

## **TI\_GERICHTE 36.2025.37**

TI Tribunale d'appello, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2025.37](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.37)

### **Volltext**

Raccomandata

Incarto n.36.2025.37

cs

Lugano

10 febbraio 2026

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Christian Steffen, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 15 luglio 2025 di

AT1, \_\_\_\_\_

contro

CV1, \_\_\_\_\_

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto in fatto

considerato in diritto

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).

2.5.L'art. 4 LCA dispone:

Il mancato rispetto di questo obbligo da parte del proponente, vale a dire di dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sono o gli devono essere noti alla conclusione del contratto comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza.

Infatti, l'art. 6 LCA stabilisce:

Secondo la giurisprudenza federale l'esistenza di un nesso causale fra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il sinistro intervenuto (condizione prevista dal cpv. 3) influisce unicamente sull'obbligo di fornire la prestazione a seguito di reticenza (art. 6 cpv. 3 LCA), ma non anche sulla validità della disdetta del contratto in quanto tale, disciplinata dall'art. 6 cpv. 1 e 2 LCA (DTF 138 III 416).

In altre parole: con la rescissione del contratto per reticenza ai sensi del cpv. 1 si estingue l'obbligo di prestazione non solo - come è logico che sia - per i sinistri non ancora verificatisi, ma anche - e qui risiede la particolarità - per quelli già intervenuti, a condizione però che l'insorgenza o l'estensione di questi ultimi (e nient'altro) siano connessi alla reticenza.

Anche il Messaggio del Consiglio Federale sulla modifica dell'art. 6 LCA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2021, rileva in proposito che se il contratto è sciolto a seguito di un caso di reticenza (cpv. 1) l'assicuratore è libero dall'obbligo di prestazioni solo per i sinistri (già intervenuti) la cui insorgenza o l'estensione siano connessi alla reticenza (cpv. 3), mentre il suo obbligo di fornire la prestazione rimane intatto -

nonostante la rescissione del contratto - se la reticenza non ha influito sull'insorgenza del sinistro o l'estensione della prestazione da fornire (cfr. FF 2003 3298 n. 2.2.2 ad art. 6 e 8).

I due aspetti (diritto di recesso da un lato e necessità di un nesso causale dall'altro) vanno dunque chiaramente distinti. Entrambi configurano dei presupposti necessari affinché l'assicuratore possa eccezionalmente essere esonerato dall'obbligo di fornire la propria prestazione in relazione a un evento già realizzatosi (art. 6 cpv. 3 LCA). L'esistenza del nesso causale non può però in alcun modo condizionare anche la validità della disdetta in quanto tale (DTF 138 III 416 consid. 6.4).

La validità in quanto tale della disdetta di un assicuratore - disciplinata dai cpv. 1 e 2 dell'art. 6 LCA ■ non può quindi essere vincolata anche alla condizione - posta dall'art. 6 cpv. 3 LCA- che il fatto oggetto della reticenza abbia influito sull'insorgere o la portata del sinistro. Tale condizione può tutt'al più incidere sull'obbligo dell'assicuratore di fornire la sua prestazione per gli eventi assicurati già realizzatisi.

2.6. Siccome, come esposto al considerando precedente, l'esistenza di un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute intervenuto influisce unicamente sull'obbligo dell'assicuratore di fornire la prestazione a seguito di reticenza (art. 6 cpv. 3 LCA), ma non anche sulla validità della disdetta del contratto in quanto tale, disciplinata dall'art. 6 cpv. 1 e 2 LCA, occorre nel caso concreto in primo luogo verificare se siano dati i presupposti per riconoscere l'esistenza di un caso di reticenza, valida per disdire il contratto d'assicurazione.

Occorre poi esaminare, in caso di confermata rescissione del contratto per reticenza, se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute che ha causato l'incapacità lavorativa. Solo in caso positivo l'assicurazione può chiedere la restituzione delle prestazioni già versate.

2.7. Nel caso concreto il 10 luglio 2023 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, capoclinica presso l'\_\_\_\_\_, ha attestato una completa incapacità lavorativa del convenuto dal 7 giugno 2023 al 7 luglio 2023 compreso (doc. XVII/2, doc. 2).

In seguito è subentrato il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha certificato una completa incapacità lavorativa dal 13 luglio 2023 (cfr. doc. XVII/2, doc. 3), a causa di un episodio depressivo grave (ICD 10: F32.2; doc. XX). Lo specialista ha avuto in cura CV1 fino al 7 novembre 2023.

Il convenuto è poi stato seguito da altri medici, segnatamente il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna ed il servizio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che hanno attestato un'incapacità lavorativa del 100% fino al 31 dicembre 2023, del 50% dal 1° gennaio 2024 al 12 febbraio 2024 e del 100% dal 13 febbraio 2024, quando l'assicurato ha iniziato una degenza presso la \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XVII/2, doc. 58).

Il 26 marzo 2024 il Servizio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha allestito un referto per il medico fiduciario, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. XVII/2, doc. 61), mentre il 28 marzo 2024 l'assicuratore ha chiesto alcune delucidazioni alla \_\_\_\_\_ (doc. XVII/2, doc. 65), la quale lo stesso giorno ha confermato la degenza dell'interessato dal 13 febbraio 2024 e la completa incapacità lavorativa (cfr. doc. XVII/2, doc. 67).

Il 31 marzo 2024 l'attrice ha trasmesso a \_\_\_\_\_ il conteggio delle indennità giornaliere fino al 31 marzo 2024 (doc. XVII/2, doc. 69).

Il 16 aprile 2024 la \_\_\_\_\_ ha confermato la completa incapacità lavorativa del convenuto perlomeno fino al 6 maggio 2024 (doc. XVII/2, doc. 70), mentre il 17 aprile 2024, documento ricevuto il medesimo giorno, ha fatto pervenire all'assicurazione un referto più dettagliato (doc. XVII/2, doc. 71), dove viene indicato che l'interessato è noto per precedenti ricoveri in ambito psichiatrico e che:

La \_\_\_\_\_ ha affermato che il convenuto è degente a causa di un disturbo schizoaffettivo, tipo misto (F25.2) e di insonnia non organica (F51.0). Egli è stato dichiarato incapace al lavoro al 100% fino alla rivalutazione psichiatrica prevista per il 6 maggio 2024.

Il 26 aprile 2024 (data contestata dal convenuto, cfr. su questo aspetto il consid. 2.14) l'assicuratore ha ricevuto il referto del 5 maggio 2015 della \_\_\_\_\_, relativo al precedente ricovero (dal 2 gennaio 2015 al 2 febbraio 2015) e che era stato indirizzato al dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che l'attrice ha interpellato il 1° maggio 2024 (doc. XVII/2, doc. 74) ed il 14 maggio 2024 (doc. XVII/2, doc. 76).

Il 30 aprile 2024 l'attrice ha contattato l'assicuratore LAMal dell'interessato, \_\_\_\_\_ (doc. XVII/2, doc. 75), che ha trasmesso il 13 maggio 2024 la lista delle prestazioni da lui fruite e rimborsate dal 2017 (doc. S e doc. XVII/2, doc. 75).

Dalle medesime emergono numerose prestazioni mediche per cure ambulatoriali e di varie farmacie rimborsate dall'assicuratore LAMal negli anni 2017 ■ 2020.

Su questa base l'assicuratore il 22 maggio 2024 ha scritto al convenuto affermando che ■secondo le informazioni in nostro possesso, abbiamo accertato che lei non ha risposto in modo veritiero, in particolare alle domande 2 e 3 della dichiarazione sullo stato di salute che ha firmato il 8 luglio 2020, documento sulla base del quale è stato stipulato il contratto d'assicurazione malattia individuale in caso d'incapacità lavorativa■ (doc. O).

L'attrice ha aggiunto:

AT1, dopo aver citato gli art. 6 e 7 LCA, ha informato CV1 che ■siamo costretti ad escluderla dal contratto collettivo precitato, con effetto dal 23 maggio 2024■.

L'assicuratore ha inoltre affermato, con riferimento all'art. 6 cpv. 3 LCA, che ■l'istruzione del sinistro in oggetto è ancora in corso e secondo le informazioni mediche che otterremo, ci determineremo prossimamente a questo proposito■.

Dopo aver ricevuto un certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, del 26 maggio 2024, secondo cui CV1 è stato seguito presso il suo studio dal 2 febbraio 2015 al 25 agosto 2016, in collaborazione con la psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_, il 30 maggio 2024 l'attrice ha nuovamente scritto al convenuto, affermando:

Con la risposta, il convenuto contesta la validità della lettera di recesso dell'assicuratore, sostiene di non aver violato gli obblighi stabiliti dall'art. 4 LCA e conseguentemente di non avere commesso una reticenza secondo l'art. 6 cpv. 1 LCA, afferma che, in ogni caso, il termine di 4 settimane per esercitare il diritto di recesso non è stato rispettato (art. 6 cpv. 2 LCA), rileva che non esiste un nesso causale tra il fatto taciuto o dichiarato in modo inesatto e il danno insorto successivamente (art. 6 cpv. 3 LCA), evidenzia che l'art. 10 cpv. 2 LCA (recte: 9 [cfr. consid. 2.3]) non è applicabile e si chiede se l'attrice ha ottenuto la documentazione medica in violazione della LPD.

2.8. Preliminarmente occorre stabilire se, come sostiene il convenuto, l'attrice ha ottenuto le informazioni mediche in violazione della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

CV1 afferma che in applicazione dell'art. 5 lett. c LPD i dati riguardanti la salute sono da qualificarsi come dati personali degni di particolare protezione e che per trattare questi dati è necessario l'espresso consenso della persona coinvolta (art. 6 cpv. 7 LPD). La procura deve di conseguenza fare riferimento al caso concreto e limitarsi alle informazioni necessarie. Una procura globale volta a giustificare qualsiasi trasmissione di dati all'assicuratore non sarebbe valida.

Il convenuto evidenzia di aver firmato un'autorizzazione il 27 settembre 2023, secondo la quale l'assicuratore poteva prendere contatto con qualsiasi dottore, qualsiasi assicuratore, qualsiasi fornitore di prestazione, con l'Ufficio AI e con il datore di lavoro. L'autorizzazione permetteva di richiedere qualsiasi informazione pertinente relativa all'incapacità lavorativa del 7 giugno 2023.

Secondo l'assicurato, tale autorizzazione non sarebbe limitata e va qualificata quale procura globale. Di conseguenza le informazioni mediche sarebbero state ottenute illegalmente dall'assicuratore e non potrebbero motivare un recesso dal contratto assicurativo.

A torto.

Ai sensi dell'art. 6 cpv. 1 LPD i dati personali devono essere trattati in modo lecito.

Secondo l'art. 6 cpv. 2 LPD il trattamento deve essere conforme ai principi della buona fede e della proporzionalità.

Per l'art. 6 cpv. 3 LPD i dati personali possono essere raccolti soltanto per uno scopo determinato e riconoscibile per la persona interessata; possono essere trattati ulteriormente soltanto in modo compatibile con tale scopo.

L'art. 6 cpv. 6 lett. a LPD prevede che è necessario l'espresso consenso per il trattamento di dati personali degni di particolare protezione, tra i quali figurano i dati concernenti la salute (art. 5 lett. c cifra 2 LPD).

Nel Messaggio concernente la legge federale relativa alla revisione totale della legge sulla protezione dei dati e alla modifica di altri atti normativi sulla protezione dei dati del 15 settembre 2017 (FF 2017, pag. 5939 e seguenti), l'Esecutivo federale, in relazione al cpv. 6 dell'art. 5 (poi diventato 6) del progetto, ha affermato (pag. 6018):

Nel caso di specie, l'8 luglio 2023 CV1, nel compilare il questionario medico semplificato (doc. B, pag. 3), ha autorizzato l'attrice al trattamento dei dati necessari all'esame della proposta e all'esecuzione del contratto. AT1 è stata autorizzata in particolare a procurarsi qualsiasi informazione utile presso i fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o mandato, laboratori, ospedali, istituti di cura semi-ospedalieri o ambulatoriali, case anziani).

Il 27 settembre 2023 lo stesso convenuto ha autorizzato l'assicuratore, in relazione al dossier n. \_\_\_\_/\_\_\_\_, all'incapacità lavorativa del 7 giugno 2023 e alla polizza \_\_\_\_\_, a procurarsi i documenti necessari presso altri assicuratori, medici e altri fornitori di prestazioni (doc. 5).

L'interessato, il 27 settembre 2023, ha di conseguenza espressamente consentito all'assicuratore, nell'ambito della procedura aperta in seguito alla notifica della sua incapacità lavorativa del 7 giugno 2023, di acquisire specifica documentazione presso determinati enti o persone.

L'assicuratore ha fatto uso dell'autorizzazione fornitagli dal convenuto richiamando puntualmente la documentazione medica necessaria atta a stabilire il diritto o meno delle indennità giornaliere nel caso in esame.

Il trattamento dei dati è avvenuto conformemente al principio della buona fede e della proporzionalità, nella misura in cui l'assicuratore ha limitato le sue richieste al preciso caso di specie, chiedendo l'allestimento di referti medici ai curanti che hanno visitato l'assicurato nel periodo in cui è stata attestata l'incapacità lavorativa. Dopo aver rilevato la possibile commissione di una reticenza, l'attrice ha chiesto all'assicuratore LAMal del convenuto la lista delle prestazioni da questi beneficiate nei cinque anni precedenti la compilazione del questionario medico sulla salute e al dr. med. \_\_\_\_\_ un certificato atto a stabilire il periodo in cui il convenuto è stato da lui curato (cfr. consid. 2.7).

I dati personali sono pertanto stati raccolti per uno scopo determinato e riconoscibile (ossia per stabilire il diritto alle indennità giornaliere, dapprima accertando l'incapacità lavorativa dell'assicurato ed in seguito, rilevata una possibile reticenza, per stabilire se essa era effettivamente stata commessa) e sulla base di una precisa e circostanziata procura sottoscritta dal convenuto il 27 novembre 2023.

La raccolta dati è di conseguenza avvenuta senza alcuna violazione della LPD.

2.9. Secondo il Tribunale federale, per potere giudicare se il proponente è incorso in una reticenza, non sono da considerare né dei criteri puramente soggettivi né dei criteri puramente oggettivi. La legge non ritiene sufficiente che il proponente si limiti a comunicare all'assicuratore i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio di cui è effettivamente a conoscenza, ma gli impone pure di dichiarare quei fatti importanti che gli devono essere noti, indipendentemente dalla sua conoscenza effettiva del fatto concreto, ritenuto che nell'applicazione di questo secondo criterio si deve tenere conto delle cosiddette circostanze particolari del caso (DTF 136 III 337 consid. 2.3 con riferimento a DTF 118 II 333 consid. 2b, 116 II 338 consid. 1c, 96 II 204; per un caso in cui è stata negata una reticenza: cfr. STF 4A\_81/2011 del 28 aprile 2011, trattasi di lombalgie croniche). Ciò significa, ad esempio, che occorre prendere in considerazione la situazione personale dell'assicurato, con particolare riferimento al suo grado di intelligenza e di formazione, nonché alla sua esperienza (DTF 118 II 333 consid. 2b; DTF 109 II 60 consid. 2b) e della situazione del proponente, ritenuto comunque che il grado di diligenza nell'adempimento dell'obbligo d'informazione va anche esaminato e giudicato sotto il profilo della buona fede, pure applicabile in campo assicurativo. In altri termini, ciò che conta non è l'esattezza oggettiva, ma la correttezza soggettiva della dichiarazione che il proponente è in grado di rendere ritenuta la sua situazione personale.

L'Alta Corte (STF 4D\_80/2008, consid. 2.1.3; DTF 134 III 511, consid. 3.3.4) ha stabilito che l'art. 4 cpv. 3 LCA istituisce la presunzione che i fatti a proposito dei quali l'assicuratore ha posto per iscritto delle domande precise, non equivocate, sono dei fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 e 2 LCA, ossia dei fatti idonei ad influire sulla decisione dell'assicuratore di concludere il contratto o di concluderlo alle condizioni concordate. Questa presunzione tende a facilitare la prova dell'importanza di un fatto per la conclusione del contratto alle condizioni previste, rovesciando l'onere della prova (DTF 118 II 333 consid. 2a e riferimenti).

Rimane comunque possibile, per il proponente, provare che l'assicuratore avrebbe concluso il contratto alle condizioni concordate anche se fosse stato a conoscenza del fatto che il

proponente ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto (DTF 92 II 342 consid. 5).

Va aggiunto che, secondo la giurisprudenza federale, colui che omette di segnalare delle indisposizioni sporadiche che può ragionevolmente ed in buona fede considerare come senza importanza e passeggiere, senza doverle ritenere causa di ricadute o dei sintomi di una imminente malattia algica, non viola il suo obbligo di informazione (STF 9C\_768/2016 del 15 marzo 2017 consid.6.2; DTF 136 III 334 consid. 2.4; DTF 134 III 511 consid. 3.3.4; DTF 116 II 338 consid. 1b).

Infine va detto che l'onere della prova che si è verificata una violazione dell'obbligo di informazione, a seguito della quale è stata emessa una disdetta legalmente valida entro il termine, spetta alla compagnia di assicurazione (DTF 118 II 333 consid. 3 citato in BSK VVG, Zedtwitz/Maisano, 2023, art. 6 n. 43).

2.10. Ritornando al caso di specie, dalla documentazione acquisita dall'attrice emerge che il 13 maggio 2024 l'assicuratore LAMal del convenuto ha trasmesso a AT1 la lista delle prestazioni fruite da quest'ultimo dal 2017 (doc. S), che consistono nel rimborso di numerose spese mediche e farmaceutiche negli anni dal 2017 al 2020.

Su questa base l'assicuratore ha disdetto il contratto per reticenza con scritto del 22 maggio 2024 al convenuto (doc. O).

Dopo aver ricevuto un certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, secondo cui CV1 è stato seguito presso il suo studio medico dal 2 febbraio 2015 al 25 agosto 2016 in collaborazione con la psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_, l'assicuratore il 30 maggio 2024, oltre a rescindere il contratto, ha chiesto la restituzione delle prestazioni versate.

Dagli accertamenti effettuati da questo Tribunale e dagli ulteriori documenti prodotti dall'attrice è emerso che il convenuto è stato degente presso la \_\_\_\_\_ dal 2 gennaio 2015 al 2 febbraio 2015 a causa di un disturbo schizotipico (ICD-10 GM: F22).

In seguito è stato seguito dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia dal 2 febbraio 2015 al 25 agosto 2016, per la medesima patologia, in collaborazione con la psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_ (doc. H e XXI).

In quel periodo ha assunto Valdoxan 25 mg (0-0-0-1), Trittico 50 mg (0-0-0-1) e Stilnox 10 mg (1 cp riserva/notte). Nel corso della presa a carico il convenuto ha assunto anche una terapia neurolettica con Zyprexa 20 mg/la notte, che nel corso del tempo è progressivamente diminuita fino alla sua sospensione (doc. XXI).

Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato una inabilità lavorativa del 30% dal 23 aprile 2015 al 30 aprile 2015, in seguito il convenuto è stato abile al lavoro al 100%. L'evoluzione e la prognosi sono stati favorevoli ed il 25 agosto 2016 lo specialista ha certificato l'esenzione dal corso di ripetizione per il servizio militare, quale autista (doc. XXI). I colloqui individuali hanno avuto inizio il 22 febbraio 2015 e si sono poi tenuti il 22 aprile 2015, il 30 novembre 2015 ed il 25 agosto 2016, mentre la segnalazione alla psicologa e psicoterapeuta FSP \_\_\_\_\_ ha avuto luogo il 2 febbraio 2015 (doc. XXV). L'intervento si è reso necessario per garantire supporto medico psichiatrico dopo il ricovero coatto avvenuto presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. XXI/1).

2.11. Il convenuto, che ha firmato la dichiarazione riguardante lo stato di salute l'8 luglio 2020, sostiene che poteva in buona fede rispondere negativamente alle due seguenti domande:

La tesi dell'assicurato non trova conferma nelle tavole processuali.

Con lo scritto del 22 maggio 2024 l'attrice ha disdetto il contratto assicurativo poiché, dagli accertamenti effettuati presso l'assicuratore LAMal dell'epoca (\_\_\_\_\_) era emerso che CV1 nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del formulario era stato seguito da numerosi medici ed ha beneficiato di diversi trattamenti.

Sulla base delle tavole processuali la reticenza appare palese.

Negli allegati al doc. S, prodotti da \_\_\_\_\_, vengono elencati una serie di trattamenti ambulatoriali e di esami cui il convenuto è stato sottoposto dal 2017 al 2020, con particolare intensità negli ultimi mesi del 2019.

Tra i numerosi trattamenti, figura una cura ambulatoriale dell'11 dicembre 2019 presso il \_\_\_\_\_, un esame dell'istituto \_\_\_\_\_ di patologia del 12 dicembre 2019, una cura ambulatoriale del 21 novembre 2019 presso la dr. ssa med. \_\_\_\_\_, una cura del 28 novembre 2019 presso il dr. med. \_\_\_\_\_, una cura del 4 dicembre 2019 presso il dr. med. \_\_\_\_\_, una cura del 5 novembre 2019 presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, una cura del 14 agosto 2019 e del 18 ottobre 2019 presso il dr. med. \_\_\_\_\_, una cura del 18 luglio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_.

Negando di essersi sottoposto nel corso degli ultimi cinque anni a un trattamento, un controllo o una consulenza da parte di un medico, l'assicurato ha commesso una reticenza. Vista l'intensità ed il numero cospicuo delle cure ambulatoriali e dei controlli effettuati, peraltro pochi mesi prima della compilazione del formulario sullo stato di salute, l'interessato non poteva ritenere che tali fatti fossero di relativa importanza (cfr. anche DTF 110 II 499, consid.4c, secondo paragrafo: *Ces considérations ne sont cependant pas décisives pour juger si T. a contrevenu à l'art. 4 LCA, en répondant non à la question 5 lettre b, alors qu'il avait en réalité consulté à plusieurs reprises des médecins du Centre psycho-social, savoir le Dr Y. en 1971, le Dr Z. en 1973, et le Dr V. en 1976. Quand bien même T. ne se considérait pas comme un malade ayant besoin de soins psychiatriques spécialisés, il ne devait ni ne pouvait se croire autorisé à ne pas indiquer ses consultations auprès desdits médecins. Il était tenu de les mentionner, puisqu'il lui était expressément demandé s'il avait consulté d'autres médecins que son médecin habituel, qu'il avait désigné en réponse à la question 5 lettre a (art. 4 LCA)*).

Egli del resto non contesta di essere stato in cura presso numerosi medici pochi mesi prima di aver compilato il formulario sullo stato di salute. La reticenza fatta valere dall'assicuratore con lo scritto del 22 maggio 2024 è di conseguenza accertata.

Con il secondo scritto del 30 maggio 2024, l'assicuratore non ha (più) receduto dal contratto, ma, alla luce di una nuova reticenza, emersa in seguito allo scritto del 26 maggio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, ha chiesto la restituzione delle prestazioni, agendo conformemente alla giurisprudenza.

L'assicuratore infatti non è tenuto a ripetere la disdetta se constata ulteriormente altre violazioni del dovere di dichiarare tutti i fatti rilevanti, quando la prima disdetta è stata data validamente (cfr. Corinne Monnard Séchaud, in: *Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance*, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 154 ad art. 6, pag. 170).

Tuttavia esso deve far valere entro 4 settimane dalla sua conoscenza, l'ulteriore reticenza se intende chiedere la restituzione delle prestazioni già versate in applicazione dell'art. 6 cpv. 3 LCA.

A questo proposito, nella STF 4A.261/2008 del 1° ottobre 2008 il Tribunale federale al consid. 3.4.1. ha rammentato che sebbene l'assicuratore che ha rescisso il contratto a causa di una reticenza, nel termine di 4 settimane dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, non è tenuto a ripetere la sua dichiarazione di recesso dal contratto, se fatti costitutivi di un'altra reticenza pervengono ulteriormente alla sua conoscenza, deve comunque far valere i mezzi derivanti da questi fatti distinti entro 4 settimane (Si l'assureur qui s'est départi du contrat en raison d'une réticence, dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si des faits constitutifs d'une autre réticence parviennent ultérieurement à sa connaissance, il n'en doit pas moins faire valoir les moyens ressortissant à ces faits distincts dans le délai de quatre semaines impartis par l'art.6 aLCA (HANS ROELLI/MAX KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Band I, 2e éd. 1968, p. 129 s.; arrêt du 19 novembre 1982 de la Cour de justice civile du canton de Genève, in RBA XV n° 10 p. 51)).

Ciò è il caso in concreto, ritenuto come l'attrice, il 30 maggio 2024 ha fatto valere una nuova reticenza ed ha chiesto la restituzione delle prestazioni perché sulla base del certificato del 26 maggio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_ era venuta nel frattempo a conoscenza che dal 2 febbraio 2015 al 25 agosto 2016 il convenuto è stato in cura presso di lui e la psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_. La nuova reticenza consiste nell'aver risposto negativamente alle domande 2 e 3 del formulario sullo stato di salute e segnatamente se negli ultimi 5 anni ha sofferto di disturbi della salute, di conseguenze di una malattia o se si è sottoposto a un controllo o una consulenza di uno psichiatra o di uno psicologo.

L'assicurato non può essere seguito laddove ritiene applicabile al caso concreto la giurisprudenza da lui citata e pubblicata in SJ 1998 431 no. 78, secondo la quale non commette reticenza l'assicurato che non segnala di essere stato affetto 8 anni prima da dolori dorsali che hanno comportato l'esecuzione di radiografie e di fisioterapia nella misura in cui questi dolori sono seguiti a un lungo periodo di pausa.

In concreto, infatti, il convenuto, pur avendo avuto solo dei colloqui sporadici con il proprio psichiatra, nel periodo in esame è stato in cura da uno specialista in psichiatria e da una psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_ (in questo periodo è stato seguito anche in psicoterapia dalla collega psicologa e psicoterapeuta, doc. XXI), la cui presa a carico non può pertanto essere messa in dubbio in quanto confermata dal dr. med. \_\_\_\_\_ il quale ha potuto verificare un graduale e lentomiglioramento del quadro psicopatologico (doc. XXI/1, sottolineatura del redattore), ha assunto una terapia medicamentosa (cfr. doc. XXI/1: Valdoxan 25 mg 0-0-0-1 [colloquio del 22.04.2015]; Trittico 50 mg e Stilnox 10 mg per la notte [colloquio del 30.11.2015]) e il 25 agosto 2016 ha ottenuto un certificato di esenzione da un corso di ripetizione per il servizio militare in ragione della patologia di cui era affetto (doc. XXI/1).

Non vi è pertanto dubbio alcuno che il convenuto negando di aver sofferto negli ultimi 5 anni di disturbi alla salute e di conseguenze di una malattia, nonché rispondendo negativamente alla questione di sapere se si era sottoposto a un trattamento, un controllo o una consulenza di uno psichiatra o di uno psicologo, ha risposto inesattamente alle questioni

poste, commettendo una ulteriore reticenza.

L'importanza di questi fatti non poteva sfuggirgli visto il tempo trascorso tra la fine della cura, che oltretutto faceva seguito ad un ricovero coatto, e la sottoscrizione del formulario (meno di 4 anni) ed il lungo periodo durante il quale è stato preso a carico dal dr. med. \_\_\_\_\_ (oltre un anno).

Non poteva nemmeno ritenere che disturbi alla salute e le sue conseguenze fossero di poco conto, sia alla luce della terapia farmacologica assunta, prescrittagli da uno specialista in psichiatria, sia perché ha ottenuto un certificato medico per non svolgere un corso di ripetizione del servizio militare.

Il convenuto sostiene che l'assicuratore non sarebbe riuscito a trovare alcun documento medico riguardo a possibili affezioni psichiatriche ad eccezione dell'annotazione del 26 maggio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_ che attesta il periodo durante il quale è stato seguito dallo specialista e questa comunicazione sarebbe nulla poiché l'attrice ne avrebbe avuto conoscenza dopo l'avvenuta comunicazione di recesso del contratto del 22 maggio 2024.

Tuttavia, come visto in precedenza e come si vedrà ancora in seguito, l'assicuratore ha disdetto il contratto per reticenza il 22 maggio 2024 perché nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del formulario era stato seguito da numerosi medici ed ha beneficiato di diversi trattamenti, ciò che era emerso dalla lista delle prestazioni rimborsate da \_\_\_\_\_, pervenuta prima della lettera di disdetta.

In un secondo tempo, con lo scritto del 30 maggio 2024, non ha più disdetto il contratto, ormai già sciolto dal 23 maggio 2024, ma ha chiesto la restituzione delle prestazioni percepite dal 7 giugno 2023 al 31 marzo 2024, poiché, secondo l'attrice, in relazione con la patologia alla base della cura effettuata presso il dr. med. \_\_\_\_\_ e la \_\_\_\_\_.

Tale modo di agire è conforme alla giurisprudenza (cfr. la già citata STF 4A.261/2008 del 1° ottobre 2008 consid. 3.4.1.).

Il convenuto afferma inoltre che nella STF 4A\_94/2019 del 17 giugno 2019, al consid. 4 il Tribunale federale avrebbe stabilito che una domanda simile a quelle a cui ha dovuto rispondere nel formulario sottoscritto l'8 luglio 2020 sarebbe contraria all'art. 4 cpv. 3 LCA (cfr. anche STF 4A\_555/2019 del 28 agosto 2020) poiché troppo vaga e generica e quindi insufficiente ad ammettere l'esistenza di una reticenza.

Va qui tuttavia rilevato che nella medesima sentenza l'Alta Corte ha stabilito che la persona assicurata, in buona fede, non poteva comunque rispondere negativamente al quesito posto (consid.4: ■En l'espèce, la Cour de justice retient à tort que la question n° 2 soumise à la demanderesse était précise et non équivoque; cette question était au contraire floue et évasive (arrêt 4A\_134/2013 du 11 septembre 2013, consid. 4.2.2, concernant une question semblable). Néanmoins, la demanderesse ne pouvait pas de bonne foi répondre « non ». Précisément à l'époque où elle répondait, soit au mois de février 2016, elle consultait un médecin spécialiste en gastroentérologie par suite de symptômes qui avaient débuté au mois de juillet précédent et qui avaient persisté. Par le fait même que ces symptômes déterminaient la demanderesse à consulter un spécialiste, ils étaient indéniablement une « atteinte à la santé » ou un « trouble » visé par la question, et la demanderesse devait s'en rendre compte à l'instar de toute personne normalmente capace de discernement. Il est à cet égard sans importance que les investigations du spécialiste n'aient finalement mis en évidence aucune « maladie » selon le texte de la question. Il n'est pas non plus contestable

que la survenance de symptômes pareillement alarmants et persistants fût, aux termes de l'art. 4 al. 1 LCA, un fait important pour l'appréciation du risque à assurer.■ ; cfr. anche il consid. 3.2 della citata STF 4A\_555/2019 del 28 agosto 2020: ■ Certes, le Tribunal fédéral a déjà reconnu qu'une question semblable à celle ici en cause était floue et évasive (arrêt 4A\_94/2019 du 17 juin 2019 consid. 4; cf. arrêt 4A\_134/2013 du 11 septembre 2013 consid. 4.2.2 sur le caractère très large et imprécis de la notion de trouble ou d'atteinte à la santé). Cela étant, force est d'admettre, avec la cour cantonale, que la proposante ne pouvait pas, de bonne foi, occulter l'existence des fibromes utérins qui l'affectaient) [ ]■).

Neppure nel caso di specie il convenuto poteva, in buona fede, rispondere negativamente alle domande poste, considerati i numerosi esami e visite medici proprio pochi mesi prima di sottoscrivere la proposta e la presa a carico, anche tramite terapia farmacologica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_ e dalla psicoterapeuta \_\_\_\_\_.

Alla luce di quanto sopra esposto, rilevato che del resto il convenuto■ in ragione dell'inversione dell'onere della prova creata dalla presunzione di cui all'art. 4 cpv. 3 LCA ■ non ha provato che l'attrice avrebbe ugualmente concluso il contratto alle condizioni pattuite se avesse saputo della omessa o inesatta dichiarazione (STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011 consid. 4.2 con riferimenti, pubblicata in SVR BVG 2011 nr. 38), occorre concludere che di principio le condizioni per ritenere una reticenza sono assolte e l'assicuratore poteva disdire per reticenza il contratto d'assicurazione in discussione.

2.12. Il convenuto sostiene che la lettera di disdetta del contratto di assicurazione non è valida, poiché non sufficientemente circostanziata.

Secondo la giurisprudenza, la dichiarazione di recesso deve indicare in modo dettagliato il fatto rilevante taciuto o dichiarato inesattamente. Essa deve menzionare la domanda che è stata oggetto di una risposta inesatta (DTF 129 III 713; STF 9C\_589/2024 del 12 novembre 2025, consid. 7.3.2 con rinvii). Una dichiarazione che non menziona la domanda precisa alla quale non è stato risposto correttamente non è sufficientemente dettagliata (DTF 110 II 499 consid. 4c; STF 9C\_35/2022 del 19 dicembre 2022, consid. 3; STF 4A\_289/2013 del 10 settembre 2013, consid. 4.1; cfr. anche STF 9C\_13/2017 del 31 agosto 2017, consid. 6).

Occorre mostrarsi rigorosi quando si procede all'esame della validità della dichiarazione di recesso del contratto d'assicurazione alla luce delle conseguenze importanti che comporta per l'assicurato la reticenza (STF 9C\_35/2022 del 19 dicembre 2022, consid. 3). Se la legge impone di dichiarare per iscritto tutti i fatti che sono importanti per l'apprezzamento del rischio, è corretto attendersi dall'assicuratore che invoca la reticenza dell'assicurato, che indichi in maniera precisa a quale domanda non ha risposto o ha risposto in maniera inesatta (STF 9C\_35/2022 del 19 dicembre 2022, consid. 3 con rinvio alla STF 4A\_289/2013 del 10 settembre 2013, consid. 4.2).

La motivazione deve essere esaminata senza cadere nel formalismo eccessivo e le espressioni utilizzate dall'assicuratore non devono essere considerate in maniera troppo formale (Corinne Monnard Séchaud, in: Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 150 e seguenti ad art. 6, pag. 170).

Nel caso di specie nello scritto del 22 maggio 2024 l'assicuratore, conformemente a quanto richiede la giurisprudenza (DTF 129 III 713) ha indicato espressamente le due domande alle quali l'interessato ha risposto negativamente, commettendo una reticenza

(cfr. consid. 2.11: ■ Soffre o ha sofferto nel corso degli ultimi cinque anni di dolori particolari, di disturbi della salute, di conseguenze di una malattia o di un infortunio, di anomalie, di infermità, di affezioni congenite? ■ (domanda 2); ■ Si sottopone o si è sottoposto nel corso degli ultimi cinque anni a: un trattamento, un controllo o una consulenza di un medico, uno psichiatra, uno psicologo o un'altra persona che dispone di una formazione medica? ■ (domanda 3) ■).

L'attrice ha poi aggiunto che ■ secondo le informazioni mediche in nostro possesso, lei è stata seguita da numerosi medici ed ha beneficiato di diversi trattamenti medici nei cinque anni precedenti la dichiarazione di salute sopraccitata ■ (doc. O).

CV1 ritiene che l'assicuratore non sia stato sufficientemente preciso e cita la STF 5C\_106/2005 del 6 settembre 2005 (cfr. anche Corinne Monnard Séchaud, in: Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 155 ad art. 6, pag. 170).

In quel caso, l'assicuratore aveva accertato che la persona assicurata era stata visitata più volte dal medesimo specialista in malattie e chirurgia degli occhi (dr. med. B.), ma aveva risposto negativamente alla questione di sapere se attualmente presentava una malattia o se aveva già sofferto di una delle malattie menzionate, tra cui una patologia agli occhi.

L'assicuratore ha disdetto il contratto affermando:

Nell'ambito della procedura cantonale è stata allestita una perizia medica oftalmologica dalla quale era emerso che la patologia agli occhi era sorta solo dopo la compilazione del formulario sullo stato di salute e che le precedenti visite oftalmologiche non avevano dato risultati che potevano far concludere per la presenza di una malattia:

L'autorità cantonale ha ritenuto che rispondendo negativamente alle domande poste dall'assicuratore, l'interessato non aveva violato il suo obbligo di informare e l'assicuratore non poteva prevalersi dell'art. 6 LCA. Inoltre, la reticenza non era stata fatta valere validamente nel termine di 4 settimane.

Al consid. 2 il Tribunale federale ha affermato che:

In concreto la situazione è diversa.

Innanzitutto l'assicuratore ha citato per esteso le due domande alle quali l'assicurato ha risposto, inesattamente, in maniera negativa (su questo aspetto cfr. DTF 129 III 713).

In secondo luogo, a differenza della STF 5C\_106/2005 del 6 settembre 2005, la reticenza non consiste nel non aver indicato la presenza di una (possibile) patologia ben determinata e circostanziata agli occhi, curata e trattata da un (solo) medico specialista proprio in quel settore, ma nell'aver risposto negativamente a due domande che portavano, oltre che sulla presenza, negli ultimi 5 anni, di disturbi alla salute o di conseguenze della malattia, anche sui controlli, trattamenti e consulenze mediche effettuati in quel periodo.

Nel caso qui in esame il fatto che l'assicuratore non ha citato per esteso il nome dei medici e le date delle visite effettuate negli ultimi cinque anni alla base della reticenza, ma che ha affermato che dagli accertamenti è emerso che l'interessato ■ è stato seguito da numerosi medici ed ha beneficiato di diversi trattamenti medici nei cinque anni precedenti la dichiarazione di salute sopraccitata ■, non può inficiare la validità della lettera di recesso dal contratto assicurativo. In concreto i medici consultati, così come le visite ed i controlli, sono stati numerosi (cfr. consid. 2.11 e doc. S).

Anche se non ha indicato i nomi degli specialisti e le date delle cure mediche, l'assicuratore ha circostanziato il fatto rilevante dichiarato inesattamente, ossia l'essersi sottoposto ad un trattamento, un controllo o una consulenza di un medico negli ultimi cinque anni rispondendo però negativamente alla domanda che gli chiedeva se ciò fosse avvenuto.

La disdetta del contratto assicurativo va pertanto considerata valida.

2.13. Altra condizione affinché l'assicuratore possa validamente disdire un contratto quando si è in presenza di una reticenza, è il rispetto del termine di quattro settimane impartito dall'art. 6 cpv. 2 LCA per esercitare il diritto di recedere dal contratto.

Nella STF 4A\_104/2018 del 12 giugno 2018 (pubblicata in SVR 2019 KV Nr. 2), l'Alta Corte ha ribadito che il diritto di disdetta si estingue quattro settimane dopo che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza (art. 6 cpv. 2 LCA) e che quello di quattro settimane è un termine di perenzione: la prova della sua osservanza incombe all'assicuratore. Il Tribunale federale ha confermato che il termine inizia a decorrere soltanto quando l'assicuratore ha conoscenza di circostanze attendibili, sicure e inequivocabili, che gli consentono di concludere per l'esistenza di una violazione dell'obbligo di annunciare. Semplici presunzioni non sono atte a fare decorrere il termine. Per il TF, una persona giuridica dispone di sufficienti conoscenze di una fattispecie, se il sapere in questione è disponibile all'interno della propria organizzazione (cfr. consid. 2.1).

Il termine di cui all'art. 6 cpv. 2 LCA è un termine perentorio e non può essere né sospeso né interrotto. Data la natura relativamente obbligatoria dell'art. 6 LCA, il termine non può essere validamente prorogato nemmeno su base contrattuale. Se la compagnia di assicurazione non comunica formalmente la disdetta entro il termine, non ha alcuna possibilità di ripetere la disdetta o di ripristinare il termine. In questo caso, il contratto di assicurazione rimane invariato. In base alla chiara formulazione della legge, l'applicazione dell'art. 45 cpv. 3 LCA (secondo cui quando il contratto o la presente legge vincoli l'esistenza di un diritto derivante dall'assicurazione all'osservanza di un termine lo stipulante o l'avente diritto può compiere l'atto omesso senza colpa non appena l'impedimento sia tolto) non è possibile. Tuttavia, se la compagnia di assicurazione è venuta a conoscenza in modo attendibile di diverse violazioni, con la conoscenza di ciascuna violazione inizia a decorrere un nuovo termine indipendentemente dal fatto che i termini siano già scaduti o meno (BSK ad. art. 6 VVG n. 16).

Infine, l'assicuratore ha l'onere di dimostrare che il termine di prescrizione previsto dall'art. 6 cpv. 2 LCA è stato rispettato (STF 4A\_288/2022 del 20 agosto 2020 consid. 4.1 con riferimenti).

2.14. In concreto, come visto (consid. 2.7), l'assicuratore è venuto a conoscenza della possibilità di una reticenza quando il 17 aprile 2024 ha ricevuto lo scritto di medesima data della \_\_\_\_\_, con l'indicazione che il convenuto era noto per precedenti ricoveri in ambito psichiatrico e che l'onset psicopatologico viene fatto risalire ad inizio 2015 (doc. XVII/2, doc. 71).

Non essendo tuttavia presente alcun elemento in merito alle date dei precedenti ricoveri ed in relazione al momento preciso in cui ha avuto origine la patologia psichica, e dunque non potendo ancora stabilire se era stata commessa una reticenza, giacché le domande del questionario sullo stato di salute, sottoscritto l'8 luglio 2020, portavano sugli ultimi 5 anni,

ossia fino all'8 luglio 2015, l'assicuratore ha effettuato ulteriori accertamenti.

Il 26 aprile 2024 l'attrice ha ricevuto il referto del 5 maggio 2015 della \_\_\_\_\_, relativo al precedente ricovero dal 2 gennaio 2015 al 2 febbraio 2015 e dunque antecedente al periodo determinante per valutare una eventuale reticenza.

Ritenuto che il referto all'epoca era stato indirizzato al dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, l'attrice lo ha interpellato il 1° maggio 2024 (doc. XVII/2, doc. 74) ed il 14 maggio 2024 (doc. XVII/2, doc. 76). In questo senso i dubbi del convenuto in merito alla data di ricezione del referto del 5 maggio 2015, che secondo la sua tesi, sarebbe stato ricevuto in epoca posteriore, sono infondati. Essi, per i motivi che seguono, sono del resto ininfluenti.

Nel frattempo, il 30 aprile 2024 AT1 ha contattato la \_\_\_\_\_, assicuratore LAMal dell'interessato nel periodo rilevante (doc. XVII/2, doc. 75), che ha trasmesso il 13 maggio 2024 la lista delle prestazioni fruitive dal convenuto dal 2017 (doc. S e doc. XVII/2, doc. 75).

Dalle medesime è emerso che CV1 è stato sottoposto a numerosi controlli e visite mediche per cure ambulatoriali rimborsate dall'assicuratore LAMal negli anni 2017 - 2020 e che sono state alla base della lettera di recesso del 22 maggio 2024.

È pertanto solo dal 13 maggio 2024 che l'assicuratore ha avuto contezza della reticenza.

Va a questo proposito ricordato che il termine di quattro settimane inizia a decorrere soltanto quando l'assicuratore ha conoscenza di circostanze attendibili, sicure e inequivocabili, che gli consentono di concludere per l'esistenza di una violazione dell'obbligo di annunciare, ritenuto che semplici presunzioni non sono atte a fare decorrere il termine (STF 4A\_104/2018 del 12 giugno 2018 pubblicata in SVR 2019 KV Nr. 2 in consid. 2.10).

La determinazione del momento da cui decorre il termine di perenzione si verifica quando è data una condizione puramente oggettiva e non dipende in alcun modo dalla questione se, prestando la consueta attenzione, l'assicuratore avrebbe dovuto conoscere prima il fatto su cui l'assicurato ha taciuto. In altre parole, il termine decorre solo dal momento in cui l'assicuratore ha avuto conoscenza oggettiva della reticenza, e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto venirne a conoscenza se avesse esercitato l'ordinaria diligenza. Il punto di partenza del termine dipende da un elemento strettamente oggettivo (la conoscenza della reticenza) e non da un elemento soggettivo (il dovere di esercitare la dovuta diligenza) (Brulhart/Frésard-Fellay/Subilia, op.cit., n. 170 pag. 175/6).

In concreto, la lettera di recesso del 22 maggio 2024 è pertanto tempestiva, giacché solo il 13 maggio 2024 l'assicuratore ha ottenuto la lista delle cure rimborsate dall'assicuratore LAMal nei 5 anni precedenti la sottoscrizione del formulario sullo stato di salute e che sono alla base della reticenza commessa dall'assicurato.

Anche il successivo scritto del 30 maggio 2024, con il quale l'assicuratore ha chiesto la restituzione delle prestazioni versate in seguito all'incapacità lavorativa iniziata il 7 giugno 2023, è stato notificato entro il termine di 4 settimane.

Infatti è solo dopo aver ricevuto il certificato del 26 maggio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_ che l'attrice è venuta a conoscenza del periodo esatto durante il quale l'attore è stato in cura dallo psichiatra (cfr. su questo aspetto il consid. 2.11).

Il recesso del contratto per reticenza del 22 maggio 2024 e la richiesta di restituzione delle prestazioni percepite del 30 maggio 2024 sono state tempestive.

2.15. Il convenuto sostiene che non esiste un nesso causale tra il fatto taciuto o dichiarato in modo inesatto e il danno insorto successivamente (art. 6 cpv. 3 LCA).

L'art. 6 LCA in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2021, regola il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto con effetto ex nunc, ossia senza effetto retroattivo, con la possibilità di liberarsi dall'obbligo di fornire la sua prestazione a condizione che l'insorgenza o l'estensione di questi ultimi (e nient'altro) siano connessi alla reticenza (DTF 138 III 416 consid.6; Corinne Monnard Séchaud, in: Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 185 e seguenti ad art. 6, pag. 179).

La dottrina rammenta che il nesso causale previsto dalla legge non deve essere assimilato ad una causalità reale. Il fatto sottaciuto non ha bisogno di essere causale, nel senso che il danno non sarebbe sopraggiunto o sarebbe stato minore. Deve invece aver avuto un'influenza sul danno (Corinne Monnard Séchaud, in: Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 187 e seguenti ad art. 6, pag. 179).

Ad esempio, se l'assicurato omette di indicare una patologia cardiaca e viene colpito da un infarto, l'assicuratore può rifiutare di coprire il sinistro perché il nesso causale è dato (Corinne Monnard Séchaud, in: Commentaire Romand, Loi sur le contrat d'assurance, ed. Brulhart, Frésard-Fellay, Subilia, Basilea 2022, n. 188 e seguenti ad art. 6, pag. 179).

Nel Messaggio concernente la legge sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (legge sulla sorveglianza degli assicuratori [LSA]) e la modifica della legge federale sul contratto d'assicurazione del 9 maggio 2003 (FF 2003, pag. 3233), a pag. 3298 e seguenti figura che se il contratto è sciolto a seguito di un caso di reticenza, l'assicuratore è libero dall'obbligo di prestazioni solo per i sinistri la cui insorgenza o l'estensione siano connessi alla reticenza. Di conseguenza, l'obbligo dell'assicuratore di fornire la prestazione rimane intatto se la reticenza non ha influito sull'insorgenza del sinistro o l'estensione della prestazione da fornire. Nei rimanenti casi, tale obbligo viene meno. Se ha già fornito prestazioni, l'assicuratore ha diritto al rimborso (nesso causale [cpv. 3]).

In una STF 4A\_150/2015 del 29 ottobre 2015 il Tribunale federale, dopo aver esaminato i lavori preparatori ed aver riassunto la dottrina, ha affermato che la nozione di causalità deve essere interpretata estensivamente:

In una successiva STF 9C\_18/2016 del 7 ottobre 2016 il Tribunale federale al consid.6.2.2, con riferimento alla STF 4A\_150/2015 del 29 ottobre 2015, ha affermato che secondo la giurisprudenza relativa all'art. 6 cpv. 3 LCA, la nozione di causalità deve essere intesa in senso lato (Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist der Kausalitätsbegriff, wie er in Art. 6 Abs. 3 VVG stipuliert wird, jedoch weit zu verstehen (vgl. Urteil 4A\_150/2015 vom 29. Oktober 2015 E. 7, insbesondere E. 7.4 f.)).

Nel caso allora giudicato l'Alta Corte ha stabilito che, considerato come il forte sovrappeso costituisce un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e che nel caso di specie esso si è realizzato, sussiste un sufficiente nesso causale (Angesichts des unangefochten gebliebenen Umstands, dass massives Übergewicht einen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen bildet und sich hier eine solche realisiert hat, ist eine

hinreichende Kausalität gegeben (vgl. Urteil 4A\_303/2010 vom 11. August 2010 E. 2.4)■).

Il Tribunale federale ha precisato che, in altre parole, non vi è una separazione completa tra l'ischemia verificatasi il 15 novembre 2013, che ha causato il danno, e l'indicazione erronea del fattore di rischio rilevante(■Anders gesagt fehlt es an einer völligen Losgelöstheit der am 15.November 2013 aufgetretenen und zum Schadensfall führenden Ischämie von der unrichtig angegebenen erheblichen Gefahrstatsache (vgl. dazu E. 4.2.5 in fine)■).

Tornando al caso di specie, al convenuto, nello scritto del 30 maggio 2024, è stato rimproverato di aver risposto negativamente alle domande 2 e 3, ed in particolare se negli ultimi 5 anni ha sofferto di disturbi della salute, di conseguenze di una malattia o si è sottoposto a un trattamento, un controllo o una consulenza di uno psichiatra o uno psicologo, allorché dal 2 febbraio 2015 al 25 agosto 2016 egli è stato in cura dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia e dalla psicologa \_\_\_\_\_.

Il convenuto afferma che non vi sarebbe un nesso causale tra la patologia che ha portato dapprima al ricovero presso la \_\_\_\_\_ ed in seguito al trattamento presso lo psichiatra e la psicologa e l'incapacità lavorativa iniziata il 7 giugno 2023, poiché all'epoca era stato assistito per un disturbo schizotipico (ICD 10: F22), mentre l'incapacità lavorativa deriva (cfr. doc. XX, risposta del dr. med. \_\_\_\_\_ e doc. I, referto della \_\_\_\_\_) da un episodio di depressione grave (ICD 10: F32.2) e da una dipendenza da ipnoinducenti / sedativi (ICD 10: F13), rispettivamente da disturbo schizoaffettivo, tipo misto (ICD 10: F 25.2) e da insonnia non organica (ICD 10: F51.0).

Alla luce della citata giurisprudenza, la censura del convenuto va respinta già solo per il fatto che in entrambi i casi l'interessato è stato in cura a causa di una patologia psichiatrica (cfr. STF 9C\_18/2016 del 7 ottobre 2016, consid. 6.2.2). Il nesso causale in senso lato è pertanto manifestamente adempiuto (STF 4A\_150/2015 del 29 ottobre 2015 e STF 9C\_18/2016 del 7 ottobre 2016).

