. 7, scritto del 25 agosto 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_), tutt'ora presente con importanti conseguenze (l'attore può addormentarsi di colpo), delle visite effettuate ancora nel 2014 e nel 2016, della fornitura nel 2013 di un apparecchio invasivo (CPAP) conservato, anche se non utilizzato, per numerosi anni, e della necessità di essere istruito circa il suo utilizzo, non vi è alcun dubbio che l'interessato non può sostenere che i disturbi accusati nel 2013 ed in seguito fossero "cosa dimenticata e passata" e che si trattasse unicamente di affezioni sporadiche da ritenere senza importanza per la valutazione del rischio o che non sarebbe stato consapevole della gravità della patologia e della diagnosi. La circostanza che l'interessato non abbia più utilizzato la maschera CPAP dal 14 dicembre 2013 al 7 agosto 2019 non è motivo per ritenere che l'assicurato, soggettivamente, non ritenesse di essere affetto da una grave sindrome delle apnee del sonno e di aver dimenticato tale patologia. Egli è infatti stato ancora visitato nel corso del 2016 da specialisti del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (plico doc. I, scritto del 23 settembre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_), a comprova della continuità della patologia a prescindere dalla scarsa compliance della maschera CPAP. La gravità dell'affezione, sia attualmente che in passato, è del resto stata sottolineata più volte anche dal dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. plico doc. I, scritto del 3 ottobre 2019: "[...] D'altra parte si può dire che in presenza di una grave sindrome delle apnee del sonno con chiara sonnolenza/stanchezza diurna, può coesistere anche un fenomeno di "smemoratezza/dimenticanza", problema che può aver contribuito al malfunzionamento organizzativo dell'esame diagnostico in passato"; sottolineatura del redattore). Anche la curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato come "[...] questo paziente ha un'evidente sonnolenza diurna, si addormenta frequentemente durante la giornata (si addormenta in sala d'attesa e sul lettino del laboratorio); lamenta una roncopatia sonora da grave sindrome delle apnee del sonno" (doc. 4). Va del resto rammentato che il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista medicina interna, che ha visitato l'attore su incarico della convenuta, il 7 agosto 2019, ha evidenziato come l'interessato "da diversi mesi aveva tendenza ad assopimento diurno con anche frequenti veri colpi di sonno, stanchezza ed astenia, tosse stizzosa, dispnea, forse anche un po' di disturbi di concentrazione", che "riferisce di aver senz'altro rischiato di fare degli incidenti d'auto, si addormentava anche a delle cene conviviali con degli amici" ed ha aggiunto che "si è poi rivolto al medico curante in quanto veramente non ce la faceva più" (doc. 6, sottolineature del redattore). Ciò è avvenuto il 24 maggio 2019 (doc. 5), ossia poche settimane, e non mesi, dopo la compilazione del modulo del 2 aprile 2019 relativo alla conclusione del contratto

assicurativo. Irrilevante, e non contraddittoria, è infine la circostanza che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato nel 13 novembre 2013 la prima visita presso il dr. med. \_\_\_\_\_ e nell'11 luglio 2013 la diagnosi tramite poligrafia respiratoria (plico I, scritto del 5 dicembre 2019, risposte 1 e 2). La domanda 1 chiedeva infatti di indicare le date delle consultazioni, mentre la domanda 2 chiedeva di indicare la diagnosi accertata/formulata (doc. 9). Alla luce di tutto quanto sopra esposto la reticenza va pertanto confermata anche per quanto concerne le risposte alle domande 4 e 11 (“ Si sente in buona salute ed è completamente abile al lavoro? ” e “ Sussistono postumi di un infortunio o di una malattia? ”). In queste condizioni è a giusta ragione che l'assicuratore ha disdetto il rapporto assicurativo con l'attore a causa di reticenza ai sensi dell'art. 6 cpv. 1 LCA. 2.8. La convenuta, oltre a escludere l'attore dal rapporto assicurativo a causa di reticenza, ha deciso di non versare alcuna indennità giornaliera relativamente all'inabilità lavorativa fatta valere con effetto dal 24 maggio 2019. La sola possibilità per l'assicuratore di liberarsi dall'obbligo di fornire la sua prestazione per gli eventi già sopraggiunti è che, in virtù dell'art. 6 cpv. 3 LCA, il fatto oggetto della reticenza abbia influito sull'insorgere o sulla portata del danno. Occorre perciò verificare se v'è un nesso causale tra i fatti taciuti e l'incapacità lavorativa fatta valere con effetto dal 24 maggio 2019. L'attore sembra infatti ritenere di essere inabile al lavoro anche a causa dell'asma che gli è stata diagnosticata successivamente alla conclusione del contratto e che pertanto non è in ogni caso oggetto di reticenza. La tesi attorea va respinta. Se è vero che il dr. med. \_\_\_\_\_, oltre alla grave sindrome delle apnee del sonno, oggetto di reticenza, ha posto la diagnosi di atopia con allergia all'acaro (RAST 3): rinoпатия ostruttiva perenne ed asma indoor, bonifico ambientale; allergia alla forfora di gatto (RAST 2): rinocongiuntivite ed asma (doc. 7) e che ha rilevato come il “ paziente è stato messo in inabilità lavorativa completa dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ a partire dal 24.05.2019 soprattutto per l'evidente ipersonnia, in secondo luogo per sospetto di asma bronchiale sottogiacente che ho confermato nell'ambito della mia valutazione ”, d'altra parte i medici interpellati fanno risalire l'incapacità lavorativa inizialmente attestata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ con effetto dal 24 maggio 2019 alla sindrome delle apnee del sonno, che influisce sull'insorgere e sulla portata del danno. La curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il 30 luglio 2019, circa la diagnosi, ha indicato unicamente la grave sindrome delle apnee del sonno, indicando che l'attore ha un'evidente sonnolenza diurna, si addormenta frequentemente durante la giornata (si addormenta in sala d'attesa e sul lettino del laboratorio); lamenta una rinocongiuntivite da grave sindrome delle apnee del sonno (doc. 4). Il dr. med. \_\_\_\_\_, il 7 agosto 2019 ha rilevato come l'attore ha una sintomatologia senz'altro compatibile con grave Sleep Apnea Syndrome e che non potrà riprendere il lavoro fino a fine agosto 2019, quando sarebbero stati valutati i dati dell'apparecchio CPCP e sarebbe stato valutato il decorso, poiché “ vi è tra l'altro grave rischio per incidente della circolazione e fino ad allora non dovrebbe guidare l'automobile ” (doc. 6). Il dr. med. \_\_\_\_\_ il 25 agosto 2019 ha affermato, circa l'abilità lavorativa, che “ la persona assicurata presenta un'inabilità completa lavorativa a partire dal 24.05.2019 (data della visita del medico curante) e questa inabilità lavorativa del 100% persiste tutt'ora, non essendo ancora controllata l'ipersonnia diurna (ESS dopo 3 settimane di terapia CPAP: 19/24). L'inabilità lavorativa deve essere prolungata soprattutto per il pericolo per sé stesso e per gli altri quando si trova al volante di una automobile, essendo di professione rappresentante (percorre all'incirca 100000 km all'anno) ” (doc. 7). Egli ha aggiunto che “ l'inabilità lavorativa completa dovuta all'ipersonnia diurna secondaria alla grave sindrome delle apnee del sonno può essere solo trattata con una ventilazione non invasiva (CPAP), e

non può essere trattata con misure lavorative alternative ” e che “ quando il paziente tollererà meglio la maschera facciale, le pressioni e dunque la terapia ventilatoria non invasiva tramite CPAP e presenterà un utilizzo un po' più lungo di 4 h/notte (miglioramento della tolleranza), anche l'ipersonnia diurna dovuta alla sindrome delle apnee del sonno migliorerà, e con essa l'abilità lavorativa di questo paziente, che in presenza di un'ipersonnia ancora accentuata presenta un forte rischio di incidenti stradali con pericolo per se stesso e per gli altri. In questo specifico caso si dovrà provare tramite in test di latenza multipla della sonnolenza la ripristinata normalità diurna con scomparsa dell'ipersonnia. In questo momento il paziente potrà lavorare come prima senza inabilità lavorativa alcuna ” (doc. 7). Ne segue che l'inabilità lavorativa è dovuta alla sindrome delle apnee del sonno che influisce sull'insorgere e sulla portata del danno e per la quale, come visto, vi è una reticenza. Per cui, alcuna indennità può essere riconosciuta (cfr. art. 6 cpv. 3 LCA). 2.9. Le parti hanno chiesto l'assunzione di numerose prove. L'attore, oltre a chiedere la propria deposizione ai sensi dell'art. 192 CPC, domanda che siano sentiti quali testi il dr. med. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per riferire circa la sua situazione medica negli ultimi anni, circa le varie patologie, circa le visite effettuate e circa la natura delle stesse nonché circa il fatto che la patologia attuale non era mai stata diagnosticata in precedenza né era da lui percepibile come tale. L'interessato richiama inoltre l'intero incarto dalla convenuta e chiede che venga allestita una perizia sul suo stato di salute con valutazioni circa la pregressa evoluzione della patologia. Quali mezzi di prova la convenuta chiede la testimonianza del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_ per riferire sulla diagnosi allora posta e sulle cure prescritte, rispettivamente su come il paziente percepiva i suoi disturbi e di quanto fosse a conoscenza della situazione del suo stato di salute, l'allestimento di una perizia, salvo rinuncia ed il richiamo dell'intera cartella clinica dal 2013 ad oggi dall'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e dalla \_\_\_\_\_, inclusi i dati degli apparecchi dati in dotazione all'attore. In sede di udienza l'assicurato ha domandato di sentire quali testi i dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, che dovranno riferire sulla sua situazione medica negli ultimi anni, sulle varie patologie, sulle visite effettuate e sulla natura delle stesse nonché del fatto che la patologia attuale non era mai stata diagnosticata in precedenza né era da lui percepibile, di sentire quale teste il consulente assicurativo che ha stipulato la polizza il 2 aprile 2019 per riferire circa la situazione di salute percepibile dall'attore al momento della stipula del contratto, la deposizione dell'attore, il richiamo dell'incarto della convenuta e la perizia sul suo stato di salute con valutazioni sulla pregressa evoluzione della patologia e sul momento della sua definitiva risoluzione o messa sotto controllo con relative conseguenze per la capacità lavorativa (doc. X). Questo Tribunale, alla luce della documentazione prodotta dalle parti nelle more processuali e delle motivazioni espone nei precedenti considerandi non ritiene necessario assumere ulteriori prove. I documenti prodotti sono sufficienti per decidere nel merito della vertenza. L'incarto della convenuta relativo all'attore è stato prodotto con la risposta di causa. Le testimonianze dei dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ non sono necessarie. I certificati medici degli specialisti prodotti nelle more processuali sono infatti sufficienti per stabilire i fatti che le parti vogliono provare. Dai medesimi emerge già con sufficiente chiarezza la sua situazione medica, le patologie di cui è affetto (diagnosi), le cure prescritte, le visite effettuate, la loro natura e la diagnosi della patologia. Dalla visita di controllo CPAP del 9 dicembre 2013 emerge inoltre come l'interessato ha percepito i suoi disturbi e come fosse a conoscenza del suo stato di salute (cfr. plico doc. I). Non occorre neppure richiamare le cartelle cliniche dell'Ospedale

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e della \_\_\_\_\_. Il dr. med. \_\_\_\_\_, nei suoi scritti del 23 settembre 2019 e del 5 dicembre 2019, ha già spiegato quando è avvenuta la diagnosi, quando sono state effettuate le visite e l'assenza di compliance terapeutica, all'epoca, della maschera CPAP (plico doc. I). Infine non è neppure necessario allestire una perizia per stabilire lo stato di salute dell'attore in relazione alla pregressa evoluzione della patologia. La documentazione agli atti e le affermazioni dei medici che hanno visitato l'attore, come esposto al consid. 2.7, permettono di stabilire i fatti senza la necessità di ulteriori accertamenti specialistici. Neppure l'audizione del consulente assicurativo che era presente il 2 aprile 2019 quando l'attore ha sottoscritto il formulario sul suo stato di salute è necessaria. Il consulente non è un medico e potrebbe unicamente riferire circa lo stato generale dell'attore al momento della consulenza, tenutasi in un lasso di tempo relativamente breve. Del resto, anche se in quel momento l'interessato non avesse manifestato sintomi della sua patologia e fosse stato in perfetta forma, l'esito della vertenza non cambierebbe alla luce di quanto esposto nei considerandi precedenti (segnatamente il consid. 2.7). Ne segue che la vertenza può essere decisa senza la necessità di assumere ulteriori prove. 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'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A\_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A\_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A\_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A\_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A\_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A\_175/2015 del 4 maggio 2015). 2.10. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'assicuratore, rappresentato da un avvocato esterno, vanno invece assegnate le 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. sentenza 4A\_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e sentenza 4A\_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche sentenza 36.2019.89 del

### **E. 13**

novembre 2019; sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018; sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018).

2.11. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013, l'Alta Corte ha affermato che:

"() Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)."

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA).

S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.