

# TI\_GERICHTE 36.2025.3 vom 16. Juni 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-06-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2025.3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.3)

FR: TI\_GERICHTE 36.2025.3 du 16 juin 2025

IT: TI\_GERICHTE 36.2025.3 del 16 giugno 2025

## Erwägungen

### E. 1

CPC, dimostrare quanto asserito dall'assicurato o dall'assicuratore. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6).

Nella fattispecie analizzata dalla nostra Massima Istanza, il Tribunale cantonale aveva ammesso la perizia di parte come mezzo di prova e soltanto fondandosi su questa perizia ha ritenuto quindi comprovato che il ricorrente fosse abile al lavoro.

Di conseguenza, il giudizio cantonale ha violato l'art. 168 cpv. 1 CPC nella misura in cui ha ritenuto che la perizia di parte fosse un mezzo di prova che permetteva di constatare la capacità di lavoro dell'interessato (cfr. consid. 2.6).

Il ricorso dell'assicurato è quindi stato accolto su questo punto e gli atti rinviati all'autorità di prima istanza per un nuovo apprezzamento delle prove tenendo conto dei principi posti a proposito delle perizie di parte (cfr. consid. 4).

2.8. 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):

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, inBJM 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).

2.9. In una sentenza 4A\_117/2021 del 31 agosto 2021, pubblicata in DTF 148 III 105 (cfr. anche STF 4A\_144/2021 del 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).

A questo proposito va rammentato che per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15).

La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485).

In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto.

In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo.

Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, ■Le perizie nelle assicurazioni sociali■, in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249).

Con sentenza 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze.

In concreto, i periti amministrativi hanno effettuato una valutazione globale da cui non vi è motivo di scostarsi.

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'art. SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

Nel caso di specie questo Tribunale deve pertanto concludere, sulla base della convergente documentazione medica, segnatamente sulla base di quanto accertato dal dr. med.

\_\_\_\_\_, che la patologia psichica dell'attrice (disturbo da sintomi somatici [F45.1] e disturbo dell'adattamento evoluto in episodio depressivo di grado lieve [F32.0]) non solo si è manifestata prima dell'estinzione della copertura assicurativa (31 agosto 2023), come vuole l'art. \_\_\_\_\_ CGA, ma ha pure provocato un'incapacità lavorativa dal mese di maggio 2023 (del 40%, intesa come diminuzione del tempo e del rendimento).

Lo specialista in psichiatria, come ampiamente esposto in precedenza, ha spiegato nel dettaglio ed in maniera approfondita, esaminando accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione, le ragioni per le quali ha ritenuto la presenza della patologia psichica, con influenza sulla capacità lavorativa, sin dal 23 maggio 2023.

Accertato che anche la patologia psichica era già presente prima della risoluzione del contratto di lavoro e che anch'essa ha un'influenza sulla capacità lavorativa dell'attrice, va esaminato se l'interessata ha diritto ad ulteriori indennità giornaliere.

2.11. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute (art. 38a LCA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022, simile all'art. 61 LCA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021: STF 4A\_49/2023 del 3 maggio 2023, consid. 3.3.1; cfr. anche sentenza 4A\_472/2022 del 15 giugno 2023).

A norma dell'art. 38a in vigore dal 1° gennaio 2022 (simile all'art. 61 LCA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021):

"In caso di sinistro, l'aveente diritto è tenuto a fare quanto possa per scemare il danno. Quando non vi sia pericolo in mora, egli dovrà chiedere istruzioni all'assicuratore circa i provvedimenti da prendere e conformarsi alle medesime.

Se l'aveente diritto ha mancato a quest'obbligo in modo inescusabile, l'assicuratore può limitare l'indennità all'importo cui si troverebbe ridotta qualora l'obbligo fosse stato adempiuto."

Con sentenza 5C.176/1998, del 23 ottobre 1998, al consid. 2c, l'Alta Corte ha affermato:

"() L'art. 61 LCA esprime infatti il medesimo principio generale concernente l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno da cui il Tribunale federale delle assicurazioni deduce che l'interessato può a tal fine essere costretto a cambiare professione (DTF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Un siffatto obbligo non costituisce una lesione più grave della libertà personale rispetto all'imposizione - espressamente citata da Maurer (Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, pag. 346 n. 4) con riferimento all'art. 61 LCA - di sottomettersi a una cura o addirittura ad un intervento chirurgico. Si può del resto rilevare che nemmeno l'attore contesta l'applicabilità dell'art. 61 LCA alla fattispecie, limitandosi a sostenere che, per un uomo di 63 anni nel suo stato di salute, un reinserimento in un'attività professionale appare perlomeno problematico. Ne segue che i giudici cantonali hanno violato il diritto federale accogliendo la petizione senza esaminare se e in che misura sia possibile esigere dall'attore un cambiamento di professione e se il termine accordato dalla convenuta a tal fine sia adeguato alle circostanze. La sentenza impugnata deve pertanto essere annullata e la causa rinviata all'autorità cantonale per completare gli accertamenti di fatto e per nuova decisione. (...)."

In concreto, l'art. \_\_\_\_\_ CGA prevede il medesimo concetto. Secondo tale disposto, se un assicurato inabile al lavoro nella sua professione abituale non può essere reinserito nella sua azienda, egli è tenuto a cercare lavoro, entro

### **E. 3**

mesi, in un altro settore d'attività, e ad annunciarsi presso l'assicurazione invalidità, rispettivamente l'assicurazione contro la disoccupazione.

Per cui, in caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (cfr. DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'attore per procedere al cambiamento di professione nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi (DTF 111 V 239 consid. 2a e giurisprudenza ivi citata; RAMI 1987, p. 108; 1994, p. 113ss). In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 p. 106 consid. 2).

Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV 112, pag. 122 seg., il TF ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal, della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. La giurisprudenza è stata confermata con sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006.

Il Tribunale federale ha applicato la medesima giurisprudenza alle assicurazioni complementari contro le malattie rette dal dritto privato (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 184, n. 521; Häberli Ch. / Husmann D., Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 173, nota 737; cfr. sentenza 4A\_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.2; DTF 133 III 527, consid. 3.2.1; sentenza 4A\_304/2012 del 14 novembre 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 799; cfr. anche sentenza 5C.74/2002 del 7 maggio 2002).

Il citato termine non serve solo per la riformazione professionale, ma anche in generale, per l'adattamento alla nuova situazione valetudinaria e per cercare un nuovo posto di lavoro, per cui il Tribunale federale ha già ammesso un termine di 5 mesi per trovare un lavoro nella medesima attività svolta finora (cfr. sentenza 4A\_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.3: ■Denn die zu gewährende Übergangsfrist dient nicht nur der Umschulung, sondern vielmehr generell der Anpassung und Stellensuche (BGE 133 III 527 E. 3.2.1 S. 531; 114 V 281 E. 5b. S. 289 f.; vgl. insb. auch zit. Urteil 4A\_111/2010 E. 3.2, wo eine Übergangsfrist von 5 Monaten als angemessen betrachtet wurde, obwohl der Versicherte bloss eine neue (Teilzeit-) Stelle im angestammten Beruf suchen musste). Aus dem Zweck der Übergangsfrist folgt, dass während dieser Frist Taggelder weiterhin gemäss der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf zu leisten sind (vgl. Urteil 4A\_79/2012 vom 27. August 2012 E. 5.1; HÄBERLI/HUSMANN, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 173 Rz. 546)■).

Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta, ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a).

La dottrina (Häberli Ch. / Husmann D., Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 169 e seguenti) rammenta che, diversamente da quanto accade nell'assicurazione invalidità, nell'ambito delle indennità giornaliere per perdita di guadagno in caso di malattia, non si fa riferimento al teorico mercato equilibrato del lavoro. Non è sufficiente che un'attività adatta sia, dal punto di vista medico, teoricamente esigibile; la persona assicurata deve avere la concreta possibilità di esercitare l'attività leggera ed adatta al suo stato di salute nel reale mercato del lavoro. Un determinato posto di lavoro non deve esistere solo teoricamente, bensì anche concretamente. Considerato che le indennità giornaliere per malattia, a differenza della rendita AI, non costituiscono una prestazione a lungo termine, può essere fatto riferimento solo al mercato del lavoro concreto (■Anders als in der IV wird im Krankentaggeld-Bereich nicht auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abgestellt, was sich schon aus dem Wortlaut von Art. 6 ATSG (Arbeitsunfähigkeit) gegenüber Art. 7 ATSG

(Erwerbsunfähigkeit) ergibt. Es genügt nicht, dass eine angepasste Tätigkeit bloss medizinisch-theoretisch möglich ist; der Versicherte muss vielmehr eine reale Chance haben, die Verweisungstätigkeit bei gegebener Arbeitsmarktsituation real ausüben zu können. Eine entsprechende Stelle darf also nicht nur theoretisch und statistisch vorhanden sein, sondern muss tatsächlich existieren; die versicherte Person muss ihre Restarbeitsfähigkeit in einer solchen Stelle sofort realisieren können. Da Krankentaggelder anders als Invaliditätsrenten keine Langzeitleistungen darstellen, ist allein die Bezugnahme auf den konkreten Arbeitsmarkt sachgerecht; cfr. anche Bonaz Lucile, op. cit., pag. 184, n. 521).

Inoltre, secondo la dottrina, dal principio dell'equivalenza valido nell'ambito della LCA deriva un giudizio differente dell'esigibilità del cambio di attività rispetto all'AI. Nel primo caso viene infatti assicurato un salario determinato per il quale viene pagato un premio calcolato in funzione dell'indennità che le parti hanno concordato di versare. L'obbligo di cambiare attività, derivante dall'obbligo di ridurre il danno, comporta di regola una riduzione unilaterale della prestazione assicurativa prevista in cambio del premio pagato dalla persona assicurata. Ciò è in contraddizione con il principio dell'equivalenza (Ebenso ist zu beachten, dass für die Zumutbarkeit in der Krankentaggeldversicherung grundsätzlich ein anderer, für die Versicherer strengerer Massstab als in der Invalidenversicherung gilt. Dies ergibt sich aus dem Äquivalenz-(VVG) bzw. Gegenseitigkeitsprinzip (KVG). Die Versicherten versichern einen bestimmten Lohn bzw. danach bemessene Taggelder und bezahlen dafür die entsprechenden Prämien. Der mit der Schadenminderung geforderte Berufswechsel führt meistens zu einer einseitigen Herabsetzung der geschuldeten Versicherungsleistungen zugunsten des Taggeldversicherers, was letztlich dem Äquivalenz- bzw. Gegenseitigkeitsprinzip zuwiderläuft. Daher ist eine gewisse Zurückhaltung beider Bejahung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels angezeigt).

In una sentenza 4A\_228/2019 del 2 settembre 2019 il Tribunale federale ha dovuto statuire sul caso di una persona a cui l'assicuratore, il 12 ottobre 2016, aveva rifiutato di continuare a versare le indennità giornaliere oltre il 31 ottobre 2016 poiché sulla base di una perizia era emerso che l'interessato poteva ricominciare a lavorare nella precedente attività di conducente di camion già dal 12 settembre 2016.

In seguito alla perizia giudiziaria era invece emerso che l'assicurato non poteva svolgere la precedente professione di camionista, ma unicamente un'attività leggera e confacente al suo stato di salute e ciò dal mese di agosto 2015.

Il Tribunale cantonale ha allora condannato l'assicuratore al versamento delle indennità complete fino al loro esaurimento, anteriore alla data del giudizio cantonale, poiché l'assicuratore non aveva avvisato l'assicurato del suo obbligo di ridurre il danno e non gli aveva assegnato alcun termine per cambiare professione.

L'assicuratore ha adito il TF contestando la decisione cantonale, poiché dalla perizia giudiziaria era emerso che già dal mese di agosto 2015 l'interessato avrebbe potuto esercitare un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, ossia ancora prima della notifica dell'incapacità lavorativa. Inoltre, quando il 28 agosto 2018 la perizia gli è stata trasmessa, non avrebbe più potuto assegnare un termine per cambiare attività poiché il versamento di prestazioni non era più d'attualità.

L'Alta Corte ha respinto l'impugnativa, stabilendo che spetta all'assicuratore notificare alla persona assicurata l'obbligo di ridurre il danno e concedergli un termine per cambiare attività. Niente avrebbe impedito l'assicuratore, nel caso di specie, di domandare all'assicurato che riteneva, correttamente, di non più essere in grado di riprendere la precedente attività, di mettersi alla ricerca di una attività compatibile con il suo stato di salute e di assegnargli un termine a questo scopo.

Questo Tribunale, in una STCA 36.2022.49 del 6 novembre 2023, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. anche STCA 36.2022.49 del 6 novembre 2023), ha affermato:

Ciò avrebbe comportato, durante tale lasso di tempo, il versamento delle indennità al 100% perlomeno fino a fine ottobre 2021.

Tuttavia, nel caso di specie l'assicuratore non ha agito conformemente a quanto impone la giurisprudenza (sentenza 4A\_574/2014 del 15 gennaio 2015).

La convenuta il 5 maggio 2021 si è limitata ad indicare che avrebbe chiuso il caso dal 1° luglio 2021, quando l'attore sarebbe stato ritenuto abile al lavoro al 100% (doc. 5: [ ] In conclusione, le comuniciamo che lei è ritenuto abile al lavoro nella misura del 100% a partire dal 1° luglio 2021. Dopo tale data, considereremo il caso chiuso [ ]), mentre il 9 luglio 2021 ha precisato che l'inabilità lavorativa viene accettata fino al 31.07.2021. Lei è quindi ritenuto abile al lavoro in misura completa ed in attività adeguata a partire dal 01.08.2021. Da tale data il caso è da considerare liquidato (doc. 6).

È vero che nello scritto del 9 luglio 2021 sono stati citati i limiti funzionali che il dr. med. ( ) ha messo in evidenza per poter esercitare un'attività adeguata ergonomicamente (doc. 6: [ ] si deve trattare di attività senza dover portare/sollevarre/spostare pesi > 5 kg, dover regolarmente anteflettere/ruotare il rachide lombare specialmente se da seduto ed attività nelle quali si possa cambiare posizione al bisogno non dovendo mantenere regolarmente una posizione statica sia in piedi che da seduto [ ]), tuttavia, limitandosi ad accennare al fatto che l'attore dal 1° agosto 2021 sarebbe stato ritenuto abile al lavoro in attività adeguata, senza assegnare alcun termine per cambiare attività, senza indicare quale concreta attività l'attore avrebbe potuto svolgere sulla base dell'età, dello stato del mercato del lavoro, della formazione e dell'esperienza e senza effettuare alcun calcolo del danno residuo, la convenuta non ha adempiuto ai suoi obblighi, poiché non ha reso attento l'attore circa il suo obbligo di ridurre il danno e meglio di cercare un'attività adatta al suo nuovo stato di salute (cfr. sentenza 4A\_228/2019 del 2 settembre 2019; su questo tema, cfr. la STCA 36.2020.33 del 14 dicembre 2020).

( ).

Nel caso di specie, tuttavia, la fattispecie è retta dal diritto privato e impone all'assicuratore non solo di assegnare un termine per cambiare professione ma anche di indicare concretamente, nel mercato concreto (e non teorico) del lavoro, quale attività l'interessato avrebbe potuto esercitare (Häberli/Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, n. 533, pag. 169).

Ciò non è stato fatto neppure in relazione alla patologia psichica per la quale l'attore è stato completamente inabile al lavoro fino al 27 ottobre 2021 e per la quale l'assicuratore non ha mai assegnato alcun termine né indicato attività alternative concrete, poiché secondo la convenuta per tale patologia non avrebbe neppure dovuto intervenire (cfr. anche scritto dell'11 novembre 2021, doc.9).

Alla luce di quanto sopra esposto, accertato che l'attore è totalmente incapace al lavoro nella sua precedente attività, sia dal lato reumatologico, sia dal lato psichiatrico e che l'assicuratore non ha imposto all'interessato di cambiare professione, indicando la concreta attività esigibile, non ha assegnato un termine per adattarsi al nuovo stato valetudinario e non ha effettuato alcun calcolo del grado d'incapacità al guadagno (se non tardivamente con le osservazioni del 10 ottobre 2023), la convenuta va condannata al versamento delle indennità giornaliere pattuite, dal 1° agosto 2021, fino ad esaurimento delle medesime (cfr. sentenza 4A\_228/2019 del 2 settembre 2019).

Sul tema cfr. anche Bonaz Lucile, op. cit., pag. 183 e seguenti, n. 519 e seguenti, in particolare n. 521, dove l'autrice evidenzia che il Tribunale federale n'hésite pas à sanctionner l'entreprise d'assurance privée lorsqu'elle réduit ses prestations sur la base d'une analyse exclusivement médico-théorique, sans tenir compte des circonstances concrètes du cas d'espèce.

Certo, l'assicuratore non deve trasformarsi in una sorta di ufficio di collocamento e reperire alla persona assicurata un posto di lavoro effettivo.

Cionondimeno deve comunque effettuare un esame concreto della situazione, tenendo conto in particolare dell'età della persona assicurata, dello stato del mercato del lavoro, della formazione dell'assicurato e della sua esperienza.

Non avendo agito in tal senso, nella fattispecie la convenuta non ha comprovato né le reali possibilità per l'attrice di trovare un impiego tenuto conto delle limitazioni funzionali né che tale cambiamento d'attività avrebbe potuto effettivamente essere esatto dall'interessata.

All'assicuratore incombeva inoltre, conformemente a quanto previsto dall'art. 8 CC, di valutare se l'attrice avrebbe subito, in un'attività ragionevolmente esigibile, una perdita di guadagno e, di conseguenza, un danno residuo che avrebbe dovuto indennizzare conformemente alle CGA (cfr. art. \_\_\_\_\_ CGA per il quale se l'abilità lavorativa residua non viene sfruttata, il calcolo dell'indennità giornaliera avviene considerando l'obbligo di riduzione del danno che incombe all'assicurato [sul tema cfr. anche la sentenza K 31/04 del 9 dicembre 2004, consid.4.4: «Pour que la recourante, qui indemnise une incapacité de travail d'au moins 25 % (ch. 50.1 CGA de l'assurance facultative d'indemnités journalières SALARIA), soit tenue d'octroyer l'indemnité journalière au delà du 31 octobre 2003, il faut que l'intimée ne puisse réaliser dans une activité de substitution plus que le 75 % du revenu qui aurait été le sien dans son activité de coiffeuse sans l'atteinte à sa santé (ATF 114 V 287 consid.3d; arrêt C. du 1er juillet 2003 [K 38/02]).»; cfr. anche STF K 56/02 del 31 agosto 2006, consid. 5.2]; cfr. sentenza del 27 agosto 2014 della Corte di Giustizia del Canton Ginevra, Camera delle assicurazioni sociali [ATAS/938/2014], consid. 13, confermata dalla STF4A\_574/2014 del 15 gennaio 2015; cfr. anche STF 4A\_228/2019 del 2 settembre 2019, consid. 2.3.2).

L'assicuratore è liberato dal pagamento delle indennità giornaliere solo se non esiste alcuna perdita di guadagno residua nell'attività concretamente esigibile o se la perdita di guadagno è inferiore alla percentuale d'incapacità al lavoro minima prevista dal contratto d'assicurazione per il versamento delle prestazioni (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 187, n. 527). Negli altri casi le prestazioni devono di massima essere versate, secondo la percentuale calcolata con il raffronto dei redditi da valido e da invalido, fino ad esaurimento delle medesime (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 187, n. 527).

Nella fattispecie l'assicuratore non ha proceduto ad alcun calcolo.

Già solo per questo motivo, in assenza di un esame concreto della situazione dell'attrice e di qualsiasi calcolo della capacità di guadagno, occorrere concludere che la convenuta non poteva cessare il versamento delle indennità giornaliere il 26 giugno 2024 (STF4A\_574/2014 del 15 gennaio 2015, consid. 4.2 e STF 4A\_228/2019 del 2 settembre 2019, consid. 2.3.2).

Ma vi è di più.

Infatti, come visto in precedenza, secondo quanto emerso dalla perizia bidisciplinare del 20 marzo 2025, confermata dal medico SMR, l'attrice è stata, globalmente, completamente inabile al lavoro (al 100%) fino al 13 marzo 2025 e solo dal 14 marzo 2025 l'attrice ha riacquisito una, parziale, capacità lavorativa, del 70%, in attività adeguate e confacenti al suo stato di salute con le limitazioni ivi descritte.

Il 14 marzo 2025 corrisponde alla data della perizia in ambito psichiatrico, considerato come solo a partire da tale data è stato effettivamente oggettivato medicalmente ed accertato da uno specialista in psichiatria che l'assicurata, globalmente, avrebbe potuto esercitare, in misura parziale, un'attività adatta.

Contrariamente a quanto sembra ritenere la convenuta (cfr. doc. IX), non è possibile scorporare dall'incapacità lavorativa globale accertata dagli specialisti, dr. med. \_\_\_\_\_, reumatologo e dr. med. \_\_\_\_\_, psichiatra, la sola incapacità lavorativa derivante dalla patologia psichiatrica. Infatti, come già accennato in precedenza (cfr. consid. 2.10), per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15).

La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485).

Con sentenza 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze.

Accertato che, globalmente, l'attrice è capace al lavoro al 70% dal 14 marzo 2025, è solo a partire da tale data che l'assicuratore avrebbe potuto assegnare un termine di tre mesi per cambiare attività e calcolare il danno residuo, effettuando l'abituale raffronto dei redditi.

In concreto, tuttavia, considerato che le prestazioni, contrattualmente, vanno versate al massimo per 730 giorni, ossia fino al massimo al 23 maggio 2025 ( $730 = \{7 \text{ giorni di attesa per maggio 2023} + 30 \text{ [giugno 2023]} + 31 \text{ [luglio 2023]} + 31 \text{ [agosto 2023]} + 30 \text{ [settembre 2023]} + 31 \text{ [ottobre 2023]} + 30 \text{ [novembre 2023]} + 31 \text{ [dicembre 2023]} + 366 \text{ (1.1.2024-31.12.2024)} + 31 \text{ [gennaio 2025]} + 28 \text{ [febbraio 2025]} + 31 \text{ [marzo 2025]} + 30 \text{ [aprile 2025]} + 23 \text{ giorni di maggio 2025}\}$ ), il calcolo della perdita di guadagno risulta superfluo, poiché l'indennità andrebbe ridotta solo dopo il periodo di adattamento di tre mesi, che a questo punto scadrebbe il 14 giugno 2025.

Rilevato infine che l'interessata è ancora inabile al lavoro (cfr. doc. M, certificato del 18 aprile 2025 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_), le prestazioni devono essere versate fino al loro esaurimento, il 23 maggio 2025.

2.13. Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'assicuratore deve di conseguenza essere condannato a versare le indennità giornaliere al 100% a fr. 92.05 al giorno (cfr. conteggio delle prestazioni: doc. I/Q-I/T) dal 27 giugno 2024 al 23 maggio 2025, per complessivi fr. 30'468.55 (331 giorni X 92.05).

2.14. L'attrice chiede inoltre di accertare di non essere tenuta a restituire l'importo di fr. 1'841 per le indennità versate dall'assicuratore dal 7 giugno 2024 al 26 giugno 2024 quando trovava in vacanza all'estero (cfr. doc. I, pag. 2 [verbale di udienza del 13 febbraio 2025]) e domanda la condanna dell'assicuratore al pagamento delle prestazioni dovute in tale periodo.

2.15. Per l'art. 88 CPC con l'azione di accertamento l'attore chiede che sia accertata giudizialmente l'esistenza o l'inesistenza di un diritto o di un rapporto giuridico determinato.

Affinché l'azione di accertamento ai sensi dell'art. 88 CPC sia ricevibile, l'attore deve avere un interesse di fatto o di diritto degno di protezione alla constatazione immediata della situazione di diritto (cfr. art. 59 cpv. 2 lett. a CPC; cfr. sentenza 4A\_679/2016 del 22 maggio 2017, consid. 2.1; sentenza 4A\_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3; cfr. anche sentenza 4A\_618/2017 dell'11 gennaio 2018, consid. 5.2).

Secondo la giurisprudenza (sentenza 4A\_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3.1) occorre (1) che vi sia un'incertezza circa i diritti dell'attore (2) che la fine dell'incertezza sia giustificata nel senso che non si può esigere dall'attore che tolleri ancora a lungo la persistenza dell'incertezza perché è d'impedimento nella sua libertà di decisione (3) che l'incertezza possa essere tolta tramite l'accertamento giudiziario (4) che un'azione condannatoria (o esecutiva: Leistungsklage) o formatrice (o in modificazione del diritto: Gestaltungsklage) che gli permetterebbe d'ottenere direttamente il rispetto del suo diritto o l'esecuzione dell'obbligazione non sia possibile (cfr. DTF 135 III 375 consid. 2.2 con i rinvii).

2.16. La questione della ricevibilità dell'azione di accertamento può qui rimanere aperta, poiché essa, per i motivi che seguono va comunque respinta.

In concreto, l'art. \_\_\_\_\_ CGA, e non l'art. \_\_\_\_\_ CGA citato dall'attrice e che concerne la definizione di alcuni termini, prevede che se una persona assicurata inabile al lavoro si reca all'estero senza l'approvazione dell'assicuratore, non può rivendicare nessuna pretesa di prestazioni durante il tempo del soggiorno all'estero (cfr. doc. 110).

2.17. Tornando al caso di specie, accertato che la violazione dell'art. \_\_\_\_\_ CGA è imputabile a colpa dell'assicurata, poiché l'attrice si è recata all'estero malgrado il rifiuto dell'assicuratore e che il sinistro (incapacità lavorativa dovuta alla patologia reumatologica e psichica) si era già verificato prima della partenza per l'estero, occorre esaminare se l'interessata ha dimostrato che la violazione della norma non ha esercitato alcuna influenza sull'estensione delle prestazioni dovute dall'assicuratore, come prevede l'art. 45 cpv. 1 lett. b LCA.

In concreto l'attrice, rappresentata da un avvocato, e a cui spetta provare che la violazione dell'una o dell'altra delle sue incombenze non ha avuto alcuna influenza sull'estensione

della prestazione dell'assicuratore, non ha speso alcuna parola in merito.

In seduti udienza, il 13 febbraio 2025, si è limitata a sostenere che tali prestazioni sono dovute siccome in quel lasso temporale \_\_\_\_\_ (ndr: ossia AT 1) incapace al lavoro per causa di malattia coperta dall'assicurazione (pag. 2 doc. I). L'incapacità lavorativa in tale periodo non è tuttavia contestata dalla convenuta, che le ha invece rimproverato di essersi recata all'estero senza il suo consenso.

Con la petizione l'assicurata ha affermato che la norma contempla solo i casi di trasferimento della persona assicurata all'estero e non anche un breve soggiorno presso la famiglia della paziente, oltretutto compiuto su indicazione terapeutica della curante (doc. I/A1, pag. 5; cfr. certificato del 5 giugno 2024, doc. 93) e nelle conclusioni sostiene di non aver causato all'assicuratore alcun disagio e/o impedimento nello svolgimento della pratica a motivo d'una negligente irreperibilità (doc. XII). Anche in questo caso l'interessata non comprova l'eventuale mancata incidenza della sua violazione sull'estensione delle prestazioni dovute dall'assicuratore (cfr. su questo punto anche la citata STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.5.2 in fine: **■** Damit erkennt er aber, dass es gemäss Art. 45 Abs. 1 lit. b VVG an ihm und nicht an der Vorinstanz gelegen wäre, darzutun, inwiefern eine rechtzeitige fachärztliche Konsultation den Schaden nicht verringert oder verhindert hätte. Dementsprechend war - entgegen den Behauptungen des Beschwerdeführers - das Gericht auch nicht verpflichtet, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass das vorinstanzliche Verfahren von der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO geprägt war. Bei Anwendung der sozialen Untersuchungsmaxime ist das Gericht lediglich einer erhöhten Fragepflicht unterworfen, weshalb die Parteien den Sachverhalt selbst darzulegen haben. Das Gericht unterstützt sie nur mit spezifischen Fragen, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei sodann - wie der Beschwerdeführer - anwaltlich vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (BGE 141 III 569 E. 2.3 mit Hinweisen; Urteil 4A\_292/2021 vom 31. August 2021 E. 2.1.2). Dementsprechend hat die Vorinstanz auch nicht gegen Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO oder den Beweisführungsanspruch des Beschwerdeführers verstossen, indem sie kein Gerichtsgutachten eingeholt hat. **■**; cfr. anche DTF 141 III 569, consid. 2.3.1: **■** Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n'est soumis qu'à une obligation d'interpellation accrue. Comme sous l'empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l'arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l'empire de l'art. 274d al. 3 CO, l'arrêt

4A\_397/2011 du 11 février 2014 consid.4.4)■).

D■altra parte non vi è dubbio alcuno che la citata norma trova applicazione, giacché, contrariamente a quanto sembra sostenere l■attrice, concerne proprio il caso in cui la persona assicurata si reca all■estero senza l■accordo della convenuta (■se una persona assicurata inabile al lavoro si reca all■estero senza l■approvazione dell■assicuratore, non può rivendicare nessuna pretesa di prestazioni durante il tempo del soggiorno all■estero■).

Considerato che l■assicuratore non ha inoltrato una domanda riconvenzionale, l■attrice non può essere condannata, in questa procedura, a restituire le prestazioni ricevute dal 7 giugno 2024 al 26 giugno 2024. Ritenuto inoltre che né nella risposta di causa, né in sede di udienza, né con le osservazioni del 5 maggio 2025 o con le conclusioni l■assicuratore fa valere che l■interessata sarebbe stata all■estero per un periodo maggiore, non spetta a questo Tribunale accertare quando l■attrice è rientrata in Svizzera (cfr. a proposito del principio inquisitorio sociale la citata STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.5.2 in fine).

2.18. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va parzialmente accolta e la convenuta va condannata a versare all■attrice l■importo complessivo di fr. 30'468.55.

Ne segue che questo Tribunale rinuncia all■assunzione di ulteriori prove.

Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all■incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche 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).

2.20. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC).

All■assicurata, vincente in causa e rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili, calcolate conformemente a quanto previsto dall■art. 11 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d■ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili del 19 dicembre 2007 (RL 178.310).

In concreto il valore di causa è di fr. 32'309.55 (30'468.55 + 1■841).

Secondo il citato regolamento per le cause aventi un valore oltre i fr. 20'000.-- sino a fr. 50'000.-- le ripetibili sono stabilite mediante l■applicazione di una percentuale variabile tra il 10% ed il 20%.

L■assicuratore è di conseguenza condannato a versare fr. 3■500 di ripetibili (IVA inclusa) all■attrice.

2.21. 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:

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'attrice.

#### E. 4

marzo 2025, consid. 3.3, sentenza 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024 consid. 5.4.1; sentenza 4A\_125/2024 del 5 agosto 2024 consid. 3.7, sentenza 4A\_562/2016 del 26 aprile 2017, consid. 3.2 con rinvii alle sentenze pubblicate in DTF 115 II 88 consid. 4a e DTF 84 II 556 consid. 9). Con il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore una modifica dell'art. 45 cpv. 1 LCA, che ora prevede che se è stata convenuta una sanzione per il caso in cui lo stipulante o l'avente diritto violi un obbligo, egli non incorre nella sanzione quando (lett. a) risulti dalle circostanze che la violazione non è imputabile a colpa o (lett. b) lo stipulante dimostri che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sull'estensione delle prestazioni dovute dall'assicuratore (cfr. STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.4 e 5.5). A questo proposito cfr. il Messaggio concernente la revisione della legge federale sul contratto d'assicurazione del 28 giugno 2017 (FF2017, pag. 4401 e seguenti), dove a pag. 4433-4434, figura: " Di norma, gli obblighi del diritto assicurativo costituiscono obblighi contrattuali accessori la cui violazione determina un aggravamento del danno da risarcire. La violazione del contratto comporta un diritto al risarcimento del danno dell'impresa di assicurazione (la cui entità corrisponde all'aumento del danno derivante dalla violazione degli obblighi). Gli effetti sono analoghi a quelli di una riduzione della prestazione, ma in realtà si tratta di una compensazione. In virtù del diritto vigente, la violazione degli obblighi determina una sanzione a carico dello stipulante o dell'avente diritto, a meno che questi non possano discoltarsi. Questa disposizione appare incompleta, nella misura in cui non tiene conto del nesso di causalità tra la violazione dell'obbligo e l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la sua prestazione. Le violazioni degli obblighi che non hanno alcun nesso con l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la sua prestazione comportano quindi un pregiudizio. Nell'avamprogetto è stata pertanto formulata la proposta di prevedere il pregiudizio anche soltanto nel caso in cui viene dimostrato il nesso di causalità. Questa proposta ha suscitato l'opposizione dei partecipanti alla consultazione. A loro avviso la posizione giuridica dell'impresa di assicurazione verrebbe pregiudicata se questa fosse tenuta a provare anche il nesso causale. È evidente che in questo ambito esiste un malinteso di base. Secondo il principio dell'articolo 8 CC, all'impresa di assicurazione (recte: stipulante o avente diritto [cfr. la versione del Messaggio in tedesco "Versicherungsnehmer" e francese: "preneur d'assurance"]) non spetta soltanto fornire la prova per assenza di colpa bensì anche quella per l'assenza di un nesso causale. In questo senso viene mantenuto il requisito causale e precisata la ripartizione dell'onere della prova." Va qui rammentato che per l'art. 8 CC ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita, deve fornirne la prova. Ne segue che spetta alla persona assicurata, che chiede il versamento di prestazioni e contesta l'applicazione di una clausola preclusiva, provare che la violazione dell'una o dell'altra delle sue incombenze non ha avuto alcuna influenza sul sorgere dell'evento assicurato o sull'estensione della prestazione dell'assicuratore (STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.5.1 con riferimenti). 2.17. Tornando al caso di specie, accertato che la violazione dell'art. \_\_\_\_\_ CGA è imputabile a colpa dell'assicurata, poiché l'attrice si è recata all'estero malgrado il rifiuto dell'assicuratore e

che il sinistro (incapacità lavorativa dovuta alla patologia reumatologica e psichica) si era già verificato prima della partenza per l'estero, occorre esaminare se l'interessata ha dimostrato che la violazione della norma non ha esercitato alcuna influenza sull'estensione delle prestazioni dovute dall'assicuratore, come prevede l'art. 45 cpv. 1 lett. b LCA. In concreto l'attrice, rappresentata da un avvocato, e a cui spetta provare che la violazione dell'una o dell'altra delle sue incombenze non ha avuto alcuna influenza sull'estensione della prestazione dell'assicuratore, non ha speso alcuna parola in merito. In sede di udienza, il 13 febbraio 2025, si è limitata a sostenere che tali prestazioni sono dovute " siccome in quel lasso temporale \_\_\_\_\_ (nдр: ossia AT 1) incapace al lavoro per causa di malattia coperta dall'assicurazione " (pag. 2 doc. I). L'incapacità lavorativa in tale periodo non è tuttavia contestata dalla convenuta, che le ha invece rimproverato di essersi recata all'estero senza il suo consenso. Con la petizione l'assicurata ha affermato che la norma contempla solo i casi di trasferimento della persona assicurata all'estero e non anche un breve soggiorno presso la famiglia della paziente, oltretutto compiuto su indicazione terapeutica della curante (doc. I/A1, pag. 5; cfr. certificato del 5 giugno 2024, doc. 93) e nelle conclusioni sostiene di non aver causato " all'assicuratore alcun disagio e/o impedimento nello svolgimento della pratica a motivo d'una negligente irreperibilità " (doc. XII). Anche in questo caso l'interessata non comprova l'eventuale mancata incidenza della sua violazione sull'estensione delle prestazioni dovute dall'assicuratore (cfr. su questo punto anche la citata STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.5.2 in fine: " Damit erkennt er aber, dass es gemäss Art. 45 Abs. 1 lit. b VVG an ihm und nicht an der Vorinstanz gelegen wäre, darzutun, inwiefern eine rechtzeitige fachärztliche Konsultation den Schaden nicht verringert oder verhindert hätte. Dementsprechend war - entgegen den Behauptungen des Beschwerdeführers - das Gericht auch nicht verpflichtet, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass das vorinstanzliche Verfahren von der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO geprägt war. Bei Anwendung der sozialen Untersuchungsmaxime ist das Gericht lediglich einer erhöhten Fragepflicht unterworfen, weshalb die Parteien den Sachverhalt selbst darzulegen haben. Das Gericht unterstützt sie nur mit spezifischen Fragen, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei sodann - wie der Beschwerdeführer - anwaltlich vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (BGE 141 III 569 E. 2.3 mit Hinweisen; Urteil 4A\_292/2021 vom 31. August 2021 E. 2.1.2). Dementsprechend hat die Vorinstanz auch nicht gegen Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO oder den Beweisführungsanspruch des Beschwerdeführers verstossen, indem sie kein Gerichtsgutachten eingeholt hat. " ; cfr. anche DTF 141 III 569, consid. 2.3.1: " Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l' art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n'est soumis qu'à une obligation d'interpellation accrue. Comme sous l'empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et

doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l'arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l'empire de l' art. 274d al. 3 CO , l'arrêt 4A\_397/2011 du 11 février 2014 consid. 4.4) ” ). D'altra parte non vi è dubbio alcuno che la citata norma trova applicazione, giacché, contrariamente a quanto sembra sostenere l'attrice, concerne proprio il caso in cui la persona assicurata si reca all'estero senza l'accordo della convenuta ( “ se una persona assicurata inabile al lavoro si reca all'estero senza l'approvazione dell'assicuratore, non può rivendicare nessuna pretesa di prestazioni durante il tempo del soggiorno all'estero ” ). Considerato che l'assicuratore non ha inoltrato una domanda riconvenzionale, l'attrice non può essere condannata, in questa procedura, a restituire le prestazioni ricevute dal 7 giugno 2024 al 26 giugno 2024. Ritenuto inoltre che né nella risposta di causa, né in sede di udienza, né con le osservazioni del 5 maggio 2025 o con le conclusioni l'assicuratore fa valere che l'interessata sarebbe stata all'estero per un periodo maggiore, non spetta a questo Tribunale accertare quando l'attrice è rientrata in Svizzera (cfr. a proposito del principio inquisitorio sociale la citata STF 4A\_35/2024 del 10 settembre 2024, consid. 5.5.2 in fine). 2.18. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va parzialmente accolta e la convenuta va condannata a versare all'attrice l'importo complessivo di fr. 30'468.55. 2.19. L'attrice, oltre alla perizia bidisciplinare allestita nell'ambito della procedura AI, si è riservata di chiedere l'allestimento di una specifica perizia psichiatrica, di produrre quesiti specifici per il dr. med. \_\_\_\_\_ e di chiedere la sua audizione. In sede di osservazioni alla perizia bidisciplinare, e con le conclusioni, l'interessata non ha più chiesto l'assunzione delle citate prove. Esse, del resto, alla luce delle chiare risultanze del referto fatto allestire dall'Ufficio AI, si rivelano superflue. Inoltre, le parti non hanno contestato la chiusura dell'istruttoria comunicatagli dal Tribunale con lo scritto del 6 maggio 2025 (doc. X). Ne segue che questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche 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). 2.20. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'assicurata, vincente in causa e rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili, calcolate conformemente a quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili del 19 dicembre 2007 (RL 178.310). In concreto il valore di causa è di fr. 32'309.55 (30'468.55 + 1'841). Secondo il citato regolamento per le cause aventi un valore oltre i fr. 20'000.-- sino a fr. 50'000.-- le ripetibili sono stabilite mediante l'applicazione di una percentuale variabile tra il 10% ed il 20%. L'assicuratore è di conseguenza condannato a versare fr. 3'500 di ripetibili (IVA inclusa) all'attrice. 2.21. 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.

#### **E. 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'attrice.

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