

TI_GERICHTE 36.2025.27 vom 20. Oktober 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.27

FR: TI_GERICHTE 36.2025.27 du 20 octobre 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.27 del 20 ottobre 2025

Erwägungen

E. 7

gennaio 2025, consid. 1.1). Queste assicurazioni complementari sono rette dalla LCA, conformemente all'art. 2 cpv. 2 LVAMal (STF 4A_593/2024 del 4 marzo 2025, consid. 1.1; Lucile Bonaz, L'assurance perte de gain maladie en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 52, n. 142 e seguenti). Il Tribunale cantonale delle assicurazioni è competente a decidere nel merito di tali vertenze (art. 7 CPC e art. 75 LCAMal). La procedura applicabile è quella prevista dagli art. 243 e seguenti CPC (STF 4A_539/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.1). 2.3. Il 1° gennaio 2022 sono entrate in vigore numerose modifiche della LCA, che si applicano al caso di specie poiché il contratto d'assicurazione ha avuto inizio il 1° febbraio 2025 (doc. C). 2.4. Preliminarmente va evidenziato che l'attore con la sua petizione si è limitato a chiedere la condanna dell'assicuratore al pagamento del "90% del salario lordo (CHF 6'300 lordi) pari a CHF 5'670.00 mensili, a far tempo dal 18 marzo 2025 fino a guarigione o fino a decisione di conversione del sinistro a infortunio". L'attore non ha indicato alcun valore minimo o massimo della causa, non ha calcolato l'indennità giornaliera richiesta, né ha quantificato l'importo secondo lui dovuto dall'assicuratore al momento dell'inoltro dell'azione, della replica o dell'udienza. Ci si potrebbe chiedere se la petizione sia ricevibile (cfr. su questo aspetto la STCA 36.2025.19 del 14 luglio 2025 con riferimento alla DTF 148 III 322). Alla luce dell'esito della vertenza la questione, peraltro neppure sollevata dalla convenuta, può tuttavia rimanere aperta. 2.5. L'attore chiede anche l'annullamento della "decisione" di CV 1 del 15 maggio 2025. Il rifiuto, la cessazione o l'accoglimento del versamento di indennità giornaliera a causa di malattia da parte di un'assicurazione di indennità giornaliera per perdita di guadagno retta dal diritto privato, come in concreto, non può essere impugnata in sede giudiziale. La parte assicurata può semmai inoltrare una petizione al Tribunale cantonale competente per chiedere la condanna dell'assicuratore al pagamento delle prestazioni rifiutate (art. 85 cpv. 1 LSA, art. 7 CPC, art. 75 LCAMal; cfr. DTF 142 V 448, consid. 4.1, STF 4A_427/2017 del 22 gennaio 2018, consid. 1.1; cfr. STCA 36.2023.22 dell'11 dicembre 2023, consid. 2.1; cfr. anche sentenza della seconda Camera civile del Tribunale d'appello, 12.2023.108 del 25 marzo 2024, consid. 9; cfr. anche Lucile Bonaz, op. cit., pag. 95, n. 285 con rinvio alle STF 4A_39/2010 del 29 aprile 2010, consid. 2.2 e STF 4A_563/2008 del 10 febbraio 2009), entro il termine di prescrizione previsto dalla legge (cfr. art. 46 LCA). In concreto, nella misura in cui l'attore chiede l'annullamento della "decisione" (recte: presa di posizione) dell'assicuratore del 15 maggio 2025, la petizione è di conseguenza irricevibile. 2.6. Per quanto concerne l'indennità contro la perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia

stato stipulato per più di tre mesi (Lucile Bonaz, L'assurance perte de gain maladie en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 114, n. 344 e seguenti; sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.1.1; sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007; sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. Adrian Von Kaenel , Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 109-131, in particolare pag. 111-115). La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian Von Kaenel , op. cit., pag. 116 seg.). Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller , Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 19-45, in particolare pag. 20). Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628). L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.1.1; 4A_563/2019 del 14 luglio 2020 pubblicata in DTF 146 III 339 consid. 5.2.3 che cita Ivano Ranzanici , Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail, in: Regards croisés sur le droit du travail: Liber Amicorum pour Gabriel Aubert, 2015, pag. 271 e seguenti, in particolare pag. 272-274; sull'aspetto dell'equivalenza si veda anche Adrian Von Kaenel , op. cit., pag. 120 segg. e la DTF 141 III 112 consid. 4.1-4.3). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert , in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO). La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali). 2.7. In concreto, la convenuta ed il datore di lavoro hanno concluso un contratto d'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA (doc. C), che prevede, se date le condizioni, il pagamento del 90% del salario assicurato, dedotto il periodo d'attesa di 14 giorni per caso, per una durata delle prestazioni al massimo di 730 giorni per caso, ciò che è abituale nelle indennità giornaliera sottoposte alla LCA (cfr. anche Lucile Bonaz, op. cit., pag. 225 e seguenti, n. 637 e seguenti). Al contratto si applicano le condizioni generali d'assicurazione (CGA) edizione 2021 (doc. C). L'art. _____ CGA prevede che è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura oppure provochi un'incapacità al lavoro. Per l'art. _____ CGA è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro

ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso di incapacità al lavoro di durata superiore a 6 mesi (compreso il periodo di transizione) possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Ai sensi dell'art. _____ CGA per le singole persone assicurate la copertura assicurativa decorre dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia non prima della data di inizio del contratto riportato nella polizza. Secondo l'art. _____ CGA le persone che, in seguito a malattia o infortunio, all'inizio del rapporto di lavoro sono inabili al lavoro o soltanto parzialmente abili al lavoro, sono assicurate solo a partire dal momento in cui tornano completamente abili al lavoro nel contesto del loro contratto di lavoro. 2.8. In concreto, CV 1 si rifiuta di versare indennità giornaliera per l'inabilità lavorativa annunciata dal datore di lavoro dell'attore con effetto dal 4 marzo 2025, sostenendo che già al 1° marzo 2025 l'assicurato sarebbe stato inabile al lavoro e di conseguenza in applicazione dell'art. _____ CGA l'interessato non sarebbe stato assicurato contro le malattie. L'attore sostiene invece di non essere stato inabile al lavoro il 1° marzo 2025 e che comunque l'art. _____ CGA sarebbe una clausola inabituale e non potrebbe essere applicata. 2.9. Dalla documentazione agli atti, per quanto qui d'interesse, emerge quanto segue. L'attore è stato sottoposto ad un esame radiologico della colonna in toto senza e con esame di contrasto il 26 luglio 2023 (doc. 2) ed è stato visitato dal dr. med. _____, _____ presso l' _____, il 3 ottobre 2023 (doc. 3) ed il 21 novembre 2023 (doc. 4). Lo specialista nel referto del 3 dicembre 2023, ha affermato: " (...) - i disturbi attuali, in particolare i dolori lombari ed una certa insicurezza nella marcia, limitano in modo sostanziale l'attività lavorativa, in particolare quando si tratta di trasportare pesi, oppure di camminare su impalcature. - la capacità lavorativa è da considerarsi ridotta almeno del 50% in rendimento; è stimabile la possibilità di un aumento di tale capacità dopo procedure terapeutiche, ma si stima sin da ora una minima riduzione in forma definitiva della capacità lavorativa nell'attività attuale a causa del rischio di cronicizzazione dei dolori lombari e del concomitante problema degenerativo cervicale. - ne deriva che il Paziente potrebbe essere abile ad un lavoro più confacente al suo stato di salute e/o presso un altro ambiente di lavoro con un grado di abilità al 100%. - un'eventuale nuova mansione dovrebbe idealmente prevedere minori carichi sulla colonna e assenza di attività in altezza (ad esempio impalcature) e potrebbe iniziare dopo i provvedimenti terapeutici. - dal punto di vista appunto terapeutico, potrebbe entrare in linea di conto un trattamento infiltrativo lombare, eventualmente da effettuare presso il Centro _____: sulla base del quadro clinico riscontrato all'ultima visita, suggerirei un test dei rami articolari lombari a sinistra, tenendo comunque presente il fatto che il Paziente assume una terapia anti-aggregante. Pur in considerazione dei dati elettrofisiologici, non ritengo al momento indicato un intervento chirurgico a livello cervicale, ma sarà comunque importante rivalutare il paziente tra alcuni mesi per questo aspetto." (doc. 4) Il 17 gennaio 2024 il dr. med. _____, _____ dell'Ospedale _____, ha concluso: " (...) Il paziente presenta un quadro algico lombo- e cervicovertebrale persistente per il quale si possono considerare alcune misure infiltrative spinali. Data la prevalenza dei dolori lombari considererei una infiltrazione epidurale di prova a quel livello, che però richiede la sospensione del Brilique. (...) Ho raccomandato nel frattempo l'esecuzione di un ciclo di fisioterapia a scopo antalgico. L'opzione infiltrativa resta dunque per il momento in sospenso; (...)" (doc. 5) L'11 febbraio 2024 il dr. med. _____, dopo aver rivisto l'attore il 5 febbraio 2024, ha affermato che: " (...) Il quadro clinico è sostanzialmente invariato alla nostra ultima valutazione, con un dolore lombare altalenante, comunque gestibile, che sembra forse trarre i primi benefici dal

ciclo di fisioterapia appena iniziato. Il Paziente mi riferisce che ha riportato due cadute, dovute a un senso di cedimento dell'arto inferiore destro. (...). Abbiamo convenuto di procedere con il trattamento fisioterapico e di programmare una ripresa dell'attività lavorativa per marzo. In questo senso ho emesso un certificato di inabilità ancora per il mese di febbraio e chiedo a Lei (nдр: medico curante, dr. med. _____) gentilmente di recuperare, o emettere nuovamente, il certificato che aveva redatto per inabilità al 100% per il mese di gennaio, documento che sembra non sia più disponibile" (doc. 6) Le parti concordano che sulla base della documentazione medica prodotta, la convenuta ha riconosciuto un'inabilità lavorativa dell'attore dal 1° giugno 2023 al 1° aprile 2024 ed ha versato le indennità giornaliere pattuite. Non è contestato che in seguito l'attore è stato inabile al lavoro dall'8 aprile 2024 al 31 agosto 2024 a causa di un infortunio le cui conseguenze sono state assunte dalla _____. Dalle tavole processuali emerge inoltre che l'Ufficio AI ha stabilito che l'attore al termine dell'anno di attesa (1° giugno 2023 – 1° giugno 2024), risultava completamente inabile al lavoro. L'amministrazione ha accertato che dal 1° settembre 2024 l'assicurato "ha ripreso a lavorare in misura completa nella sua attività professionale. Da tale data, quindi, il grado d'invalidità è dello 0% " (doc. 7). Egli è stato conseguentemente posto al beneficio di una rendita intera dal 1° giugno 2024 al 31 agosto 2024 (doc. 7). Il 20 gennaio 2025 l'assicurato ha sottoscritto un contratto di lavoro in qualità di capo cantiere / direzione lavori al 100% per un salario mensile lordo di fr. 6'300 con la società _____ (doc. B). A questo proposito va rilevato che l'amministratore unico della precedente società (_____ ora in liquidazione: cfr. estratto registro di commercio in internet) è lo stesso della nuova società e che dall'estratto conto individuale prodotto dall'assicuratore si evince che l'attore ha conseguito dei redditi di fr. 42'000 all'anno nel 2019, 2020 e 2021 e nel 2022 di fr. 20'475 presso la _____, di fr. 24'266 presso la _____ e di fr. 9'494 come indipendente. Nel 2023 figurano salari per fr. 17'024 per l'attività presso la _____. Il 28 marzo 2025 il datore di lavoro ha annunciato ad CV 1 che dal 4 marzo 2025 AT 1 è stato dichiarato inabile al lavoro per malattia (doc. 8). La curante, ha attestato una completa inabilità lavorativa dal 4 marzo 2025 al 31 marzo 2025 (doc. 9) e dal 1° aprile 2025 al 30 aprile 2025 (doc. 10). Il 9 aprile 2025 la dr.ssa med. _____ ha compilato, a mano, il rapporto sulle prestazioni fisiche sotto sforzo (doc. 18) e posta la nota diagnosi, ha confermato l'incapacità lavorativa dell'attore dal 4 marzo 2025, ha citato tra gli altri medici coinvolti, il dr. med. _____ nel dicembre 2023 e nel febbraio 2024, ed alla questione di sapere se la persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta) ha risposto affermativamente. Il 10 aprile 2025 l'attore è stato sentito da un funzionario di CV 1 (doc. 17), egli ha affermato che " i problemi alla schiena sono arrivati un anno e mezzo fa, quando è iniziato il primo caso di malattia con CV 1 che prendo [sic!] ha avuto inizio il 01.06.2023 ed è terminato il 30.03.2024. Prima non avevo mai avuto problemi particolari ad eccetto di qualche piccolo acciaccio risolvibile con un medicamento apposito ". Circa il 4 marzo 2025 l'attore ha affermato che " Il giorno 04.03.2025 mi sono recato ancora a _____ e quando mi trovavo in cantiere ho iniziato ad avere delle fitte alla schiena, così senza preavviso. Pian piano il dolore è aumentato e non ce la facevo più a lavorare. Sono poi tornato da solo e sono andato subito dal medico per una visita medica ". Egli ha aggiunto che " quando ho avuto il precedente caso di malattia il Dr. _____ mi aveva prescritto la fisioterapia che di fatto ha peggiorato la situazione ". L'attore ha quantificato il lavoro manuale in circa il 70% ed il lavoro gestionale, di sopralluoghi ecc., in circa il 30%. " Mi viene fatto rilevare che sul contratto di lavoro che ho fornito, quale

mansione lavorativa, risulta “capo cantiere / direzione lavori”. Confermo che si tratta delle mie mansioni, che svolgevo già con la _____”. L’attore ha confermato che l’attività lavorativa svolta in precedenza è stata trasferita alla nuova società (doc. 17, pag. 9). Dopo essere stato informato che in occasione di un colloquio telefonico con un funzionario di CV 1 aveva riferito che “ il datore di lavoro ha trasferito dal 1.3.25 tutti i dipendenti attivi presso _____ nella nuova società _____; i dipendenti passati da _____ a _____ sono circa 3/4 persone compreso il sottoscritto ”, l’attore ha confermato. “ Mi viene chiesto, visto quanto ho appena dichiarato, se praticamente ho continuato a svolgere la mia attività con la nuova società, rispondo di sì ” (doc. 17, pag. 9). Il 2 maggio 2025 il datore di lavoro ha sottoscritto la “ descrizione dell’attività con sforzi sul posto di lavoro ”, indicando quale attività esercitata dall’attore quella di capo cantiere, direzione lavori, appalti (doc. 20) ed ha indicato che durante l’attività deve a volte sollevare e portare pesi fino a 10 kg vicini e lontani dal corpo, a volte pesi fino a 50 kg vicini e lontani dal corpo e deve a volte salire su scale/impalcature. Il 2 maggio 2025 la dr.ssa med. _____ ha attestato una completa incapacità lavorativa dal 1° maggio 2025 al 31 maggio 2025 (doc. 21). Il 12 maggio 2025 l’attore, su richiesta della convenuta, è stato visitato dal dr. med. _____, FMH reumatologia, il quale, nel suo referto 14 maggio 2025, ha posto la diagnosi reumatologica con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome cervicolombospondilogenica cronica in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale e lombare e la diagnosi reumatologica senza conseguenze sulla capacità lavorativa di disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale della colonna lombare con minima scoliosi sinistroconvessa dorsale), decondizionamento e sbilancio muscolare e obesità. Riassunti gli atti medici, descritti i dati soggettivi dell’assicurato, l’anamnesi personale, sistematica e sociale, i dati oggettivi (stato generale, sistema locomotore, sistema nervoso cursorio), lo specialista ha affermato che in un’attività con i limiti funzionali ivi descritti, l’attore è abile sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con rendimento massimo del 100% a decorrere dal 13.5.2025, giorno seguente la valutazione peritale reumatologica. Il dr. med. _____ ha inoltre affermato che “ tenuto conto del mansionario lavorativo appena descritto, delle risorse fisiche presenti nell’assicurato, spendibili anche nel mondo lavorativo, premesso che l’assicurato possa essere dispensato dal sollevamento di carichi oltrepassanti i limiti indicati, lo giudico, per le patologie di stretta competenza reumatologica, abile al lavoro per l’ultima attività sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50%, tenuto conto che l’attività solita non può essere in parte considerata ergonomica per la schiena, a partire dal 13.5.2025; qualora tuttavia non fosse possibile dispensare l’assicurato dal sollevamento e dal trasporto di carichi oltrepassanti i limiti da me indicati, andrà considerato inabile al lavoro al 100% nell’attività solita, per il rischio di riacutizzazione ripetitiva dei dolori presenti da tempo con conseguenti ulteriori periodi d’inabilità protratti .” Alla questione di sapere se le possibilità terapeutiche sono esaurite, lo specialista ha risposto: “ no, ma molto probabilmente non saranno in grado di migliorare le risorse fisiche dell’assicurato a tal punto da permettergli di riprendere l’attività lavorativa abituale al 100% .” Infine il dr. med. _____ ha così risposto alla domanda 10 dell’assicuratore: " (...)

E. 10

dal 01.03.2025, data assunzione c/o il nuovo datore di lavoro, l’assicurato risultava totalmente abile al lavoro (100%) per la sua attività di capo cantiere pittura (v. notifica e mansionario allegato). Chiediamo di motivare la sua risposta. Come indicato nella domanda

l'assicurato dall'1.3.2025 ha dunque ripreso la sua attività lavorativa abituale che, stando al mansionario allegato, risulta in parte non esigibile sia per i carichi sollevati, sia per le posizioni di lavoro inergonomiche della schiena assunte, potenzialmente in grado di esacerbare i dolori dettati dalle alterazioni strutturali presenti alla colonna vertebrale, portando di conseguenza a periodi d'inabilità lavorativa come quello attualmente osservato." Il 15 maggio 2025 l'assicuratore ha negato il diritto a qualsiasi indennità giornaliera all'attore in applicazione degli art. _____ e _____ CGA, sostenendo che " le condizioni d'ammissione (capacità lavorativa all'entrata 01.03.2025 presso _____) non erano, a suo tempo, ottemperate ". L'8 agosto 2025 l'attore ha prodotto due certificati medici di incapacità al lavoro della dr.ssa med. _____, per i mesi di giugno e luglio 2025 (doc. L1 e L2). 2.10. Circa l'aspetto medico, va rammentato che, prima della modifica dell'art. 177 CPC, entrata in vigore il 1° gennaio 2025, in una sentenza 4A_178/2015 dell'11 settembre 2015, pubblicata in DTF 141 III 433, il Tribunale federale aveva stabilito che una perizia privata non costituiva un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e che nel processo civile le perizie di parte (Privatgutachten) devono essere considerate alla stessa stregua di semplici allegazioni di parte. Dal 1° gennaio 2025 è entrata in vigore una modifica dell'art. 177 CPC, secondo il quale sono documenti gli atti idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti, come scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, nonché le perizie private delle parti. Nel Messaggio concernente la modifica del Codice di diritto processuale civile svizzero (Migliorare la praticabilità e l'applicazione del diritto), pubblicato in FF 2020, pag. 2407 e seguenti, in particolare pag. 2459 – 2460, figura (sul tema cfr. anche: Laura Kunz/ Pia Meier: Das Arbeits(un)fähigkeitszeugnis, in: Jusletter 13 novembre 2023, pag. 32): " (...) L'articolo 168 capoverso 1 CPC contiene un elenco esaustivo dei mezzi di prova ammessi nel processo civile (cosiddetto numerus clausus dei mezzi di prova); sono mezzi di prova ammessi, oltre alla testimonianza, all'ispezione oculare, alla perizia, alle informazioni scritte, all'interrogatorio e alle deposizioni delle parti, anche i documenti. L'articolo 177 CPC definisce gli atti considerati come documenti ai sensi del CPC: secondo il testo di legge si tratta di scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti. In base a questa disposizione di legge, il Tribunale federale ha deciso che le perizie delle parti e le perizie private – vale a dire le perizie di esperti non ordinate e ottenute dal giudice secondo gli articoli 183 e seguenti CPC, ma commissionate da una parte medesima – non sono considerate documenti secondo l'articolo 177 CPC e quindi non costituiscono mezzi di prova ai sensi dell'articolo 168 capoverso 1 CPC. Ciò risulta dal fatto che, durante l'elaborazione del CPC, le perizie di parte e le perizie private non sono state escluse soltanto come perizie ma anche globalmente come mezzi di prova. Questa decisione è in contraddizione con gran parte della dottrina ed è quindi anche servita per criticare la giurisprudenza del Tribunale federale. Secondo il nostro Consiglio questa situazione giuridica non è soddisfacente e deve pertanto essere modificata. Proponiamo quindi di sancire espressamente nella legge la qualità di documento delle perizie private delle parti. Di conseguenza, in condizioni generali tali perizie di parte o perizie private sono considerate come documenti e costituiscono in quanto tali mezzi di prova ammessi secondo l'articolo 168 capoverso 1 lettera b CPC. In quanto mezzi di prova anche queste perizie soggiacciono al libero apprezzamento delle prove da parte del giudice conformemente all'articolo 157 CPC e quindi nel caso concreto il loro valore probatorio dipenderà dall'insieme delle circostanze di cui tenere conto (p. es. rapporti delle parti con il perito

nonché assegnazione del mandato, processo e svolgimento della perizia, specializzazione del perito ecc.). Viene così migliorato un punto essenziale del diritto in materia di prova del CPC. Questa modifica è coerente anche sotto il punto di vista della giurisprudenza in materia di assicurazioni sociali sulle perizie private e di parte. La maggior parte dei partecipanti alla consultazione ha approvato questa proposta.” (sottolineatura del redattore) La modifica si applica a tutte le procedure pendenti al 1° gennaio 2025 (art. 407f CPC; cfr. Raphael Kathriner, Aktuelle Fragen zur arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit in: plädoyer 6/2024, pag. 42 e seguenti, in particolare pag. 46). Secondo la dottrina con la modifica di legge una differenziazione tra perizie private in senso stretto e altri referti medici sarebbe difficilmente attuabile. La nuova regola del CPC deve essere compresa nel senso che anche certificati medici non motivati devono essere ritenuti quali prove. Il loro valore probatorio può tuttavia variare notevolmente e va preso in conto nell’ambito dell’apprezzamento delle prove. La dottrina ritiene inoltre che le linee guida per la valutazione delle prove valide per le assicurazioni sociali potranno essere riprese nell’ambito del diritto civile (Raphael Kathriner, op. cit., pag. 46). A questo proposito va rammentato che per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell’8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell’apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell’amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l’Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell’uomo ha dedotto dall’art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l’affidabilità dei rapporti dei medici interni all’amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all’art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell’anamnesi, che sia

chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.11. In una sentenza 4A_117/2021 del 31 agosto 2021, pubblicata in DTF 148 III 105 (cfr. anche STF 4A_144/2021 del

E. 13

settembre 2021, consid. 4.2.1), il Tribunale federale ha stabilito che secondo la regola generale dell'art. 8 CC, che vale anche nell'ambito del contratto di assicurazione, l'avente diritto deve provare i fatti che "giustificano la pretesa assicurativa" (cfr. la nota marginale in tedesco dell'art. 39 LCA) e cioè segnatamente l'esistenza di un contratto d'assicurazione, l'insorgere di un caso di assicurazione e l'estensione della pretesa (cfr. anche STF 4A_470/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.3). All'assicuratore incombe invece l'onere di provare i fatti che gli permettono di ridurre o rifiutare la prestazione contrattuale o che rendono il contratto d'assicurazione non vincolante nei confronti dell'avente diritto. Per una pretesa incapacità lavorativa legata all'insorgenza del caso di assicurazione vale il grado della prova ordinario. Di conseguenza la prova è apportata, se il tribunale è convinto secondo criteri oggettivi dell'esattezza dell'allegazione fattuale. È sufficiente che non sussistano più seri dubbi sull'esistenza del fatto allegato o che i dubbi eventualmente rimanenti appaiano leggeri (consid. 3.3.1). L'assicurato che chiede il versamento delle indennità giornaliere deve comprovare il persistere della sua incapacità lavorativa secondo il principio della verosimiglianza preponderante (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3, con riferimento alla DTF 141 III 241 consid. 3.1; cfr. anche DTF 147 III 73). La posizione della persona assicurata è favorita dal fatto che non viene contestata l'incapacità al lavoro fino ad una determinata data. Non spetta tuttavia all'assicuratore comprovare il ripristino totale o parziale della capacità lavorativa. Nell'ambito del suo diritto alla controprova, l'assicuratore deve tutt'al più apportare degli elementi propri ad insinuare dei dubbi e a far vacillare la verosimiglianza preponderante che l'assicurato si sforza di stabilire; questo genere di dubbi può sgorgare già dalle allegazioni delle parti, rispettivamente da perizie private (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3 con riferimenti alla DTF 130 III 321 consid. 3.4 e alla sentenza 4A_85/2017 del 4 settembre 2017, consid. 2.3). 2.12. Nel caso di specie sia nel verbale di colloquio del 10 aprile 2025 (doc. 17) sia nel corso dell'udienza del 6 ottobre 2025 (doc. XV) l'attore ha ammesso che l'incapacità lavorativa annunciata il 4 marzo 2025 è dovuta alla medesima patologia per la quale era stato ritenuto incapace al lavoro dal 1° giugno 2023 al 1° aprile 2024 (cfr. doc. 17 pag. 2: "[...] Io in sostanza ho problemi alla schiena e meglio ho diverse cisti uno delle quali mi provoca molto dolore nella zona bassa della schiena. Secondo il Dr. _____ ho una ciste al collo che si trova in prossimità del midollo e mi causa una insensibilità alla gamba sinistra. Preciso che pure ai piedi ho poca sensibilità dovuto al problema di questa

ciste. Dalla pianta del piede fino alle dita non ho sensibilità, come se tutto fosse addormentato. La mia incapacità lavorativa è dovuta comunque principalmente alla schiena ed alla parte sinistra dove soffro di dolori. In sostanza il dolore maggiore è alla schiena in basso a sinistra ma la parte più pericolosa è per la questione del midollo, nella zona del collo. Per dire, per alzarmi dalla macchina, devo alzarmi con i due piedi. Se scendo le scale devo mettere prima il piede destro e poi quello sinistro. Preciso che non è una cosa continua e permanente ma capita [...] i problemi alla schiena sono arrivati un anno e mezzo fa, quando è iniziato il primo caso di malattia con CV 1 che prendo ha avuto inizio il 01.06.2023 ed è terminato il 30.03.2024 [...]”; “[...] da giugno 2023 avevo proprio a soffrire di questi problemi alla schiena che sono in un primo momento guariti e poi sono ritornati adesso [...]” e pag. 3: “[...] i problemi alla schiena sono sorti solo successivamente e meglio a metà 2023 con il precedente caso di malattia [...]” e doc. XV: “[...] L’attore precisa che la sua patologia è riconducibile all’esistenza di 2 cisti principali tra altre, la prima a livello dorsale/cervicale che però non limita la capacità lavorativa mentre la 2 a livello lombare che invece ha provocato la prima incapacità lavorativa a partire dal giugno 2023 fino all’aprile 2024 ed assunta dalla CV 1 [...] L’attore precisa che la sua patologia “va e viene” ossia vi sono periodi in cui riesce a lavorare mentre in altri momenti i dolori glielo impediscono”). Questa circostanza emerge pure dal rapporto sulle prestazioni fisiche sotto sforzo sottoscritto il 9 aprile 2025 dalla curante, dr.ssa med.

_____, la quale, attestata un’incapacità lavorativa dal 4 marzo 2025, alla questione (n. 21) di sapere se “ la persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta) ”, ha risposto affermativamente ed alla domanda (n. 10) circa altri medici coinvolti ha citato anche il dr. med. _____ (dicembre 2023 e febbraio 2024), che aveva visitato l’attore nell’ambito del precedente periodo di inabilità lavorativa (doc. 18). Medesima conclusione emerge dalla diagnosi posta dal dr. med. _____, (doc. 23: sindrome cervicolombospondilogenica cronica, in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale e lombare), simile a quella già indicata dal dr. med. _____ l’11 febbraio 2024 (doc. 6: “[...] quadro algico lombare e agli arti inferiori in contesto di patologia degenerativa sia cervicale, che lombare”), dal dr. med. _____ il 17 gennaio 2024 (doc. 5: “ Il paziente presenta un quadro algico lombo- e cervicovertebrale persistente [...]”) e dalla dr.ssa med. _____ il 9 aprile 2025 (doc. 18: sindrome lombospondilogenica). L’attore ha inoltre ammesso che il lavoro svolto per la precedente ditta è il medesimo di quello esercitato per la nuova società (doc. 17 pag. 7: “[...] mi viene fatto rilevare che sul contratto di lavoro che ho fornito, quale mansione lavorativa, risulta “capo cantiere / direzione lavori”. Confermo che si tratta delle mie mansioni, che svolgevo già con la _____” e pag. 8: “[...] Mi viene chiesto di riferire in merito alla _____, presso la quale ho lavorato in precedenza, in particolare di chiarire quali erano le mie mansioni ed il mio ruolo, di cosa si occupava la società si vi erano altri dipendenti e di cosa di occupavano, ecc.: Risponde che le mansioni erano sempre le stesse , i dipendenti erano sempre gli stessi [...] Per tutti è stato fatto un nuovo contratto di lavoro a partire da marzo”, sottolineature del redattore), indicando che esso consiste in 70% di lavoro manuale e 30% di lavoro gestionale (doc. 17, pag. 6; cfr. anche doc. 17, pag. 10: “[...] Vengo informato che, visto quanto emerso nel presente colloquio, nel caso in cui il mio stato di salute dovesse migliorare bisognerà sicuramente tenere in considerazione la percentuale di lavoro “gestionale” che svolgevo sia per _____ che per _____ e che stata attestata in circa un 30% ”); sottolineatura del redattore). Tra le due attività, non vi è tuttavia una prosecuzione di una relazione lavorativa preesistente, come invece sostenuto

dall'attore in sede di replica, bensì la conclusione di un nuovo contratto di lavoro, giacché il precedente rapporto di lavoro si è concluso a novembre 2024 ed in seguito l'interessato non ha più lavorato fino a marzo 2025 (doc. XV, cfr. anche doc. E). Occorre pertanto concludere che sia la patologia alla base dell'incapacità lavorativa attestata dalla dr.ssa med. _____ dal 4 marzo 2025 sia le mansioni svolte presso le due società, sono le medesime. 2.13. Va ora esaminato se l'assicurato al momento dell'inizio dell'attività lavorativa era inabile al lavoro. Dagli atti medici emerge che il 3 dicembre 2023 il dr. med. _____ aveva affermato che “ la capacità lavorativa è da considerarsi ridotta del 50% di rendimento ”. Egli ha aggiunto che “ è stimabile la possibilità di un aumento di tale capacità dopo procedure terapeutiche, ma si stima sin da ora una minima riduzione in forma definitiva della capacità lavorativa nell'attività attuale a causa del rischio di cronicizzazione dei dolori lombari e del concomitante problema degenerativo cervicale ” (doc. 3, sottolineatura del redattore). Lo specialista ha pertanto accertato, in via definitiva, seppure senza quantificarla, una riduzione permanente della capacità lavorativa dell'attore nell'attività abitualmente svolta uguale a quella esercitata con il nuovo datore di lavoro (cfr. consid. 2.12). Certo, l'11 febbraio 2024 lo stesso medico ha affermato di aver deciso di procedere con un trattamento fisioterapico e di voler programmare una ripresa dell'attività lavorativa per marzo 2024 (doc. 6). Tuttavia, il medesimo attore ha affermato che “ quando ho avuto il precedente caso di malattia il Dr. _____ mi aveva prescritto la fisioterapia che di fatto ha peggiorato la situazione ” (doc. 17, pag. 5). Il dr. med. _____, FMH reumatologia, nel suo referto del 14 maggio 2025, è giunto alla medesima conclusione, stabilendo che l'attività abituale risulta in parte non esigibile sia per i carichi sollevati sia per le posizioni di lavoro inergonomiche della schiena assunte, potenzialmente in grado di esacerbare i dolori dettati dalle alterazioni strutturali presenti alla colonna vertebrale, portando di conseguenza a periodi di inabilità lavorativa come quello osservato (cfr. doc. 23, pag. 15, domanda 10). Il reumatologo ha pertanto anch'egli confermato che l'attività svolta dall'assicurato è parzialmente inesigibile a causa della patologia alla schiena di cui è affetto l'attore perlomeno dal 2023 (sindrome cervicolumbospondilogenica cronica in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale e lombare). Contrariamente alle affermazioni dell'assicurato, non vi sono motivi per dubitare delle conclusioni del dr. med. _____. Il suo referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al consid. 2.10. Lo specialista si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attore sulla base della visita effettuata presso di lui. Al referto va attribuita piena forza probante. Le conclusioni del dr. med. _____, come visto (cfr. consid. 2.12), trovano del resto conferma nelle valutazioni del dr. med. _____ e della curante e sono state prese tenendo in considerazione anche la descrizione dell'attività con sforzi sul posto di lavoro sottoscritta il 2 maggio 2025 dal datore di lavoro, da cui emerge che l'attore, nell'attività svolta dal 1° marzo 2025, a volte deve sollevare e portare pesi fino 10 kg o fino a 50 kg e a volte deve salire su scale/impalcature (doc. 20), ossia attività giudicate non compatibili con la sua situazione valetudinaria già dal mese di dicembre 2023 (cfr. referto del 3 dicembre 2023 del dr. med. _____ secondo il quale “ i disturbi attuali [ndr alla base anche dell'incapacità lavorativa attuale], in particolare i dolori lombari ed una certa insicurezza nella marcia, limitano in modo sostanziale l'attività lavorativa, in particolare quando si tratta di trasportare pesi oppure di camminare su impalcature ” e “ un'eventuale nuova mansione dovrebbe idealmente prevedere minori carichi sulla colonna e assenza di attività

in altezza (ad esempio impalcature) ”). In queste condizioni occorre concludere che nell’ambito della precedente valutazione medica del 3 dicembre 2023, relativa all’incapacità lavorativa iniziata il 1° giugno 2023, era emersa una incapacità lavorativa permanente nell’esercizio dell’attività abitualmente svolta, analoga a quella che ha portato all’annuncio di malattia in discussione e che di conseguenza l’attore era perlomeno parzialmente inabile al lavoro per l’attività per la quale è stato assunto dal 1° marzo 2025. La circostanza che l’assicurato dal 1° settembre 2024 ha ricominciato la sua attività lucrativa al 100% fino al mese di novembre 2024 ed in seguito ha conseguito le indennità di disoccupazione e che nel corso del colloquio del 10 aprile 2025 ha affermato di non aver lamentato alcun dolore o alcun indebolimento dello stato di salute, non modifica l’esito del procedimento. Durante il periodo della disoccupazione l’attore non ha lavorato, ma si è limitato ad effettuare le ricerche di lavoro (cfr. doc. 17, pag. 10). Di conseguenza, non avendo svolto un’attività lavorativa pesante implicante il sollevamento di pesi e l’utilizzo di impalcature, il suo stato di salute non ha risentito alcuna conseguenza. Per quanto concerne il periodo da settembre a novembre 2024 è invece possibile che l’interessato, che aveva appena finito un periodo di infortunio al 100% ed era stato posto al beneficio di una rendita AI fino al 31 agosto 2024, nei mesi successivi abbia svolto attività maggiormente confacenti al suo stato di salute. Sia come sia, la circostanza che dal 1° settembre 2024 al 28 febbraio 2025 l’assicurato non ha più fatto valere alcuna incapacità lavorativa non è atta a sovvertire le conclusioni degli specialisti, dr. med. _____ e dr. med. _____, secondo i quali l’attività da lui usualmente svolta di capocantiere e direzione lavori con le caratteristiche descritte da ultimo dal datore di lavoro il 2 maggio 2025 (doc. 20) non era più pienamente esigibile già da dicembre 2023. Occorre ora esaminare se l’insorgente può comunque avere diritto alle indennità giornaliere oppure se, in applicazione dell’art. _____ CGA, egli non ha diritto ad alcunché. 2.14. Per costante giurisprudenza al contratto d’assicurazione, così come alle condizioni generali che vi sono espressamente incorporate, si applicano i principi generali dell’interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l’art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2; DTF 135 III 410 consid. 3.2; DTF 118 II 342 consid. 1a). Quando l’assicuratore, al momento della conclusione del contratto, produce le condizioni generali, manifesta la sua volontà di impegnarsi secondo quanto prevedono queste condizioni. Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d’assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la “vera e concorde volontà dei contraenti”, se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art. 18 cpv. 1 CO; DTF 148 III 57; consid. 2.2.1; sentenza 4A_35/2024 del 10 settembre 2024; sentenza 4A_220/2023 del 24 ottobre 2023 = SVR 2024 KV Nr. 4; sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.2; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; DTF 136 III 186 consid. 3.2.1; DTF 135 III 295, consid. 5.2). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall’altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell’affidamento: DTF 148 III 57; consid. 2.2.1; sentenza 4A_35/2024 del 10 settembre 2024; sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.2; sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006

del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 136 III 186 consid. 3.2.1; DTF 135 III 295, consid. 5.2; DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 148 III 57; consid. 2.2.1; DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (DTF 148 III 57; consid. 2.2.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.2; DTF 133 III 61, consid. 2.2.2.3; DTF 126 V 499, consid. 3b; DTF 124 III 155 consid. 1b; DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.2; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020 consid. 3.2.2; DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a; DTF 100 II 144, consid. 4c). Va ancora evidenziato che la giurisprudenza rammenta che l'adesione data globalmente alle condizioni generali al momento della conclusione del contratto non concerne le clausole inabituali sulla cui esistenza non è stata attirata l'attenzione della parte più debole o meno sperimentata negli affari. Per determinare se una clausola è inabituale occorre mettersi nei panni della persona che l'accetta al momento della conclusione del contratto. Occorre inoltre che, a causa del suo contenuto, la clausola sia considerata come estranea all'affare, ossia che ne modifichi in maniera essenziale la natura o che esuli notevolmente dal quadro legale del contratto. Tale clausola si applica segnatamente quando ha per effetto di ridurre drasticamente la copertura d'assicurazione al punto che i rischi più frequenti non sono coperti o quando il senso e la portata di una disposizione sono formulati in maniera criptica o ancora quando si trova in un posto inabituale nelle condizioni generali ed appare sorprendente ed inattesa per l'assicurato (sentenza 4A_176/2018 del 6 agosto 2018, consid. 4.2 con rinvii alla DTF 138 III 411, consid. 3.1; DTF 135 III 1, consid. 2.1 e alla sentenza 4A_152/2017 del 2 novembre 2017, consid. 4.3). 2.15. Va preliminarmente evidenziato come l'interpretazione delle clausole contrattuali secondo il principio dell'affidamento non tiene conto di come il lavoratore, che non è giuridicamente parte al contratto, comprende la norma (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.3.1); occorre determinare come un destinatario di buona fede può e deve comprendere le clausole (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.3.1). In concreto, l'assicuratore fa riferimento agli art. _____ CGA secondo cui per le singole persone assicurate la copertura assicurativa decorre dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia non prima della data di inizio del contratto riportato nella polizza (punto 1) e secondo cui le persone, che in seguito a malattia o infortunio, all'inizio del rapporto di

lavoro sono inabili al lavoro o soltanto parzialmente abili al lavoro sono assicurate solo a partire dal momento in cui tornano completamente abili al lavoro nel contesto del loro contratto di lavoro (punto 2). Le norme sono chiare. Secondo le CGA la copertura assicurativa inizia dal primo giorno del rapporto di lavoro (in concreto: 1° marzo 2025) ma non prima della data di inizio del contratto figurante nella polizza (in concreto: 1° febbraio 2025). Tuttavia, se l'assicurato all'inizio del rapporto di lavoro (in concreto: 1° marzo 2025) è inabile al lavoro o soltanto parzialmente abile al lavoro, l'assicurazione decorre da quando il lavoratore è nuovamente abile al lavoro al 100% nell'attività per la quale è stato assunto. Le parti del resto non divergono in merito all'interpretazione delle norme, ma circa la loro applicazione. Secondo l'attore l'art. _____ CGA sarebbe inusuale, andrebbe interpretato restrittivamente in virtù dell'art. 33 LCA e non potrebbe applicarsi al caso di specie. Per i motivi che seguono, la censura dell'attore va respinta.

2.16. Secondo l'art. 10 cpv. 1 LCA il contratto può esplicare effetti a una data anteriore alla sua conclusione se sussiste un interesse assicurabile. Per l'art. 10 cpv. 2 LCA, di natura imperativa (art. 97 LCA), l'assicurazione con effetto retroattivo è nulla se soltanto lo stipulante o l'assicurato sapeva o avrebbe dovuto sapere che il sinistro si era già verificato. Questo articolo ha sostituito gli art. 9 LCA e 10 LCA in vigore fino al 31 dicembre 2021. Per il vecchio art. 9 LCA, riservati i casi di cui all'articolo 100 capoverso 2, il contratto di assicurazione è nullo se, al momento in cui fu concluso, il rischio era già scomparso o il sinistro era già accaduto. A questo proposito nella STF 4A_254/2019 del 6 aprile 2020 l'Alta Corte, nell'ambito di un'assicurazione per perdita di guadagno a causa di malattia, aveva rilevato che il rischio consiste nell'incapacità al lavoro, e non nel pagamento delle indennità giornaliere, semplice conseguenza del verificarsi del rischio (“ Le risque, qui consiste en l'incapacité de travail (ATF 142 III 671 consid. 3.6 et 3.9; arrêts 4A_626/2016 du 22 mars 2017 consid. 6; 4A_631/2016 du 21 avril 2017 consid. 2.1 et 2.3.1) - et non dans le versement des indemnités journalières, simple conséquence de la réalisation du risque - est en effet déjà survenu ”). Per quanto concerne il nuovo art. 10 cpv. 2 LCA, la dottrina (Alexandre Massard in: *Loi sur le contrat d'assurance, Commentaire Romand, 2022, n. 1 ad art. 10*) rammenta che esso è stato adottato in seguito alla volontà del legislatore di autorizzare l'assicurazione retroattiva. La norma sostituisce i vecchi art. 9 e 10 LCA dai quali si scosta su quattro aspetti: in primo luogo rovescia la logica alla base dei precedenti disposti: l'eccezione della validità dell'assicurazione retroattiva diventa la regola, mentre la regola della nullità della copertura retroattiva diventa l'eccezione e dunque l'insorgere del sinistro prima della conclusione del contratto di assicurazione non implica automaticamente la nullità della copertura. In secondo luogo il nuovo disposto non prevede il diritto di ritirarsi dal contratto a beneficio di una parte, ma la nullità della copertura retroattiva. L'art. 10 LCA non menziona più il diritto dell'assicuratore al rimborso delle spese in caso di nullità quanto lo stipulante o l'assicurato aveva conoscenza del sinistro o doveva averla (cfr. vecchio art. 10 cpv. 4 LCA). Infine non tratta più il caso della scomparsa del rischio. L'art. 10 cpv. 2 LCA rende nulla la copertura assicurativa retroattiva quando c'è un'asimmetria delle informazioni relative al sorgere del litigio in sfavore dell'assicuratore (Massard , op. cit., n. 60 ad art. 10). È sufficiente che uno tra l'assicurato o lo stipulante sappiano che il sinistro era già intervenuto per rendere nulla la copertura retroattiva (Massard , op. cit., n. 60 ad art. 10), se l'assicuratore ne era invece all'oscuro. La nullità interviene di pieno diritto. Deriva da una misura di ordine pubblico del legislatore che ha reso l'art. 10 cpv. 2 LCA assolutamente imperativo (Massard , op. cit., n. 81 ad art. 10). La nullità della copertura retroattiva di cui all'art. 10 cpv. 2 LCA deve essere rilevata d'ufficio dal giudice (

Massard , op. cit., n. 91 ad art. 10). In concreto, come visto, il sinistro, ossia l'incapacità lavorativa attestata dalla dr.ssa med. _____ dal 4 marzo 2025 dovuta alla sindrome cervicolumbospondilogenica cronica in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale e lombare, si era già realizzato per il periodo dal 1° giugno 2023 al 1° aprile 2024. L'assicurato ne era al corrente. L'assicuratore, invece, non sapeva che il sinistro si era già realizzato, poiché il nuovo contratto di assicurazione valido dal 1° febbraio 2025 non è stato concluso con l'attore o con la società per la quale lavorava l'assicurato all'epoca del sinistro, ma con un'altra azienda, ossia la _____ (doc. C). Nella polizza i suoi dipendenti non vengono menzionati per nome e dagli atti non risulta che la nuova società abbia indicato tra i suoi assicurati AT 1. L'assicurazione, per l'attore, è pertanto nulla (art. 10 cpv. 2 LCA). Già solo per questo motivo la petizione deve essere respinta. 2.17. Inoltre, alla luce di quanto sopra, non è possibile ritenere che l'art. _____ CGA sia inabituale. Esso va piuttosto interpretato alla luce del nuovo art. 10 cpv. 2 LCA e va inteso nel senso che il contratto di assicurazione non si applica se solo l'assicurato o lo stipulante (od entrambi), ad esclusione dell'assicuratore, sanno che all'inizio del contratto di lavoro il dipendente era perlomeno parzialmente inabile al lavoro. Ciò è il caso in concreto, alla luce delle valutazioni del dr. med. _____ del 3 dicembre 2023, che aveva attestato una riduzione, seppure non quantificata, in forma definitiva della capacità lavorativa dell'attore nell'attività abituale di capocantiere / direzione lavori e che aveva affermato che i dolori lombari ed una certa insicurezza nella marcia, limitano in modo sostanziale l'attività lavorativa, in particolare quando si tratta di trasportare pesi, oppure di camminare su impalcature (doc. 4). Egli era al corrente delle valutazioni dello specialista, tant'è che il 10 aprile 2025 nel corso del colloquio con un funzionario di CV 1 ha affermato che "[...] in sostanza ho problemi alla schiena e meglio ho diverse cisti uno delle quali mi provoca molto dolore nella zona bassa della schiena. Secondo il Dr. _____ ho una ciste al collo che si trova in prossimità del midollo e mi causa una insensibilità alla gamba sinistra. Preciso che pure ai piedi ho poca sensibilità dovuto al problema di questa ciste. Dalla pianta del piede fino alle dita non ho sensibilità, come se tutto fosse addormentato. La mia incapacità lavorativa è dovuta comunque principalmente alla schiena ed alla parte sinistra dove soffro di dolori. In sostanza il dolore maggiore è alla schiena in basso a sinistra ma la parte più pericolosa è per la questione del midollo, nella zona del collo. Per dire, per alzarmi dalla macchina, devo alzarmi con i due piedi. Se scendo le scale devo mettere prima il piede destro e poi quello sinistro. Preciso che non è una cosa continua e permanente ma capita [...] i problemi alla schiena sono arrivati un anno e mezzo fa, quando è iniziato il primo caso di malattia con CV 1 che [...] ha avuto inizio il 01.06.2023 ed è terminato il 30.03.2024 [...]" (sottolineatura del redattore) . Viste le affermazioni del dr. med. _____ ed alla luce del suo stato di salute, all'attore non poteva sfuggire di essere perlomeno parzialmente inabile al lavoro nell'attività che avrebbe dovuto iniziare il 1° marzo 2025, uguale alla precedente (cfr. consid. 2.12), e che consiste anche nel sollevare pesi fino a 50 kg o nel salire su scale o impalcature (doc. 20). Per cui, la petizione andrebbe respinta anche in applicazione dell'art. _____ CGA. 2.18. L'attore in sede di udienza ha chiesto l'allestimento di una perizia qualora necessario per accertare lo stato di abilità lavorativa al momento dell'inizio del nuovo rapporto di lavoro (doc. XV). Questo TCA rinuncia all'assunzione della prova poiché non modificherebbe l'esito della procedura. Da una parte dalla documentazione medica prodotta dalle parti emerge in maniera convergente che l'attore, assunto dalla nuova società con le medesime mansioni svolte all'interno dell'azienda presso la quale era precedentemente attivo, era perlomeno

parzialmente inabile al lavoro nella funzione di capocantiere / direzione lavori (cfr. in particolare consid. 2.12. e 2.13). Non vi è pertanto motivo alcuno per procedere con ulteriori accertamenti. D'altra parte in applicazione dell'art. 10 cpv. 2 LCA, per i motivi esposti in precedenza (consid. 2.16), l'assicurazione è in ogni caso nulla nei suoi confronti. 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; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche sentenza 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 4, sentenza 4A_172/2022 del 31 agosto 2022, consid. 2.4; sentenza 4A_491/2020 dell'11 aprile 2022, consid. 7.2; sentenza 4A_587/2015 del 15 febbraio 2017, consid. 3.1; 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, consid. 2; 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). 2.19. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'assicuratore, rappresentato dal servizio giuridico interno, non vanno assegnate le ripetibili (STF 4A_473/2022 del 19 gennaio 2023, consid. 4.4 con riferimenti; cfr. sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47; sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche STCA 36.2022.19 del 2 giugno 2022; STCA 36.2020.56 del 25 gennaio 2021; STCA 36.2020.24 del 17 agosto 2020; STCA 36.2019.89 del 13 novembre 2019; STCA 36.2017.109 del 5 marzo 2018; STCA 36.2017.68 del 23 aprile 2018; cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche Viktor Rüegg/Michael Rüegg, Basler Kommentar, ZPO, Basilea 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701). 2.20. 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 (cfr. anche STF 4A_273/2021 del 17 aprile 2023, consid. 1), 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.