Nella fattispecie non vi è una separazione netta tra le patologie psichiche che hanno causato l'incapacità al lavoro dal 7 giugno 2023 e l'indicazione erronea del fattore di rischio rilevante consistente nelle risposte negative alle domande 2 e 3 del formulario sullo stato di salute.

Del resto, nel referto del 17 aprile 2024 gli specialisti della \_\_\_\_\_ hanno posto la diagnosi ICD-10 di disturbo schizoaffettivo, tipo misto (F52.2) e di insonnia non organica (F51.0), affermando che il convenuto è ■noto per precedenti ricoveri in ambito psichiatrico■ e che ■l'onset (ossia l'origine) psicopatologico viene fatto risalire ad inizio 2015 dove il paziente avrebbe cominciato a presentare spunti deliranti di fallimento e rovina dopo una presunta delusione in ambito lavorativo e relazionale ( )■.

Le patologie psichiche sono conseguentemente sorte nel periodo in cui il convenuto è stato dapprima ricoverato presso la \_\_\_\_\_ ed in seguito in cura presso il dr. med. \_\_\_\_\_ e la psicologa \_\_\_\_\_.

Inoltre lo status psichico all'ammissione nel 2015, che ha poi portato alle cure intraprese dai due specialisti, e nel 2024 non è molto differente (2015: ■il paziente giunge alla nostra attenzione estremamente sonnolente, scarsamente contattabile, oppositivo ( ) L'umore appare deflesso, l'affettività orientata al polo negativo■ ( ) ■all'ingresso ci siamo confrontati con un paziente oppositivo, angosciato, poco collaborante con l'equipe

curante■; 2024: ■Il paziente giunge alla nostra osservazione in data 13.02.2024 per sintomatologia affettiva afferente allo spettro psicotico ed una grave insonnia concomitante di tipo non organico■; ■durante la degenza il paziente ha mostrato un quadro psicopatologico molto complesso e caratterizzato da disforia, crisi di rabbia, poi criticate che elicitavano nel paziente un senso di colpa secondario, insonnia pressoché totale■).

Non va poi dimenticato che anche il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato la presenza, oltre che dell'■umore deflesso, dell'■insonnia (doc. G: ■umore deflesso, ruminazione del pensiero, insonnia tenace, stati ansiosi, difficoltà di memoria e concentrazione■).

Le varie patologie psichiche di cui è (stato) affetto il convenuto non possono essere completamente separate e pertanto il nesso causale è manifestamente dato. Il fatto che è stato oggetto della reticenza (disturbo alla salute di natura psichica [disturbo schizotipico (ICD 10: F22)]sorta nel 2015 ed oggetto di trattamento, esame, controllo o consulenza presso il dr. med. \_\_\_\_\_ e la psicologa \_\_\_\_\_ fino al 25 agosto 2016) ha influito sull'■insorgere o la portata del danno (incapacità lavorativa indennizzata dall'■assicuratore).

Le affermazioni del 25 novembre 2025 del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, interpellato dal TCA, non modificano l'■esito della procedura (circa la prudenza con cui deve essere considerato l'■avviso dei medici curanti, cfr. la STF 9C\_406/2025 del 28 ottobre 2025, consid. 5.2 con rinvio alla DTF 125 V 351, consid. 3b/cc).

Lo specialista ha affermato di non essere in grado di esprimersi ■rispetto alle possibili correlazioni con il precedente ricovero presso la \_\_\_\_\_■ ed ha asserito che ■dalla lettura degli atti sembrerebbe trattarsi di due entità diagnostiche e cliniche differenti.■ Tuttavia, come visto, è sufficiente una causalità in senso lato, non essendo necessario che vi sia una stretta correlazione, o meglio che la patologia alla base della reticenza sia la medesima che ha poi comportato il realizzarsi del rischio assicurato.

Alla luce di quanto sopra esposto occorre concludere che anche la condizione del nesso causale è adempiuta e che il convenuto è di conseguenza tenuto al rimborso di tutte le prestazioni ottenute dal 7 giugno 2023, per complessivi fr. 63'263.40.

Ne segue che non è necessario stabilire se anche l'■art. 10 LCA (assicurazione con effetto retroattivo nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022; recte: 9 LCA [nullità del contratto di assicurazione in vigore fino al 31 dicembre 2021 [cfr. consid. 2.3 della presente sentenza]) è stato violato.

2.16. L'■assicuratore chiede il pagamento degli interessi di mora del 5% dal 30 maggio 2024, data in cui è stato chiesto il rimborso delle prestazioni erogate (doc. P).

Il convenuto sostiene che la lettera del 30 maggio 2024 costituisce una prima formale richiesta di rimborso delle prestazioni e non rappresenta l'■interpellazione prevista dall'■art. 102 CO.

L'■attrice chiede anche il rigetto dell'■opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ del 24 ottobre 2024 dell'■UE di \_\_\_\_\_ di fr. 63'263.40 oltre interessi del 5% dal 29 giugno 2024 (come indicato nel precetto esecutivo) e fr. 65 di ■Bearbeitungskosten■.

L'■assicuratore non ha tuttavia giustificato in alcun modo la richiesta di pagamento dei fr. 65.

Ne segue che l'■opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ del 24 ottobre 2024 dell'■UE di \_\_\_\_\_ è rigettata in via definitiva limitatamente all'■importo di CHF 63'263.40 oltre interessi del 5%

dal 29 giugno 2024.

Il TCA ha interpellato per iscritto i dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ ed ha richiamato, come chiesto dall'assicurato, l'intero incarto dell'attrice relativo al sinistro in esame.

Alla luce dell'esito della procedura, le (altre) prove richieste dall'attrice, vincente in causa ed a cui la convenuta si è opposta, non devono essere assunte.

Quanto alla richiesta del convenuto di acquisire, oltre all'incarto relativo al sinistro in esame, anche l'incarto relativo alla conclusione della polizza, alla luce dell'incongruenza della documentazione prodotta da controparte così come sollevata dagli allegati (doc. XII), ritenuto che dagli atti prodotti, per i motivi esposti al consid. 2.14, la tempestività della lettera di recesso del 22 maggio 2024 e della lettera di richiesta di rimborso delle prestazioni del 30 maggio 2024 è palese, questo TCA vi rinuncia poiché non modificherebbe l'esito della procedura.

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'incarto 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. sentenza 4A\_106/2025 del 4 agosto 2025, consid. 3 e 5.4; 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 da un avvocato esterno, vanno assegnate le ripetibili (STF 4A\_473/2022 del 19 gennaio 2023, consid. 4.4 e contrario con riferimenti; cfr. sentenza 4A\_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e sentenza 4A\_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche STCA 36.2025.28 del 23 luglio 2025, 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), che sono di principio 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. 63'263.40.

Secondo il citato regolamento per le cause aventi un valore oltre i fr. 50'000.-- sino a fr. 100'000.-- le ripetibili sono stabilite mediante l'applicazione di una percentuale variabile tra l'8% ed il 15%.

Il convenuto è di conseguenza condannato a versare fr. 6'000 di ripetibili (IVA inclusa) all'attrice.

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:

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 del convenuto.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

§§ L'opposizione al PE n. \_\_\_\_\_ del 24 ottobre 2024 dell'UE di \_\_\_\_\_ è rigettata in via definitiva limitatamente all'importo di CHF 63'263.40 oltre interessi del 5% dal 29 giugno 2024.

Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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