

**Raccomandata**

Incarto n.

36.2005.234

Lugano

21 agosto 2006

**TB**

In nome  
della Repubblica e Cantone  
Ticino

---

## **Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni**

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 28 dicembre 2005 di

XXX,  
rappr. da: avv. Xxxx,

contro

**Y Assicurazioni SA,**  
rappr. da: Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico,

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

### **in fatto**

- A. Dal 12 luglio 2004 XXX, 1952, aiuto-fisioterapista e segretaria del marito, titolare di due studi di fisioterapia, è stata inabile al lavoro al 100% fino al 30 settembre 2004, mentre al 75% dal 1° ottobre 2004 fino almeno all'introduzione della presente petizione (docc. 6, 7, 10, 14, 18, 27, 28 e 42). Il 19 luglio 2004 (doc. 5) il datore di lavoro dell'assicurata ha annunciato al suo assicuratore che la moglie era inabile al lavoro per "*malattia di schiena cervicale spalle lombare braccio destro e sinistro*". La Assicurazioni, che è succeduta in diritto al precedente assicuratore, dopo aver assunto informazioni
-

presso i medici che hanno avuto in cura l'assicurata (docc. 11 e 17), le ha versato le prestazioni di diritto a dipendenza della polizza K (80% del salario conteggiabile dopo 7 giorni d'attesa per 723 giorni per un'inabilità lavorativa per malattia) (docc. A, 1 e 3).

Le indennità sono state versate fino all'8 febbraio 2005 in funzione dei predetti gradi d'incapacità lavorativa.

- B. Con scritto del 4 febbraio 2005 (doc. 30) l'assicuratore ha rifiutato di continuare a versare a XXX delle indennità giornaliere per un'incapacità lavorativa del 75%, ritenendola infatti abile al lavoro al 50% dal 9 febbraio precedente ed al 100% dal 1° aprile 2005, per le attività da lei normalmente svolte presso lo studio di fisioterapia del marito (fatturazioni, riordino locali, rispondere al telefono e concordare appuntamenti, accoglienza clienti, fare gli acquisti di prodotti o materiale di consumo, tenere pulita la vasca dei massaggi, lavare la biancheria, ecc.). La valutazione dell'assicuratore si è basata sui risultati del test che l'interessata ha dovuto effettuare nel dicembre 2004 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Esaminati gli ulteriori referti medici prodotti dall'assicurata attestanti sempre un'inabilità lavorativa del 75%, l'assicuratore ha comunque più volte ribadito che dal 1° aprile 2005 l'interessata era in grado di svolgere la propria attività di aiuto-fisioterapista e segretaria a tempo pieno senza alcun impedimento, perciò da quel momento il caso sarebbe stato chiuso con conseguente interruzione del versamento di indennità giornaliere (docc. 31, 33, 35 e 39).

Riassumendo, l'assicuratore ha assunto il caso versando delle indennità giornaliere per perdita di guadagno al 100% (corrispondenti a Fr. 92.-/di, pari all'80% del salario lordo giornaliero su una base annua di Fr. 42'000.-) dal 12 luglio al 30 settembre 2004, al 75% dal 1° ottobre 2004 all'8 febbraio 2005 ed al 50% dal 9 febbraio al 31 marzo 2005, per un importo totale di Fr. 18'193.- (doc. 3) e non di Fr. 28'368,90 come sostenuto.

- C. Con petizione del 28 dicembre 2005 (doc. I) XXX, patrocinata dall'avv. Xxxx, ha postulato la condanna dell'assicuratore Y, subentrato in diritto al precedente assicuratore, al versamento di Fr. 34'832,70 (Fr. 119,70 netti al giorno x 291 giorni), oltre interessi legali di mora, per prestazioni assicurative per perdita di guadagno non (correttamente) corrisposte dal 9 marzo 2005 all'11 luglio 2006, ossia fino alla scadenza dei 723 giorni di diritto in virtù della citata polizza assicurativa.
-

Sulla scorta dei certificati medici allestiti dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, suo medico curante sin dall'inizio della malattia, e dal dr. med. \_\_\_\_\_, a cui la stessa è stata inviata per un consulto reumatologico (docc. 9 e 12), l'attrice ha preteso che le siano riconosciute le relative prestazioni a dipendenza della sua certificata duratura incapacità lavorativa del 75% anche dopo il 1° aprile 2005.

Precisati alcuni elementi, l'assicuratore si è nuovamente basato sul dettagliato rapporto del 31 gennaio 2005 (doc. 29) allestito dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per confermare i suoi precedenti scritti e quindi l'interruzione del versamento di indennità giornaliera dal 1° aprile 2005. Nell'ipotesi in cui la petizione sia accolta, il convenuto ha osservato che la pretesa creditoria andrebbe comunque ricalcolata secondo i parametri corretti da esso esposti nella propria risposta (doc. III). La ricorrente non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. V).

### **in diritto**

### **in ordine**

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

### **nel merito**

2. Il TCA deve esaminare la capacità lavorativa dell'attrice dal 9 marzo 2005 al 28 dicembre 2005, data in cui ha introdotto la petizione in oggetto. Da ciò dipende il suo diritto di continuare a percepire delle indennità giornaliera per perdita di guadagno anche in questo periodo.  
Conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate — e delle comunicazioni degli assicuratori LCA - in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nel febbraio 2005 (doc. 30).
-

L'attrice ha contestato il grado di capacità lavorativa calcolato da Y dal 9 febbraio 2005 in poi, pari al 50% fino al 31 marzo 2005 ed in seguito al 100%, poiché la sua capacità lavorativa sarebbe stata nulla. A suo dire la fibromialgia generalizzata nel contesto di uno stato ansioso-depressivo per il quale era seguita da uno psichiatra, la periartropatia omero-scapolare tendinopatica sinistra e la sindrome cervico e lombo vertebrale cronica di cui soffriva da alcuni anni, l'hanno limitata e continuavano a limitarla considerevolmente (75%) nello svolgimento della sua attività di aiuto-fisioterapista/segretaria. Un'interruzione al 31 marzo 2005 del versamento delle indennità per perdita di guadagno non sarebbe stata pertanto giustificata. Alla luce delle attestazioni dei medici curanti che ha prodotto, l'attrice ha postulato quindi la continuazione della concessione di un'indennità del 75% anche dopo il 1° aprile 2005.

3. L'art. 10 CGA (doc. B) precisa che esiste incapacità lavorativa quando la persona assicurata, in seguito ad una malattia o ad un infortunio coperti dall'assicurazione, è totalmente o parzialmente inabile ad esercitare la sua professione o un'altra attività lucrativa esigibile.

Secondo l'art. 16 cpv. 2 CGA, il diritto alle prestazioni nasce dal momento in cui è sussistita un'incapacità lavorativa pari almeno al 25% per una durata ininterrotta superiore al periodo d'attesa fissato nella polizza. Le prestazioni sono calcolate in funzione del grado dell'incapacità lavorativa. Se essa è pari almeno al 25%, si ha diritto alle prestazioni nella misura corrispondente. Qualora il grado d'incapacità lavorativa sia pari almeno al 66 2/3%, vengono accordate le prestazioni intere.

Il concetto di inabilità lavorativa di queste CGA riprende la definizione che il Tribunale federale delle assicurazioni ha estrapolato dall'art. 72 LAMal: è incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1 b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungs-recht, T. I, pag. 286 segg.).

La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI

---

1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c).

Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato.

L'incapacità di guadagno si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa *residua* in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 228).

In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione malattia vige il principio — già comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). Nell'ambito dell'assicurazione complementare, secondo il Tribunale federale, l'art. 61 LCA esprime il medesimo principio dell'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno (STF del 23 ottobre 1998 nella causa E., Inc. 5C.176/1998, consid. 2c).

Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica.

Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili.

---

Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (PETER, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata).

4. Circa l'incapacità lavorativa dell'assicurata, va ribadito come la dr.ssa med. , generalista, suo medico curante dal giugno 2004, il 13 luglio 2004 (doc. 6) abbia attestato un'inabilità del 100% dal giorno precedente e del 75% dal 1° ottobre 2004 (doc. 18).

Soltanto con la reiterata specifica richiesta dell'assicuratore, il 16 settembre 2004 (doc. 13), il medico curante ha precisato la sua diagnosi: sindrome fibromialgica generalizzata, sbilancio e decondizionamento muscolare, alterazione degenerativa della colonna cervicale e lombare, piccola lesione del tendine muscolo sopra spinato a sinistra in acromion tipo II, siringomielia C5-C7. I sintomi di queste malattie si sarebbero manifestati due anni prima. Quale trattamento consigliato v'è stata la fisioterapia, praticata dal marito, anche se i dolori cervico-brachiali ed alla spalla non accennavano a diminuire, comportando dei movimenti passivi limitati.

Nel corso dell'estate 2004, l'attrice è stata in cura dal dr. med. per un consulto reumatologico. Nel primo referto medico del 16 agosto 2004 (doc. 9), lo specialista FMH in reumatologia, medicina interna e manuale SAMM, ha confermato la diagnosi posta dal medico curante ed ha presentato l'anamnesi passata, recente, sistematica e sociale dell'assicurata. Il 16 luglio 2004 egli ha esperito un esame reumatologico sulla colonna vertebrale e le articolazioni periferiche, nonché un esame neurologico, di laboratorio e di radiologia. Esposti tutti questi elementi nel dettaglio, lo specialista ha pronunciato la propria valutazione evidenziando che la sindrome del dolore cronico di cui l'interessata è affetta da 4-5 anni sarebbe spiegabile con la presenza di una sindrome fibromialgica generalizzata primaria, mentre le alterazioni degenerative al rachide cervicale e lombare non sono spiegabili. La mobilità passiva normale alla spalla sinistra ha trovato per contro riscontro clinico, mentre le patologie reumatologiche riconducibili alla fibromialgia potevano essere parzialmente trattate farmacologicamente e con misure fisiatriche passive. Per quando concerne la siringomielia riscontrata, l'attrice è stata inviata dal neurologo dr. med. , già suo curante.

---

Con il successivo referto del 10 settembre 2004 (doc. 12) lo specialista ha risposto ai quesiti sottopostigli dall'assicuratore. Egli ha ribadito la diagnosi di sindrome fibromialgica generalizzata, sbilancio e decondizionamento muscolare, alterazioni degenerative della colonna cervicale e lombare, piccola lesione transmurale del tendine muscoloso sopraspinato a sinistra in acromion tipo II e siringomielia C5-C7. Inoltre, ha precisato che l'attrice non gli ha mai chiesto di attestare un'inabilità lavorativa e che la stessa era in cura dallo psichiatra dr. med. . Non avendo mai attestato un'inabilità lavorativa, il medico non ha potuto esprimersi in merito ad un'eventuale ripresa dell'attività lavorativa o ad un aumento della capacità stessa. Ha comunque evidenziato che il grado d'incapacità lavorativa nella medesima o in un'altra attività avrebbe dovuto essere determinato in ambito peritale reumatologico, neurologico e psichiatrico.

Anche il neurologo curante interpellato da ha risposto di non aver mai valutato la capacità lavorativa dell'assicurata e di non poter quindi rispondere ai quesiti sottopostigli (doc. 17).

Il 9 ottobre 2004 (doc. E) il dr. med. , operante presso la Clinica ortopedica di , ha posto la diagnosi di impingement sotto-acromiale alla spalla sinistra. Clinicamente, questa spalla mostrava una funzione più limitata, soprattutto per la situazione algica, mentre la spalla destra aveva una funzione abbastanza soddisfacente, dolorante solo a fine corsa a livello muscolare. A suo avviso, la mobilità era globalmente mantenuta malgrado il dolore. Come il reumatologo, anch'egli ha sconsigliato d'intervenire chirurgicamente sulla spalla sinistra.

Su precisa richiesta dell'assicuratore, il 2 ed il 3 dicembre 2004 (doc. 29) l'attrice si è sottoposta ad una valutazione della sua capacità funzionale EFL presso la Clinica di I medici hanno osservato che i problemi rilevanti in relazione all'attività professionale erano principalmente costituiti da un disturbo funzionale alla spalla sinistra con irradiazione dei dolori fino al polso sinistro, dolori alla colonna lombare ed all'anca sinistra. I risultati del test hanno indicato una capacità di carico da situare nell'ambito di un'attività leggera per tutta la giornata, anche se l'assicurata soffriva di depressione, tanto che era ancora in cura. La specifica attività di aiuto-fisioterapista, giudicata un lavoro da leggero a medio pesante (10-25 kg),

---

comportava delle difficoltà riguardo al carico della spalla sinistra, tuttavia facilmente eliminabili con dei semplici accorgimenti. Queste le conclusioni e le proposte degli esperti:

**"Esigibilità dell'attività professionale come aiuto fisioterapista"**

X sì X mezza giornata, tentativo di ripresa dell'attività al 50% per abituarsi/adattarsi al lavoro per poi abituarsi (secondo la evoluzione della problematica della spalla sinistra) all'attività per tutto il giorno.

X Riduzione del carico: - evitare i pochi casi in cui deve sollevare pazienti dal lettino, può farsi aiutare dal marito  
- evitare di strizzare gli impacchi di fiori di fieno, farsi aiutare dal marito

X Adattamenti, al posto della macchina da scrivere dotare lo studio di fisioterapia di un computer, mettere lettini automatici.

**Esigibilità per altre attività professionali**

X lavoro leggero (5-10 kg)

X tutto il giorno

**Proposte concrete per il reinserimento professionale**

X allo stesso posto di lavoro — con lo stesso tipo di mansioni ma con alcuni adattamenti X mezza giornata, tentativo di ripresa dell'attività al 50% per abituarsi/adattarsi al lavoro per poi abituarsi (secondo l'evoluzione della problematica della spalla sinistra) all'attività per tutto il giorno.

La cliente si dichiara d'accordo con le valutazioni e le proposte fatte:

X sì

**Proposte in relazione ad ulteriori trattamenti**

Per la problematica della spalla sinistra consigliamo di continuare la fisioterapia ambulatoriale con l'obiettivo di togliere l'infiammazione, ma anche iniziare terapie attive che mirano a migliorare la stabilità della spalla sinistra a carico della muscolatura e per centralizzare la testa omerale.

Inoltre, consigliamo un programma di ricondizionamento muscolare e cardiovascolare generale della cliente per un lungo periodo.

Come terzo punto, consigliamo la partecipazione nei gruppi dell'associazione fibromialgici in Ticino.

II rapporto dettagliato agli atti, conosciuto dalle parti, espone la situazione professionale dell'attrice, la collaborazione e concordanza durante la valutazione, l'insorgenza della sintomatologia e gestione del dolore mediante autovalutazione del dolore, l'individuazione dei dolori rispettivamente delle zone

sintomatiche rilevanti ed il comportamento dell'assicurata in relazione a questi dolori; l'autovalutazione della capacità funzionale, la sicurezza delle tecniche di lavoro, la qualità dei movimenti, le capacità rilevanti, i deficit rilevanti, le capacità ed i deficit in relazione all'attività professionale svolta, concludendo con delle osservazioni complementari.

Il referto in discussione contempla anche tutti i risultati delle prove a cui si è sottoposta l'attrice ed i valori della sua capacità di carico ed è accompagnato da una valutazione medico-funzionale che illustra la diagnosi, le osservazioni sullo stato di salute dell'assicurata ed un esame clinico.

5. Secondo la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali e relativa alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1C; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii).

A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332).

In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In

---

particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la 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.

Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95).

Le perizie affidate dagli organi dell'AZ o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., 1355/03, consid. 5).

Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER,

Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230).

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

Tali criteri di valutazione debbono guidare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni anche nelle fattispecie rette dalla LCA, come quella in discussione.

6. Come esposto sopra, se nei propri referti il medico curante, generalista, ha escluso che l'attrice potesse continuare a svolgere il proprio lavoro di aiuto-fisioterapista, gli specialisti che l'hanno visitata e sottoposta a diversi test fisici durante due mezze giornate nel dicembre 2004, hanno invece affermato la possibilità concreta che l'assicurata riprendesse la precedente attività lavorativa da subito al 50%.

Essi hanno concluso che inizialmente l'attrice poteva ricominciare a lavorare come aiuto-fisioterapista per mezza giornata, in modo da potersi riabituarci piano piano alle faccende precedentemente esercitate presso lo studio del marito fisioterapista. In seguito, era oggettivamente esigibile e realizzabile che l'assicurata espletasse la sua attività per tutto il giorno. Per concretizzare ciò, era soltanto sufficiente mettere in pratica alcuni piccoli accorgimenti, come per esempio utilizzare un computer anziché una macchina per scrivere per il disbrigo del lavoro amministrativo: la tastiera di un computer richiede infatti una pressione molto meno marcata di una tastiera di una vecchia macchina per scrivere, evitando così di caricare inutilmente la spalla sinistra ed il polso sinistro dell'attrice. Anche la sostituzione dei lettini manuali con lettini automatici avrebbe sicuramente reso molto più comodo e facile il posizionamento dei pazienti su di essi, così pure il frequente cambio di posizione degli interessati. Per il sollevamento dei pazienti "problematici" dai lettini e per strizzare gli impacchi di fiori di fieno, l'attrice poteva invece semplicemente fare capo al marito per ottenere un piccolo e rapido aiuto; questa soluzione nemmeno avrebbe fatto perdere particolarmente tanto tempo.

A questo proposito va evidenziato che la stessa assicurata si è dichiarata d'accordo con queste valutazioni e le proposte fatte.

A mente del TCA, il citato referto portante sulla valutazione della capacità funzionale dell'attrice, allestito dopo due mezze giornate di test fisici eseguiti ad inizio dicembre 2004 quando l'interessata era in incapacità lavorativa da cinque mesi, appare molto approfondito, chiaro e completo. Come esposto, i medici hanno accuratamente esaminato l'assicurata a mezzo di numerosi test fisici ed hanno fissato al 50% la percentuale iniziale di abilità lavorativa dell'attrice nell'attività precedentemente esercitata, ma con possibilità concreta di portarla in breve tempo al 100%, rispettando determinate direttive.

Valutati quindi tutti i rapporti medici agli atti, la scrivente Corte ritiene che le constatazioni oggettive formulate dai medici operanti presso la Clinica , istituto specializzato nella riabilitazione di persone colpite da problematiche di cui era affetta anche l'attrice, siano complete, convincenti ed esaurienti e di potersi quindi attenere e fare affidamento sulle conclusioni che essi hanno tratto.

Le conclusioni di questi esperti sono inoltre accompagnate da uno specifico esame della sua capacità funzionale fisica riassunto in una tabella con tutte le attività che la stessa poteva ancora esercitare. Questi medici sono stati dunque completi e dettagliati nella loro diagnosi dell'assicurata. La completezza di questo rapporto contrasta per contro con le affermazioni di carattere generale pronunciate dal medico curante dell'attrice.

Nemmeno i referti dei dr. med. e possono soccorrere quest'ultima nel suo diritto a percepire delle indennità per perdita di guadagno, poiché né uno specialista né l'altro si sono pronunciati sul grado d'incapacità lavorativa dell'assicurata. L'affermazione dell'attrice secondo cui il dottor avrebbe certificato un'incapacità lavorativa del 75% è imprecisa.

Di conseguenza, d'avviso del TCA, le conclusioni del medico responsabile EFL dr. med. possono quindi essere definite chiare, complete ed attendibili e come tali vanno quindi condivise.

In questo senso, la valutazione effettuata dall'assicuratore di dare tempo all'attrice di riprendere a lavorare al 50% dal 9 febbraio fino al 31 marzo 2005 e da lì in poi di interrompere il versamento di indennità giornaliera, appare corretta; alla stessa conclusione si giunge in merito alla decisione di considerarla totalmente abile al lavoro dal 1° aprile 2005 sempre nella sua attività di aiuto-fisioterapista presso lo studio del marito.

Stando così le cose, la petizione dell'attrice deve essere integralmente respinta.

7. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. Per l'art. 46 OG, nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora Fr. 8'000.-.

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalle indennità giornaliere che l'assicuratore dovrebbe versare all'attrice a dipendenza della sua incapacità di lavoro per malattia. Siccome con la propria petizione XXX pretende un importo che supera ampiamente i citati Fr. 8'000.-, sono pertanto dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna.

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

### **dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Intimazione alle parti e all'UFAP, Berna.  
Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

IMITAZIONE

22 AGO 2006

TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI