

Tribunale federale, 25 agosto 1999,  
X. c. Y.

**Fatti:** X. ha lavorato dal 1962 quale autista di autoveicoli pesanti adibiti al trasporto di materiale infiammabile presso la ditta Z. S.A. La predetta società ha assicurato i propri dipendenti per l'indennità giornaliera in caso di malattia con un'assicurazione collettiva presso l'assicurazione Y. Il contratto è stato dapprima retto dalla legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMI) e poi dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Una nuova convenzione, conclusa con effetto dal 1° gennaio 1997, è stata espressamente sottoposta alla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Tra il 6 giugno e il 15 luglio 1996 e nuovamente dal 1° agosto 1996 X. è stato totalmente inabile al lavoro. L'assicurazione ha inizialmente riconosciuto il verificarsi dell'evento assicurato e ha versato le indennità giornaliere previste. Il 13 marzo 1997 essa ha comunicato all'assicurato di ritenere la sua capacità lavorativa intatta per un'attività professionale meno impegnativa sul piano fisico di quella di autista di veicoli pesanti, motivo per cui avrebbe cessato la corresponsione delle prestazioni il 30 giugno 1997. Questo, poiché la perdita della capacità di reddito risulta essere inferiore al 50%, limite al quale le condizioni, generali d'assicurazione subordinano l'erogazione di indennità giornaliere.

Con sentenza 11 marzo 1998 il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino ha accolto la petizione con cui X. ha convenuto in giudizio l'assicurazione Y. e ha condannato quest'ultima a versare le indennità giornaliere anche dopo il 1° luglio 1997.

Il 23 ottobre 1998 il Tribunale federale, accogliendo il ricorso per riforma della convenuta, ha annullato la predetta decisione e rinviato gli atti all'autorità cantonale affinché esaminasse se e in che misura fosse possibile esigere dall'attore un cambiamento di professione e se il termine accordato dalla convenuta a tal fine fosse adeguato alle circostanze. Ha infatti stabilito che non sussiste alcun motivo per non applicare all'assicurazione indennità giornaliera di diritto privato, in assenza di specifiche regolamentazioni contrattuali, la giurisprudenza concernente l'attenuazione del danno sviluppata dal Tribunale federale delle assicurazioni nell'ambito delle assicurazioni sociali.

Con decisione del 7 maggio 1999, la vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni, statuendo come giudice unico giusta l'art. 2 cpv. 1 della legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni, ha respinto la petizione. Essa, basandosi in particolare sul rapporto del dottor W. ha stabilito che è possibile pretendere dall'attore il cambiamento della professione e ha ritenuto esigibile l'esercizio di una delle numerose attività elencate. Nel rapporto dell'Ufficio integrazione AI e di altre, non comprese nella lista, ma ad esse assimilabili. Ha poi reputato che l'attore, mettendo a profitto la sua capacità lavorativa residua, potrebbe in teoria realizzare un reddito annuo pari a fr. 35'000.--, corrispondente al guadagno che, secondo costante giurisprudenza cantonale, può essere conseguito da una persona costretta per motivi di salute a riciclarsi in un'attività leggera e non qualificata. Il Tribunale cantonale, ha quindi respinto la petizione siccome il rapporto tra il reddito che l'attore avrebbe realizzato nel 1997 se non fosse intervenuto il danno alla salute (fr. 64'350.--) e quello teoricamente esigibile (fr. 35'000.--), risulta essere del 46% circa. Tale percentuale è inferiore al 50% esatto dalle condizioni generali d'assicurazione per l'erogazione delle prestazioni.

Con ricorso per riforma del 23 giugno 1999, l'attore chiede, con protesta di spese e ripetibili, la riforma della predetta decisione nel senso che la convenuta sia condannata a versargli una rendita del 50% a partire dal 1° luglio 1997 fino ad esaurimento del periodo contrattuale delle prestazioni.

Non è stata chiesta una risposta.

**Motivi:** Il Tribunale federale esamina d'ufficio e con piena cognizione l'ammissibilità dei rimedi che gli vengono sottoposti (DTF 125 I 253 consid. 1, 124 III 44 consid. 1, 134 consid. 2, 123 II 231 consid. 1 e rinvii).

Il litigio, che verte sull'erogazione di prestazioni fondate su un'assicurazione complementare all'assicurazione malattie, costituisce una causa civile di carattere pecuniario ai sensi dell'art. 46 OG (DTF 124 III 44 consid. 1a/aa). Contrariamente a quanto disposto dall'art. 51 cpv. 1 lett. a OG, la decisione impugnata non accerta se il valore litigioso previsto dall'art. 46 OG sia raggiunto. Questa omissione non pregiudica tuttavia l'ammissibilità del ricorso; infatti l'attore indica nel suo gravame che il valore di causa supera la somma di fr. 8'000.--, ciò che risulta pure dagli atti (DTF 81 II 413 consid. 1; cfr. DTF 109 II 491 consid. 1 c/ee). La sentenza impugnata è una decisione finale, resa dal Tribunale supremo del Cantone Ticino, che non può essere oggetto di un ricorso ordinario di diritto cantonale. La legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni non prevede infatti alcun ricorso contro le decisioni prese da un membro di questo Tribunale come giudice unico. Ne discende che il ricorso per riforma è ammissibile ai sensi degli art. 46 e 48 cpv. 1 OG.

L'attore rimprovera anzitutto all'autorità cantonale di essersi limitata a un calcolo medico-teorico della sua capacità lavorativa residua e di non avere tenuto conto della situazione concreta, in particolare dell'età (63 anni), della grave sordità, del suo livello scolastico e della sua debole capacità di adattamento, dovuta sia all'anzianità sia al fatto di aver sempre lavorato esclusivamente come autista di camion. Afferma inoltre che le conclusioni del dottor W. sulle quali si è basata l'autorità cantonale, sono contrarie ad altri certificati medici prodotti, all'insieme dell'incarto AI e al semplice buon senso.

Investito di un ricorso per riforma, il Tribunale federale - contrariamente al Tribunale federale delle assicurazioni che statuisce secondo una procedura specifica (cfr. art. 132 lett. b OG) - giudica sulla scorta dei fatti accertati dall'ultima istanza cantonale, fatto salvo il caso di violazione di norme federali in materia di prove e riservata la rettificazione d'ufficio degli accertamenti dovuti manifestamente ad una svista (art. 63 cpv. 2 OG). Non è pertanto possibile criticare in un ricorso per riforma accertamenti di fatto, né addurre fatti nuovi (art. 55 cpv. 1 lett. c, terza frase OG; DTF 122 III 26 consid. 4a/aa, 61 consid. 2c/bb; 120 II 97 consid. 2b, 119 II 84 consid. 3, 115 II 484 consid. 2a).

Nella misura in cui l'attore contesta l'apprezzamento dell'autorità cantonale relativo al parere dei medici, in particolare a quello del dottor W. ricorso è inammissibile. Inoltre, gli elementi di cui il Tribunale cantonale, secondo l'attore, non avrebbe tenuto conto - ad eccezione della sua sordità, partitamente esaminata nella decisione impugnata - non risultano dalla sentenza in esame e non possono quindi essere presi in considerazione nell'ambito di un ricorso per riforma.

L'attore fa infine valere che il danno residuo, pari a circa il 46%, è prossimo al limite del 50% al quale le condizioni generali d'assicurazione subordinano l'erogazione d'indennità giornaliera. Egli censura l'operato dell'autorità cantonale che non avrebbe applicato per analogia la "compressione" - ossia la correzione delle percentuali vicine a quelle che darebbero diritto ad una rendita - come invece è il caso nelle decisioni relative all'assicurazione invalidità.

L'attore dimentica che le pretese sgorganti dall'assicurazione complementare all'assicurazione malattie dipendono dal diritto privato e non dal diritto delle assicurazioni sociali (art. 12 cpv. 3 LAMal; DTF 124 III 44 consid. 1a/aa). Esse sono pertanto sottoposte alla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Ora, egli non allega nessuna violazione delle norme di diritto privato. Il gravame, su questo punto, è pertanto inammissibile (art. 55 cpv. 1 lett. c, seconda frase OG).

Il ricorso, nella misura in cui è ammissibile, si rivela manifestamente infondato e deve essere respinto. Visto l'esito del gravame la tassa di giustizia è posta a carico del ricorrente (art. 156 cpv. 1 OG). Infatti, l'art. 47 cpv. 3 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (LSA), che prevede una procedura gratuita per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione malattie, è unicamente applicabile alla procedura innanzi alle autorità cantonali (DTF 124 III 229 consid. 4, non pubblicato). Non si assegnano invece ripetibili alla convenuta, che non è stata invitata a fornire osservazioni di risposta e non ha assunto spese in relazione alla procedura davanti al Tribunale federale (Poudret/Sandoz-Monod, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, Vol. V, Berna 1992, n. 2 ad art. 159 OG).

Per questi motivi

visto l'art. 36a OC

Il Tribunale federale

p r o n u n c i a:

1. Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è respinto e la decisione impugnata è confermata.
2. La tassa di giustizia di fr. 1000.-- è posta a carico del ricorrente.
3. Comunicazione al patrocinatore dell'attore, alla convenuta e al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino.