

Raccomandata

incanto n.

Lugano

36.2006.21

3 ottobre 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 24 gennaio 2006 di

XXXX,
rappr. da: avv. Xxx,

contro

Y Assicurazioni SA,

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- A. Di professione ausiliaria di cure, il 1° luglio 2004 XXXX, 1947, ha sottoscritto una domanda d'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LCA con Y Assicurazioni SA, avente effetto dal 1° agosto 2004. Per un premio mensile di Fr. 162,40, in caso di malattia l'assicurata avrebbe beneficiato di un'indennità di Fr. 80.- al giorno dal 31° giorno (docc. 1 e 2).

Il 14 novembre 2004 (doc. D) l'assicurata è stata operata di settoplastica e etmoidectomia micro e endoscopica anteriore bilaterale ed il 6 dicembre 2004 (doc. 4) ha comunicato all'assicuratore di essere inabile al lavoro per raffreddore/sinusite e di aver già sofferto dall'agosto precedente di questa malattia; a quel momento era al beneficio delle indennità di disoccupazione.

B. Su invito dell'assicuratore (doc. F), il 1° marzo 2005 XXXX si è sottoposta ad una visita medico-fiduciaria presso il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna. Fondandosi sul referto medico di quest'ultimo (doc. 6), il 22 marzo 2005 (doc. G) l'assicuratore ha avvisato l'interessata che siccome risultava di nuovo abile al lavoro in misura completa dal 1° marzo 2005, le avrebbe corrisposto le prestazioni di suo diritto fino al 23 febbraio 2005, mentre le indennità dal 24 al 28 febbraio 2005 le sarebbero state corrisposte in base alla conferma medica che figurava sulla scheda di controllo originale. Questa scheda indica un'incapacità lavorativa totale fino al 17 maggio 2005 (doc. E), mentre i certificati medici del 23 maggio 2005 del medico curante dr. med. _____ (doc. H) e dello specialista che l'ha operata, dr. med. _____ (doc. I), attestano un'inabilità dall'11 novembre 2004 al 31 maggio 2005.

Dopo aver sottoposto l'intera documentazione medica prodotta dall'assicurata al proprio medico fiduciario dr. med. (docc. 8 e 11), con scritto del 28 giugno 2005 (doc. M) l'assicuratore ha avvisato il rappresentante di quest'ultima, avv. Xxx, che i nuovi certificati non presentavano particolari motivazioni mediche per prolungare l'incapacità lavorativa oltre il 1° marzo 2005. Y ha ribadito questa presa di posizione con comunicazioni del 13 settembre 2005 (doc. O) e dell'11 gennaio 2006 (doc. S).

C. Con petizione dei 24 gennaio 2006 (doc. I) XXXX, assistita dal citato rappresentante, ha postulato la condanna dell'assicuratore al versamento di un'indennità del 100% anche per i mesi di marzo, aprile e maggio 2005, in virtù dei certificati d'inabilità lavorativa allestiti dai suoi medici curanti.

Il 9 febbraio 2006 (doc. III) l'assicuratore, fondandosi sui pareri dei propri medici fiduciari e _____, ha ribadito che l'incapacità lavorativa dell'attrice non era più giustificata dal 1° marzo 2005 e che la stessa poteva quindi riprendere la propria attività in misura completa, poiché la presenza di ipoacusia e di acufeni non era di natura tale da limitarne l'attività come ausiliaria di cure.

L'assicurata ha prodotto le valutazioni dei medici _____ (doc. Vbis) e _____ (doc. T), su cui si è espressa Y ribadendo che la diminuzione dell'acutezza auditiva non l'impediva di esercitare la sua attività e che, per la prima volta, sono emerse conseguenze come palpitazioni e depressione (doc. IX).

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 nel periodo da marzo a maggio 2005 compresi, quando l'assicuratore ha interrotto il versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno. Da ciò dipende il suo diritto di continuare a percepire le indennità anche durante questi mesi.

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 dei 100% calcolato da Y dal 1° marzo 2005, poiché nei successivi tre mesi la sua reale capacità lavorativa sarebbe invece stata nulla. A detta dei suoi medici, già nel febbraio 2005 l'assicurata non era completamente guarita, essendoci il sospetto che vi fossero otiti post-operatorie; queste circostanze non permettevano quindi all'attrice di svolgere qualsiasi attività, dato il rischio di complicazioni (doc. 5). Sebbene vi sia stato un miglioramento generale e parziale dopo l'intervento del 14 novembre 2004, sono sorte delle *"complicazioni di tipo, ipoacusia sensorineurale bilaterale importante, acufeni documentate da parte del Dott. e anche da una TAC facciale e della base cranica in data del 15.04.2005."* (doc. N). Questi forti disturbi all'orecchio interno con acufene e perdita dell'udito, presenti ancora nel periodo marzo-maggio 2005, hanno poi reso necessario adattare due protesi acustiche (doc. Vbis). Di conseguenza, un'interruzione al 28 febbraio 2005 del versamento delle indennità per perdita di guadagno non sarebbe stata giustificata.

3. L'art. 3.6 CGA (doc. 3) precisa che c'è incapacità lavorativa quando il beneficiario, in seguito ad un evento assicurato, non è in grado d'esercitare totalmente o parzialmente la propria attività professionale. L'inabilità al lavoro deve essere confermata da un medico o chiropratico. Per l'art. 3.2 CGA, l'indennità giornaliera viene corrisposta per una durata al massimo di 730 giorni a seconda del caso assicurato, previa deduzione del periodo di differimento convenuto. A partire da un'incapacità lavorativa del 25% l'assicurazione corrisponde le prestazioni d'indennità, che sono determinate in proporzione al grado d'incapacità lavorativa. Dal 66 2/3%, le prestazioni vengono corrisposte al 100%. Per il calcolo del periodo di differimento, i giorni d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25% contano come giorni interi.

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'attrice, si evidenzia come tanto il medico curante dr. med. _____ quanto lo specialista dr. med. _____ l'abbiano certificata nella misura del 100% dall'11 novembre 2004 al 31 maggio 2005 (docc. E, H ed I).

Tutto è incominciato già nell'agosto 2004, quando l'attrice, dopo aver preso freddo durante un intervento oftalmologico (doc. 6), è stata messa al beneficio di un'antibioterapia nell'ambito di una

sinusite classica acuta (doc. N). Il 27 settembre 2004 l'assicurata ha infatti consultato il suo curante, dr. med. , medico chirurgo, per un'infezione alle vie respiratorie superiori che, tecnicamente, costituiva appunto una sinusite acuta. Due giorni dopo (doc. N), presso l'Ospedale di è stata eseguita una TAC facciale dei seni parancali, che confermava il quadro di pansinusite (infezione dei seni mascellari, etmoidali e del seno sfenoidale), quindi — a dire del curante - si trattava di un'infezione notevole e non di una sinusite banale. Il 4 ottobre seguente sono iniziate le terapie antibiotica, aerosol e antinfiammatoria per le sintomatologie associate (cefalea fronto-parietale, pesantezza della testa, brividi). Dopo 10 giorni, il medico ha osservato che il decorso non era favorevole, persistendo la sintomatologia infettiva; ha pertanto inviato l'assicurata dal dr. per un consulto specialistico.

Il 18 ottobre 2004 il dr. med. , specialista FMH malattie orecchio-naso-gola e chirurgia cervico-facciale, ha confermato la diagnosi di pansinusite ed ha proceduto con una terapia locale decongestionante e con una cura di corticoisteroidi, poiché l'attrice aveva forti dolori nella regione mascellare e frontale e l'occlusione completa del naso (doc. C). Siccome non v'era alcun miglioramento, l'assicurata è stata ricoverata all'Ospedale di per una terapia antibiotica endovenosa ed il 14 novembre 2004 è stata operata d'urgenza dallo specialista per deviazione del setto nasale, sinusite acuta destra in paziente con sinusite cronica bilaterale mediante un intervento di settoplastica e etmoidectomia micro e endoscopica anteriore bilaterale (doc. D).

La TAC eseguita dal dr. med. , primario di radiologia presso il summenzionato ospedale, nei primi giorni di dicembre 2004 non ha riscontrato dei miglioramenti; anzi, nel corso del mese i dolori frontali sono peggiorati e sono comparsi gli acufeni all'orecchio destro. Ad inizio anno, temendo un'infezione recidivante, il medico curante ha sottoposto l'assicurata ad una nuova cura antibiotica, che ha migliorato lievemente i dolori, mentre i problemi con l'udito e le orecchie chiuse e con acufeni persistevano.

Con il peggioramento della funzione uditiva, il 31 gennaio 2005 il medico curante ha interpellato lo specialista, il quale il 4 febbraio ha proceduto a controllare l'udito dell'attrice e ad accertare un'ipoacusia sensorineurale bilaterale relativamente importante (soglia uditiva orecchio destro: 45dB, orecchio sinistro: 60dB), probabilmente definitiva, tanto da necessitare delle protesi acustiche (doc. N).

Il 25 ed il 26 marzo 2005 l'assicurata è stata nuovamente ricoverata d'urgenza presso il citato nosocomio, ma questa volta per dolori retrosternali di origine extra-cardiaca nell'ambito di un iniziale stato depressivo (doc. T).

La TAC cerebrale e facciale del 15 aprile 2004 era invece nei limiti della norma, evidenziando un parziale miglioramento della sinusite (doc. 7).

Il 17 maggio 2005 l'assicurata ha discusso con lo specialista della possibilità di utilizzare delle protesi acustiche, poiché non sopportava più questa situazione anomala di disagio che l'ha perfino portata a sviluppare uno stato di depressione reattiva e delle palpitazioni, per le quali ha seguito un'apposita terapia (doc. T). Come ha chiarito nel suo rapporto finale del 27 dicembre 2005 (doc. 12), il dr. med. ha indicato che l'interessata soffriva di ipoacusia bilaterale che ha comportato, per quest'ultima, la necessità di portare delle protesi acustiche dall'ottobre 2005, che a quel momento la sinusite non era attiva e che negli ultimi sei mesi non ha attestato un'incapacità lavorativa. Pendente causa lo specialista ha precisato che *"tra l'inizio di marzo e la fine di maggio 2005 lamentava forti disturbi all'orecchio interno con acufene e perdita dell'udito che hanno reso necessario adattare 2 protesi acustiche. In queste condizioni la paziente non era abile al lavoro anche se io non ho rilasciato alcun certificato dato che la paziente diceva di essere già in malattia dal suo medico curante. I disturbi sono lentamente regrediti sotto cura medicamentosa e con le protesi acustiche è stato raggiunto un livello uditivo accettabile."* (doc. Vbis).

Su precisa richiesta dell'assicuratore, visti i referti del medico curante e dello specialista, in particolare il rapporto medico sull'incapacità lavorativa del 4 febbraio 2005 (doc. 5), l'attrice si è sottoposta ad una valutazione medico-fiduciaria presso il dr. med. , specialista FMH in medicina interna (doc. 6). Quest'ultimo ha brevemente illustrato l'anamnesi, i sintomi (rinite cronica con cefalea), il reperto attuale (l'attrice si soffiava ripetutamente il naso durante la visita e soffriva di cefalea cronica), la diagnosi (stato dopo settoplastica e ermoidectomia per pansinusite), l'incapacità lavorativa (a quel momento inabile al 100%, anche se, a suo avviso, una pansinusite non doveva giustificare un'inabilità lavorativa del 100%), la prognosi (buona), la terapia attuale (niente di particolare), le proposte (nessuna) e le osservazioni (abile al 100%, siccome i medici curanti non hanno indicato una malattia sistemica o un'altra causa internistica grave all'origine della pansinusite), concludendo per una capacità lavorativa totale sin da subito.

Come visto, successivamente a questo referto che la considerava perfettamente abile al lavoro, l'attrice ha invece prodotto il 23 maggio 2005 due nuovi certificati (docc. H e I), che attestavano la sua incapacità lavorativa totale fino al 31 maggio 2005. Sulla scorta di queste circostanze, l'assicuratore ha fatto esaminare l'intera documentazione medica ad un altro medico fiduciario, il dr. med. , il quale il 23 giugno 2005 (doc. 8) si è espresso confermando la presa di posizione di Y del 22 marzo 2005, a motivo che i citati certificati dei due medici ticinesi non presentavano una motivazione medica atta a prolungare l'incapacità lavorativa dell'assicurata.

Un'ulteriore obiezione di quest'ultima sulle sue presunte buone condizioni di salute ha portato l'assicuratore a chiedere un nuovo parere al dr. med. , il quale il 12 dicembre 2005 (doc. 10) ha ribadito che *"la presenza di acufeni e un ipoacusia non dovrebbe comportare inabilità quale assistente di cure"* e che *"La TAC cerebrale eseguita il 15.4.05 è risultata perfettamente normale, senza segni per sinusite acuta."* Di conseguenza, ha concluso riaffermando *"la mia precedente presa di posizione e ritengo che la paziente avrebbe potuto lavorare dal 1.3.05 al 100%."*

A questa conclusione è nuovamente giunto pure il medico di fiducia dell'assicuratore dr. med. (doc. 11), per il quale non v'erano motivi medici chiaramente menzionati dai medici curanti per continuare ad ammettere un'incapacità lavorativa totale.

L'assicuratore ha di conseguenza confermato la condizione di abilità totale dell'attrice dal 1° marzo 2005, non avendo la stessa presentato elementi clinici rilevanti tali da far supporre un peggioramento delle sue condizioni di salute (docc. O e S).

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 entrambi i medici curanti, medico chirurgo rispettivamente specialista in malattie orecchie-naso-gola (ORL) e chirurgia cervico-facciale, hanno escluso che l'attrice potesse continuare a svolgere il proprio lavoro di assistente di cure fintanto che l'interessata lamentava dolori alle orecchie (possibili otiti con acufeni) e sensibile perdita dell'udito (ipoacusia), l'internista che l'ha visitata il 1° marzo 2005 per conto dell'assicuratore ha invece affermato che l'assicurata poteva riprendere sin da subito la sua normale attività lavorativa e che già un periodo d'inabilità lavorativa di 3 mesi e mezzo per una pansinusite gli era sembrato eccessivo.

Analizzando più nel dettaglio i singoli certificati medici, si osserva che il primo rapporto del 18 ottobre 2004 (doc. C) del medico specialista appare stringato, esponendo in modo sintetico l'anamnesi, l'esame clinico e la valutazione con consigli per aiutare l'assicurata. In un successivo referto egli ha poi descritto attentamente il procedere dell'intervento a cui ha sottoposto l'attrice il 14 novembre 2004 (doc. D). Il parere del 4 febbraio 2005 (doc. N) ricalca invece la metodologia d'esposizione del primo. Anche il rapporto medico sull'incapacità lavorativa (doc. 5), di pari data ma compilato dal medico curante, è succinto, anche perché egli si limita a rispondere, nel poco spazio a disposizione, ai quesiti sottopostigli dall'assicuratore.

La perizia affidata al medico fiduciario di Y (doc. 6) non si scosta dall'impostazione delle precedenti esposizioni, siccome anch'essa, come visto, si riduce ad una paginetta scarsa nel primo parere ed a mezza pagina nel complemento (doc. 10). Le opinioni — di carattere generale - del secondo medico di fiducia, dr. _____, sono addirittura riassunte in sole tre-quattro righe.

Soltanto i certificati medici del 17 febbraio 2006 (doc. Vbis) del dr. med. _____ e del 4 marzo 2006 (doc. T) del dr. med. _____ appaiono più espliciti e descrittivi, anche se allestiti pendente causa e quindi una volta che l'assicurata era guarita.

Tutto ben considerato, a mente del TCA, sebbene tutti i referti agli atti siano succinti nelle loro descrizioni, i pareri dei medici curanti, insieme ai risultati delle diverse TAC eseguite da un radiologo, appaiono più approfonditi dal profilo medico pronunciandosi infatti su specifiche patologie e sintomatologie mediche, quindi più affidabili dal punto di vista tecnico rispetto a quelli allestiti dai due medici fiduciari dell'assicuratore. Inoltre, non va dimenticato, il dr. med. _____ è specialista in ORL, mentre il dr. med. _____ è internista.

Come illustrato, inoltre, sia il medico curante sia lo specialista hanno personalmente visitato l'attrice più volte (11 visite presso il medico curante, 6 valutazioni presso lo specialista ORL), la quale si è pure sottoposta a 3 TAC facciali ed 1 TAC cerebrale presso il servizio di radiologia dell'Ospedale _____ di _____ (doc. T). Per contro, il medico fiduciario ticinese ha visitato l'assicurata soltanto una volta, mentre il collega svizzero tedesco ha addirittura espresso il proprio parere sulla base

soltanto della documentazione medica cartacea messi a disposizione.

Sulla scorta degli elementi medici riscontrati, i curanti hanno potuto formulare la propria diagnosi e valutare come procedere medicalmente, pronunciandosi anche sulla necessità di ulteriori cure e di misure terapeutiche che potevano alleviare i dolori persistenti di cui soffriva l'attrice anche dopo il decorso post-operatorio. Proprio questi disturbi hanno fatto sì che il curante si pronunciasse a sfavore di una ripresa di qualsiasi attività lavorativa, essendoci un concreto rischio d'insorgenza di complicazioni (doc. 5).

La prova del manifestarsi di queste ulteriori difficoltà è data dal fatto che l'assicurata ha dovuto ricorrere a due protesi acustiche definitive (doc. Vbis).

Valutati quindi tutti i rapporti medici agli atti, la scrivente Corte ritiene che le constatazioni oggettive formulate dal medico curante e dallo specialista in ORL a cui l'attrice si è affidata per la cura dei suoi disturbi siano più complete, più convincenti e più esaurienti dei pareri dei medici fiduciari dell'assicuratore, e di potersi pertanto attenere e fare affidamento sulle conclusioni che il dr. med. , ma anche il dr. med. , hanno tratto.

Non è infatti difficile credere che le sofferenze patite dall'assicurata, così come descritte nei vari referti medici, sia prima dell'intervento di settoplastica e di etmoidectomia micro e endoscopica anteriore bilaterale, sia durante il decorso post-operatorio, l'abbiano impedita d'esercitare la sua attività lucrativa di assistente di cure. Inoltre, non v'è chi non veda come il rischio di complicazioni e la sospetta otite post-operatoria (doc. 5), poi purtroppo concretizzatasi con la perdita dell'udito necessitante perfino di due protesi acustiche definitive dall'ottobre 2005, esigevano indubbiamente per l'interessata la realizzazione di condizioni di vita favorevoli.

Appare quindi più che giustificato che, dato il persistere dei dolori alle orecchie e della rinite, la stessa dovesse stare tranquilla ed evitare sforzi eccessivi. Tanto più che la sua attività la portava a contatto con persone anziane e malate. Pertanto, le sue condizioni di salute avrebbero potuto nuocere tanto alle sue pazienti, infettandole (va ricordato che perfino durante la visita medico-fiduciaria l'assicurata continuava a soffiarsi il naso), quanto a se stessa, peggiorando il suo stato di salute (a quel momento, il 1° marzo 2005, l'attrice soffriva ancora di cefalea cronica).

Inoltre, sebbene non vi siano ulteriori certificati medici in questo senso — ma non v'è motivo di dubitare delle affermazioni presentate dal suo medico curante -, va comunque osservato che i problemi di salute che hanno afflitto l'attrice sull'arco di diversi mesi l'hanno addirittura portata nel marzo 2005 ad essere ricoverata d'urgenza per due giorni presso l'Ospedale di per dolori retrosternali di origine extra-cardiaca nell'ambito di un iniziale stato depressivo. Questa problematica ha dato inoltre luogo all'avvio di un'apposita terapia per le palpitazioni e la depressione (doc. T).

Tutti questi episodi, d'avviso della scrivente Corte, giustificano lo stato di cose secondo cui l'attrice era inabile al lavoro anche nei mesi di marzo, aprile e maggio 2005 e che la medesima va dichiarata nuovamente capace di svolgere l'attività d'assistente di cure soltanto dal 1° giugno 2005.

In questo senso, la valutazione effettuata dall'assicuratore di interrompere il versamento di indennità giornaliera a far data dal 1° marzo 2005 si rivela essere errata.

Stando così le cose, la petizione deve essere accolta ed all'attrice, siccome rappresentata da un legale, l'assicuratore verserà congrue indennità per ripetibili.

7. Da ultimo, l'attrice ha chiesto di esperire una perizia neutra sul suo stato di salute. Questa richiesta può essere evasa negativamente alla luce dell'esito della petizione.
8. 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 giornaliera che l'assicuratore dovrebbe versare all'attrice a dipendenza della sua incapacità di lavoro per malattia durante i mesi di marzo, aprile e maggio 2005. Ritenuta un'indennità giornaliera di Fr. 80.-, con la propria petizione XXXX pretende un importo che non supera i citati Fr. 8'000.-, perciò non sono 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 **accolta**.
§ Y Assicurazioni SA è condannata a versare all'attrice le indennità giornaliere per perdita di guadagno di sua spettanza anche durante i mesi di marzo, aprile e maggio 2005, a dipendenza del contratto assicurativo stipulato il 1° luglio 2004.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Y Assicurazioni SA verserà all'attrice unnnità per ripetibili di Fr. 2'000.-, IVA inclusa.
3. Intimazione alle parti e all'UFAP, Berna.

Per il Tribunale' cantonale delle assicurazioni
Il giudice

Ivano Ranzanici



Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

-5 OTT. 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI