

TI_GERICHTE 36.2022.10 vom 25. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2022.10

FR: TI_GERICHTE 36.2022.10 du 25 avril 2022

IT: TI_GERICHTE 36.2022.10 del 25 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal.

E. 2

Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

E. 2.11

L'art. 61 lett. a LPGA, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (disposizione transitoria), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 16 febbraio 2022 e pertanto si applica il nuovo diritto. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 consid. 4.4.1., ha evidenziato che "(...) eliminando il principio della gratuità generalizzata di cui all'art. 61 lett. a LPGA, il legislatore federale non ha voluto imporre in maniera generalizzata per tutta la Svizzera l'applicazione di spese giudiziarie al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, ma ha lasciato ai Cantoni la libertà di disciplinare la questione. Nulla impedisce a un Cantone in tale contesto di prevedere la gratuità della procedura integralmente o soltanto per alcune controversie (FF 2018 1334; BU 2018 S 668 segg; BU 2019 N 329 segg.). Se però un Cantone desidera imporre spese al di fuori del campo di applicazione dell'art. 61 lett. f bis LPGA, trattandosi di un tributo causale, deve prevedere una base legale formale chiara ed esplicita (art. 127 Cost.; DTF 145 I 52 consid. 5.2; 143 I 227 consid. 4.3.1; 124 I 241 consid. 4a, con riferimenti; UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 2020, n. 209 ad art. 61 LPGA)." Nel Cantone Ticino vige tuttora il principio della gratuità generalizzata (cfr. STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022 consid. 5; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 consid. 4.4.3.; Ares Bernasconi , Actualités du TF,

8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).
Ne discende che nel presente caso non si riscuotono spese giudiziarie.

E. 3

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." Ai sensi dell'art. 71 cpv. 1 LAMal l'assicurato che esce dall'assicurazione collettiva perché cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati definita dal contratto oppure perché quest'ultimo è disdetto, ha diritto al trasferimento nell'assicurazione individuale dell'assicuratore. Se nell'assicurazione individuale l'assicurato non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo. L'art. 71 cpv. 2 LAMal prevede che l'assicuratore deve provvedere affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale. Se omette questa informazione, l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva. L'assicurato deve far valere il diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione. Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. L'art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGA non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. Va ancora rammentato che, conformemente a quanto stabilito in DTF 125 V 112 nell'assicurazione d'indennità giornaliera ai sensi dell'art. 67 e seguenti LAMal non sussiste un obbligo legale per l'assicuratore di continuare a versare prestazioni dopo lo scioglimento del rapporto assicurativo per eventi verificatisi in precedenza; restano riservate convenzioni contrarie contenute nel contratto d'assicurazione (individuale o collettivo). 2.3. Nel caso di specie l'insorgente ha sottoscritto un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LAMal, denominata _____, che prevede il versamento dell'80% del salario effettivo per una durata delle prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni ed un periodo di attesa di 0 giorni per caso (doc. 3). Nella polizza valida dal 2016 al 2018 figurava quale gruppo di persone assicurate “

il personale ” (doc. 3). Secondo l’art. 10.1 delle condizioni generali d’assicurazione (CGA), edizione 1° gennaio 2007, applicabili in concreto (cfr. art. 43 CGA edizione 1° maggio 2021 da cui emerge che fino a tale data non erano state emesse altre CGA [“ Le presenti Condizioni generali d’assicurazione (CGA) per l’assicurazione collettiva d’indennità giornaliera sono state emanate dagli organi competenti di CO 1 ed entrano in vigore il 1° maggio 2021. Esse sostituiscono le Condizioni generali d’assicurazione (CGA) per l’assicurazione collettiva d’indennità giornaliera _____ secondo la LAMal, nell’edizione del 1° gennaio 2007 ”; doc. 4), la copertura assicurativa si estingue per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo (doc. W). Ai sensi dell’art. 10.2 CGA il contratto collettivo d’assicurazione cessa in caso di disdetta (lett. a), in caso di fallimento del contraente (lett. b), in caso di trasferimento all’estero della sede dell’azienda (lett. c), in caso di cessazione dell’attività aziendale (lett. d), al momento del passaggio di proprietà (lett. e). Secondo l’art. 10.3 CGA per i singoli assicurati la copertura assicurativa si estingue con l’uscita della cerchia delle persone assicurate o con la cessazione del rapporto di lavoro con il contraente (lett. a), con il raggiungimento o con il compimento dei 65 anni d’età (lett. b), non appena la continuazione della copertura assicurativa è garantita da un altro assicuratore in base ad un accordo di libero passaggio (lett. c), con il decesso della persona assicurata (lett. d). L’art. 10.4 CGA prevede che per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine dell’assicurazione, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso in corso nell’ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione della prestazione). Con il raggiungimento della capacità al lavoro completa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni. Ai sensi dell’art. 10.5 CGA la continuazione delle prestazioni secondo il par. 10.4 non trova applicazione se il contratto viene continuato presso un altro assicuratore che, in base ad un accordo di libero passaggio, deve garantire il proseguimento della corresponsione delle indennità giornaliere. Per l’art. 11 CGA il contratto può essere disdetto dal contraente oppure dall’assicuratore al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza ed in seguito alla fine di un anno assicurativo. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire all’assicuratore, rispettivamente al contraente, con un anticipo di almeno tre mesi. L’anno assicurativo inizia alla scadenza principale indicata nella polizza.

2.4. In concreto le parti sono concordi nel ritenere che il contratto è stato disdetto con effetto al 31 dicembre 2020 dal ricorrente, per il tramite del consulente assicurativo, _____, consulente previdenziale e aziendale di _____, consulente finanziario diplomato IAF (cfr. doc. S: “ [...] Il mio cliente ha disdetto la polizza assicurativa per la sua ditta individuale per il 31 dicembre 2020 credendo in totale buona fede che non avrebbe avuto più alcun dipendente a far tempo da tale data (errore essenziale) [...] ”; cfr. anche ricorso, doc. I, pag. 10: “ Il signor RI 1 ha disdetto la polizza assicurativa, dopo aver ricevuto una chiamata dal suo consulente assicurativo signor _____, sotto influenza di un errore essenziale ”). Tant’è che dopo aver ricevuto la conferma dello scioglimento del contratto da parte di CO 1 (doc. 17), l’insorgente non l’ha contestato, ma si è limitato a chiedere l’invio della dichiarazione dei salari 2020 in forma cartacea, poi compilata il 30 gennaio 2021 (doc. 5). A questo proposito va rammentato che la LAMal non prevede norme relative alla disdetta del contratto e che normalmente sono le condizioni generali d’assicurazione che regolano questo aspetto (cfr. Häberli Christoph/Husmann David, in: Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 111). Sussidiariamente possono essere applicate per analogia le norme del CO. La circostanza che nel caso di specie le CGA prevedono un periodo di disdetta di tre mesi (cfr. art. 11 CGA) non è rilevante, poiché le parti, se d’accordo tra di

loro, possono mettere fine ad un contratto senza preavviso (Häberli Christoph/Husmann David, in Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, p. 111; art. 115 CO). Anche il fatto che ai sensi dell'art. 30 del Contratto collettivo di lavoro nel ramo della posa delle piastrelle e dei mosaici e delle pietre naturali ed artificiali vi è l'obbligo per il datore di lavoro di assicurare la perdita di salario per malattia dei propri dipendenti non è d'aiuto all'insorgente, non essendo un impedimento allo scioglimento del contratto. L'assenza di una copertura assicurativa non concerne l'assicuratore ma semmai il rapporto tra datore di lavoro e lavoratore ed eventuali mancanze possono essere fatte valere dal lavoratore nelle sedi competenti nei confronti del datore di lavoro che potrà semmai essere ritenuto responsabile per l'assenza di una copertura adeguata (cfr. Häberli Christoph/Husmann David, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 99: " Das Bundesgericht hat eine solche Haftung in einem Fall bejaht, wo im Arbeitsvertrag ohne weitere Einschränkungen eine Krankentaggeldversicherung mit Leistungsdauer von 730 Tagen per Krankheitsfall versprochen wurde. Der Arbeitnehmer dürfe mangels eines Vorbehalts darauf vertrauen, dass die Leistungen während der vereinbarten Dauer auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses erbracht würden. Ebenso kann sich eine Haftung des Arbeitgebers ergeben, wenn ein anwendbarer GAV eine Taggeldversicherung mit Nachleistung verlangt "). Per lo stesso motivo, l'asserita assenza di intervento da parte della commissione paritetica cantonale quando l'insorgente ha trasmesso il formulario di conguaglio l'8 gennaio 2021, non concerne l'assicuratore. D'altra parte la mancata offerta di libero passaggio nell'assicurazione individuale, nel frattempo trasmessa a _____ (doc. 53), non riguarda il datore di lavoro ma il suo dipendente ed esula dalla vertenza (cfr. consid. 2.1). Accertato che il contratto di assicurazione contro la perdita di guadagno è stato sciolto con effetto al 31 dicembre 2020, resta da esaminare se il ricorrente può far valere un errore essenziale nel disdire il contratto, poiché riteneva di non avere più dipendenti (cfr. anche doc. I, pag. 7: "[...] Il ricorrente ha creduto, sotto influenza di errore, che non versando lo stipendio al signor _____, egli non aveva più dipendenti ").

2.5. Gli art. 23 e seguenti CO (" vizi del contratto ") non sono applicabili direttamente nell'ambito del diritto pubblico: quale espressione di principi giuridici generali, vanno tuttavia presi in considerazione nella misura in cui le normative si rivelano adeguate (STF 8C_22/2014 del 3 aprile 2014, consid. 6.2; STF 9C_90/2013 del 2 maggio 2013, consid. 4.1.1; STF 1A.64/2005 del 25 maggio 2005, consid. 2.3.1; cfr. anche STF K 96/04 del 3 novembre 2004, consid. 4.2.3; DTF 105 Ia 207, consid. 2c; DTF 98 V 255).

2.6. Giusta l'art. 23 CO il contratto non obbliga colui che vi fu indotto da errore essenziale. Per l'art. 24 cpv. 1 CO l'errore è essenziale specialmente nei seguenti casi: 1. quando la parte in errore abbia avuto di mira un contratto diverso da quello al quale ha dichiarato di consentire; 2. quando la volontà della parte in errore fosse diretta ad un'altra cosa, o, trattandosi di contratto concluso in considerazione di una determinata persona, fosse diretta ad una persona diversa da quella da essa dichiarata; 3. quando la parte in errore abbia promesso o siasi fatta promettere una prestazione di un'estensione notevolmente maggiore o minore di quella cui era diretta la sua volontà; 4. quando l'errore concerne una determinata condizione di fatto, che la parte in errore considerava come un necessario elemento del contratto secondo la buona fede nei rapporti d'affari. Non è invece essenziale l'errore che concerne solo i motivi del contratto (cpv. 2). Semplici errori di calcolo non infirmano la validità del contratto, ma devono essere rettificati (cpv. 3). Per l'art. 26 cpv. 1 CO la parte, che prevalendosi del proprio errore si sottrae agli effetti del contratto, è tenuta al risarcimento dei danni pel mancato contratto, ove l'errore derivi da sua colpa, salvo che

l'altra parte l'abbia conosciuto o dovuto conoscere. Il giudice può concedere un maggior risarcimento, quando l'equità lo richieda (cpv. 2). L'art. 31 cpv. 1 CO prevede che il contratto viziato da errore, dolo o timore si considera ratificato, se, nel termine di un anno, la parte per la quale non è obbligatorio non abbia notificato all'altra, che essa non intende mantenerlo o non abbia chiesto la restituzione della fatta prestazione. Per il cpv. 2 il termine decorre nel caso di errore o di dolo dal momento in cui furono scoperti, e, nel caso di timore, dal momento in cui è cessato. La ratifica di un contratto viziato da dolo o timore non esclude per sé stessa l'azione del risarcimento del danno (cpv. 3). 2.7. In una sentenza K 96/04 del 3 novembre 2004, il Tribunale federale ha dovuto chinarsi sul caso di un assicurato che era al beneficio di indennità giornaliera per malattia e che aveva disdetto il contratto d'assicurazione collettiva ritenendo che le prestazioni sarebbero state versate anche in caso di scioglimento del contratto. Nel caso giudicato dal Tribunale federale le parti erano concordi nel ritenere che l'assicurato dopo aver ricevuto, nel mese di ottobre 2001, la polizza valida dal 1° gennaio 2002, si è recato presso l'agenzia dell'assicuratore affermando che stava pagando dei premi senza ricevere alcuna prestazione in cambio e di voler disdire questo inutile obbligo di pagamento (consid. 3: "[...] Dieser unnützen Zahlungsverpflichtung wolle er sich entledigen [...]"). La funzionaria ha di conseguenza stralciato l'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia dalla polizza. Dopo un periodo di riflessione l'assicurato ha apposto la sua firma sotto lo stralcio dell'assicurazione ed ha ritornato la polizza all'assicuratore, il quale ha accettato la disdetta per il 31 gennaio 2002. Dopo la comunicazione dell'assicuratore al rappresentante dell'insorgente circa le indennità giornaliera ancora da versare fino al termine della validità del contratto, il ricorrente si è rivolto alla Cassa malati affermando di non voler sciogliere il contratto e facendo riferimento ad uno scritto del 19 settembre 2001 dove l'assicuratore aveva assicurato che avrebbe versato le indennità giornaliera. Pensando che era inutile continuare a pagare i premi dell'assicurazione contro la perdita di guadagno, poiché l'evento era già accaduto, aveva disdetto l'assicurazione per il 31 gennaio 2002. Per l'insorgente questa manifestazione di volontà aveva un senso solo se le prestazioni per il caso già intervenuto continuavano ad essergli versate. Egli non poteva prevedere che la disdetta lo avrebbe messo in una situazione peggiore e non era mai stato informato circa gli effetti negativi della sua disdetta. All'assicurato, l'Alta Corte, al consid. 4.2.3, ha rammentato che nella misura in cui invoca un errore essenziale ai sensi degli art. 24 e seguenti CO per motivare la nullità della disdetta, il suo ricorso è destinato all'insuccesso. Infatti l'errore circa le conseguenze dello scioglimento del contratto costituiscono un errore di diritto irrilevante (" Soweit der Beschwerdeführer unter Berufung auf einen rechtserheblichen Irrtum (Art. 23 ff. OR) die Ungültigkeit seiner Kündigung begründen will, dringt er ebenfalls nicht durch. Denn nach den zutreffenden Erwägungen der Vorinstanz ist der Irrtum über die Wirkungen der Kündigung ein unbeachtlicher Rechtsirrtum .", sottolineatura del redattore). Sarebbe stato possibile per l'assicurato ottenere senza alcun problema le informazioni necessarie circa gli effetti della disdetta contrattuale. A maggiore ragione ritenuto che in concreto esiste numerosa giurisprudenza in merito, considerato inoltre che il ricorrente era rappresentato ("Es wäre dem (im Übrigen rechtskundig vertretenen) Beschwerdeführer ohne weiteres möglich und zumutbar gewesen, sich im Vorfeld die notwendigen Informationen über die Auswirkungen der Vertragsauflösung zu beschaffen (vgl. Schmidlin, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht [Berner Kommentar], Das Obligationenrecht, Band VI, 1. Abteilung, Allgemeine Bestimmungen, 2. Teilband, Unterteilband 1b, Mängel des

Vertragsabschlusses, Bern 1995, N 366 zu Art. 23/24 OR). Dies gilt umso mehr, als die publizierte Rechtsprechung zu ähnlich gelagerten Fällen zahlreich ist (vgl. etwa BGE 125 V 112, 105 V 286 Erw. 3 [zum KUVG, wobei das Inkrafttreten des KVG bezüglich der Leistungspflicht nach Auflösung des Versicherungsverhältnisses keine Änderung bewirkte; BGE 125 V 117 Erw. 3c]; SVR 1998 KV Nr. 5 S. 13 Erw. 3 mit Hinweisen; RKUV 1995 Nr. K 957 S. 14 Erw. 4b mit Hinweisen und insbesondere das damals bereits im Internet zugängliche Urteil M. vom 28. Februar 2001, K 171/98, später publiziert in: SVR 2002 KV Nr. 2 S. 5). ” Il Tribunale federale ha ribadito il concetto nella STF 4A_523/2014 del 12 febbraio 2015 al consid. 4.4 (“[...] Wie dargelegt (vgl. E. 2.3.2) unterlag die Beschwerdeführerin nach Auffassung der Vorinstanz einem Grundlagenirrtum hinsichtlich der Durchsetzbarkeit ihrer Ansprüche. Dieser Irrtum sei hervorgerufen worden durch die von der Beschwerdeführerin kommunizierte Haltung, einen Systemwechsel vorzunehmen und künftig keine Abgangsentschädigungen mehr zu bezahlen. Beim Fassen eines Vergleichs lässt sich eine Partei durch die Einschätzung einerseits der Tatsachenlage und andererseits der Rechtslage leiten. Sowohl tatsächliche wie rechtliche Umstände kommen daher im Hinblick auf eine Irrtumsanfechtung in Betracht (BGE 118 II 58 E. 3 S. 63 mit Hinweisen; Gauch/Schluemp/Schmid, Schweizerisches Obligationenrecht Bd. I, 10. Aufl. 2014, Rz. 939; Eugen Bucher, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, 2. Aufl. 1988, S. 414 Fn. 68 unter Hinweis auf die insofern gleiche Rechtslage nach § 779 BGB; Peter Marburger, in: J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 2009, N. 71 zu § 779 BGB). Auf die von der Rechtsprechung getroffene Unterscheidung, wonach ein Irrtum über die Rechtslage dann unwesentlich ist, wenn er nur die Rechtsfolgen der getroffenen Vereinbarung betrifft (BGE 118 II 58 E. 3 S. 63 mit Hinweis; zustimmend: Wolfgang Wiegand, in: ZbJV 130, 1994, S. 275. Kritisch zur deutschen Rechtsprechung, welche § 779 BGB ebenfalls nicht anwendet, wenn der Rechtsirrtum eine sog. reine Rechtsfrage betrifft: Peter Marburger, a.a.O., N. 71 zu § 779 BGB), braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden. [...]”). Nella, da ultimo, citata DTF 118 II 58 il Tribunale federale ha stabilito che l'errore concernente il diritto ad un congedo maternità non è essenziale (“[...] L'erreur peut consister, comme dans le cas particulier, en la méconnaissance d'une situation juridique (ATF 113 II 27 consid. 1); l'erreur de droit ne sera toutefois pas essentielle si elle n'affecte que les effets juridiques du contrat conclu (Heiz, Grundlagenirrtum, thèse Zurich 1985, p. 63; KOLLY, Der Grundlagenirrtum nach Art. 24 OR : Rechtsprechung des Bundesgerichts, thèse Fribourg 1978, p. 59/60). Le Tribunal fédéral a ainsi nié le caractère essentiel de l'erreur commise par des coopérateurs qui s'étaient engagés comme débiteurs solidaires d'un crédit accordé à la société en croyant faussement être ainsi libérés de l'obligation d'effectuer des versements supplémentaires envers la coopérative (ATF 79 II 272ss). En revanche, la jurisprudence a admis l'erreur de droit essentielle dans le cas d'un superficiaire qui s'était trompé sur le nombre de maisons pouvant être édifiées sur une parcelle; l'erreur portait en effet sur la valeur économique de l'objet du contrat (ATF 96 II 101 ss). En l'espèce, l'erreur invoquée touche aux incidences pécuniaires d'une résiliation intervenant à telle date plutôt qu'à telle autre. Conformément aux principes rappelés ci-dessus, il s'agit d'une erreur sur les effets accessoires de l'acte, soit d'une simple erreur sur les motifs qui ne permet pas à la demanderesse de se soustraire à la convention passée en février 1990 (art. 24 al. 2 CO). ”). Sul tema cfr. anche Schmidlin, Berner Kommentar, Das Obligationenrecht, Allgemeine Bestimmungen, Mängel des Vertragsabschlusses, Berna 2013, n. 429 – 433 ad art. 23/24 e Schwenzer/Fountoulakis, Basler Kommentar, Obligationenrecht I, 7a edizione, 2020, n. 17-18 ad art. 24. 2.8. In

concreto l'insorgente afferma che, credendo di non avere dipendenti (a suo dire: errore essenziale ai sensi degli art. 23 e seguenti CO), avendo sciolto il contratto di lavoro con _____, poteva tranquillamente disdire il contratto d'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia senza alcuna conseguenza per quest'ultimo. Nella misura in cui l'insorgente, invocando un errore essenziale, ossia l'assenza di dipendenti, vuole motivare la nullità della disdetta, non può essere seguito. Infatti un errore che porta sugli effetti dello scioglimento del contratto non è rilevante (STF K 96/04 del 3 novembre 2004, consid. 4.2.3). L'errore invocato concerne infatti le conseguenze pecuniarie di una disdetta intervenuta, secondo il datore di lavoro, troppo presto. Si tratta di un errore relativo agli effetti accessori dell'atto (il dipendente potrebbe non essere più coperto e potrebbe non aver più diritto a prestazioni), ossia un semplice errore sui motivi che non permette all'assicurato di annullare la disdetta data per fine dicembre 2020 (cfr. STF K 96/04 del 3 novembre 2004 e DTF 118 II 58). Del resto la disdetta è avvenuta per il tramite di un suo rappresentante, consulente previdenziale e aziendale di _____ e consulente finanziario diplomato IAF (cfr. doc. I, pag. 3: "[...] Nel corso dell'autunno 2020 CO 1 ha chiesto al consulente assicurativo _____ del signor RI 1 [...] ", sottolineatura del redattore) e l'insorgente poteva di conseguenza senza particolari problemi informarsi presso di lui circa le conseguenze della disdetta del contratto (cfr. STF K 96/04 del 3 novembre 2004, consid. 4.2.3). Ciò vale a maggior ragione nel caso di specie laddove vi è ampia giurisprudenza in merito (cfr. STF K 96/04 del 3 novembre 2004, consid. 4.2.3, con rinvio alla DTF 125 V 112; 105 V 286). Del resto nessuno meglio del ricorrente poteva conoscere la situazione della sua società. Il contratto assicurativo va di conseguenza considerato validamente disdetto. 2.9. Infine, va evidenziato che la circostanza secondo cui, ai sensi dell'art. 30 LPGA, sarebbe spettato alla _____ notificare l'asserita malattia di _____ all'assicuratore malattie non può essere opposta ad CO 1 e va semmai sollevata nei confronti dell'assicuratore contro gli infortuni. Ne segue che la decisione su opposizione impugnata merita conferma. 2.10. Nel suo ricorso l'insorgente chiede il proprio interrogatorio formale, oltre a quello di sua moglie e di _____. Questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove giacché i fatti alla base della presente vertenza sono stati provati tramite la documentazione prodotta dalle parti e non contestata nel suo contenuto. L'interrogatorio formale delle persone citate dall'insorgente non modificherebbe l'esito della vertenza, ritenuto inoltre che la questione da risolvere è prettamente giuridica (cfr. consid. 2.7 e 2.8). Va qui rammentato che conformemente, alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Inoltre, per quanto concerne l'audizione stessa del ricorrente, va rilevato che per l'art.

E. 6

n. 1 CEDU, ogni persona ha diritto a un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta.

Nel campo di applicazione dell'art. 6 CEDU rientrano anche i litigi relativi a prestazioni delle assicurazioni sociali e dell'assistenza sociale (cfr. STF 8C_522/2012 del 2 novembre 2012 consid. 2.3.).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, confermata in DTF 122 V 54 seg. consid. 3, la pubblicità del dibattimento, imposta dall'art. 6 n. 1 CEDU ed ormai ancorata anche nella Costituzione svizzera all'art. 30 cpv. 3, dev'essere principalmente garantita nella procedura di ricorso di prima istanza (cfr. STF 8C_504/2010 del 2 febbraio 2011). Tuttavia, lo svolgimento di un pubblico dibattimento in materia di assicurazioni sociali presuppone l'esistenza di una richiesta chiara e inequivocabile di una parte nel corso della procedura ricorsuale di prima istanza (cfr. STF 8C_751/2019 del 25 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_722/2019 del 20 febbraio 2020 consid. 2.1.; STF 8C_63/2019, 8C_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.1.; STF 8C_528/2017 del 19 dicembre 2017 consid. 1.3., pubblicata in SJ 2018 I 275; STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017 consid. 2.3.; STF 8C_665/2014 del 23 marzo 2015 consid. 4; STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti).

Una semplice richiesta di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale ■ nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di un'assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente ■ o di interrogatorio delle parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3.; SVR 2009 IV Nr. 22 pag. 62; DTF 125 V 38 consid. 2).

L'Alta Corte ha, inoltre, stabilito che il rifiuto di differire un'udienza pubblica fondato su motivi obiettivi non è in contrasto con il diritto federale e, in particolare, con l'art. 6 n. 1 CEDU (sul tema cfr. tuttavia DTF 136 I 279; DTF 127 V 491; STF 8C_504/2010 succitata).

In proposito cfr. pure STCA 38.2018.31 del 12 ottobre 2018 consid. 2.7.; STCA 38.2018.39 del 10 ottobre 2018 consid. 2.8.

Nella presente evenienza - contrariamente a quanto esige la giurisprudenza federale -, la parte ricorrente non ha formulato un'esplicita richiesta di indire un pubblico dibattimento, ma ha chiesto l'assunzione di una nuova prova.

Del resto, in ossequio dell'art. 29 cpv. 2 Cost, il ricorrente ha potuto far valere le proprie argomentazioni per iscritto (cfr. STF 8C_550/2017 del 12 gennaio 2018) e la documentazione già presente agli atti consente al TCA di emanare il proprio giudizio (valutazione anticipata delle prove; STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3.2; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6).

2.11. L'art. 61 lett. a LPGA, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

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