

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 20 dicembre 2005 di

XXXX,
rappr. da: aw. Xxx ,

contro

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

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Dal 17 ottobre 2003 XXXX , 1950, fisioterapista titolare di due studi, è stato inabile al lavoro al 50% fino al 6 dicembre 2004, quando per un periodo di sette giorni l'inabilità è stata totale; dal 13 dicembre 2004 è tornata ad essere del 50% fino al 7 febbraio 2005. Da quel momento in poi, la sua incapacità lavorativa si è fissata in sostanza al 60%, con un paio di picchi al 100%, per terminare al 90% dal 28 settembre al 16 ottobre 2005 (doc. D), ovvero con la scadenza del diritto alle prestazioni in virtù del rinnovo del contratto collettivo d'indennità giornaliera con (d o c c . A e 1 - 3) .

L'assicurato ha immediatamente annunciato la sua inabilità a _____, che è succeduta in diritto al precedente assicuratore, chiedendo il versamento delle prestazioni di sua spettanza a dipendenza della polizza (Fr. 300.- al giorno dopo 60 giorni d'attesa per 670 giorni per un'inabilità lavorativa di almeno il 50%).

- B. Eccetto uno (doc. 18), tutti i diversi medici che l'assicurato ha consultato l'hanno posto di volta in volta in incapacità lavorativa almeno del 50%, e ciò ininterrottamente fino all'introduzione della presente petizione. Sulla scorta di questi certificati medici l'assicurato ha preteso che gli venissero riconosciute le prestazioni di sua spettanza, ma già con scritto del 19 luglio 2004 (doc. 21) l'assicuratore ha rifiutato di versargli quanto richiesto dal 1° luglio precedente, ritenendolo abile al lavoro almeno al 70%. L'11 ottobre 2004 (doc. 32) _____ e l'8 agosto 2005 (doc. 42) Y Assicurazioni SA, che ne ha ripreso le polizze (doc. C), esaminati gli ulteriori referti medici prodotti dall'assicurato, hanno ribadito che dal 1° luglio 2004 XXXX era in grado di svolgere la propria attività di fisioterapista indipendente nella misura *superiore al 50%*.

Riassumendo, l'assicuratore ha assunto il caso versando delle indennità giornaliera per perdita di guadagno al 50% dal 17 dicembre 2003 al 30 giugno 2004, ed al 100% dal 6 al 12 dicembre 2004, rispettivamente dal 9 all'11 marzo 2005 e dal 4 luglio al 15 settembre 2005, per un importo totale di Fr. 54'750.-.

- C. Con petizione del 20 dicembre 2005 (doc. I) XXXX, patrocinato dall'aw. Xxx, ha postulato la condanna dell'assicuratore Y al versamento di Fr. 72'450.- per prestazioni assicurative per perdita di guadagno non corrisposte sostanzialmente *dal 1° luglio 2004* in poi, malgrado la sua certificata durata incapacità lavorativa di almeno il 50%. La somma richiesta corrisponde alla differenza fra le indennità giornaliera che l'assicuratore, a suo dire, avrebbe dovuto versargli (Fr. 12T220.-) per 670 giorni di inabilità lavorativa superiore al 50% dal 17 dicembre 2003 al 16 ottobre 2005, e l'importo effettivamente corrisposto dal convenuto (Fr. 54'750.-).

Sulla scorta del parere del 3 gennaio 2006 (doc. 48) del dr. med. _____, suo medico di fiducia, l'assicuratore malattia ha negato di dover alcunché all'attore, avendo quest'ultimo la possibilità di aumentare il suo grado di abilità lavorativa almeno oltre il 50% semplicemente lavorando 5 minuti in più al giorno.

Nell'ipotesi dell'accoglimento della petizione, il convenuto ha osservato che la pretesa creditoria andrebbe comunque ridotta di Fr. 4'260.- (doc. III).

Il ricorrente non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. V), mentre il TCA ha richiamato l'incarto dell'Ufficio assicurazione invalidità e la relativa decisione di rifiuto di concessione di rendita AI che l'UAI ha emesso il 26 luglio 2007 (docc. VIII-XIV).

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. L'attore ha contestato il grado di capacità lavorativa calcolato da Y dal 1° luglio 2004 in poi (superiore al 50%, quindi la sua incapacità lavorativa è inferiore al 50% richiesto dalla sua polizza assicurativa), sostenendo che la miopia, i dolori alle spalle, specialmente alla sinistra, alle mani e alle ginocchia che lo affliggevano sin dal 1997, a cui si sono aggiunti quelli all'anca sinistra a seguito di un trauma nel maggio 2004, lo limitavano considerevolmente nello svolgimento della sua attività di fisioterapista; dapprima al 50%, successivamente con un grado che, in alcuni periodi, ha raggiunto anche il 100%.

Un'interruzione al 30 giugno 2004 del versamento delle indennità per perdita di guadagno non sarebbe pertanto giustificata. Alla luce delle attestazioni mediche prodotte, parte attrice ha postulato quindi la continuazione - fino al 16 ottobre 2005 - della concessione di un'indennità giornaliera conformemente ai gradi di incapacità lavorativa certificati dagli esperti che l'hanno avuto in cura.

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 contratto assicurativo sottoscritto dall'attore deroga espressamente a questa condizione, contemplando che solo l'incapacità lavorativa pari almeno al 50% dà diritto alle prestazioni calcolate in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa (doc. A). Questo aspetto non è contestato.

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'attore, va osservato come per primo il dottor _____, attivo presso il reparto di chirurgia ortopedica della Clinica di _____, abbia attestato un'inabilità del 50% dal 17 ottobre 2003 al 31 gennaio 2004 (docc. 6 e 9).

Il dottor _____, specialista FMH in medicina interna e curante dell'attore già dal giugno 2003, per il periodo dal 27 -

gennaio al 31 maggio 2004 ha certificato un'incapacità lavorativa del 50% (docc. 10, 12-15). Nell'attestato medico sull'incapacità lavorativa redatto il 4 marzo 2004 (doc. 13) all'indirizzo del precedente assicuratore, lo specialista ha diagnosticato una periartropatia omero-scapolare bilaterale grave; incipienti alterazioni degenerative; lesione SLAP 3 destra glenoide superiore; distacco caput brevis bicipite destro. Le cure conservative adottate non hanno portato ad alcun miglioramento, tanto che sia una ripresa dell'attività di fisioterapista sia un aumento della stessa sono stati negati dal curante.

Quest'ultimo ha richiesto un consulto specialistico al dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, malattie reumatiche e medicina manuale, il quale ha diagnosticato un'iniziale gonartrosi bilaterale delle ginocchia, una periartropatia omero/scapolare sinistra con piccola lesione di tipo Slap e delle artralgie. Valutati questi elementi, lo specialista ha concluso di non avere *"elementi per una malattia reumatologica infiammatoria, ma per delle alterazioni degenerative, in particolare alle ginocchia e alla spalla. (...). Per le ginocchia si potrebbe pensare eventualmente a una terapia con acido ialuronico intrarticolare. Per il momento non vedo indicazioni per protesi totale. Alla spalla si potrebbe procedere con infiltrazioni intrarticolari. Ho attestato un'inabilità lavorativa del 50% per il mese di giugno, ma ritengo che a partire da metà luglio il paziente potrà essere abile almeno al 70% quale fisioterapista"* (sottolineatura della redattrice) (doc. 18).

Nell'attestato medico dell'8 luglio 2004 (doc. 20) trasmesso all'assicuratore, che riprende quanto appena descritto, il dottor _____ ha osservato che l'attore avrebbe potuto riprendere a lavorare al 100% e consigliava una visita peritale di fiducia dal
d o t t o r

Non soddisfatto della visita esperita presso il precedente dottore, l'attore si è rivolto al dr. med. _____, il quale l'ha inviato dal dr. med. _____ per un ulteriore consulto. Quest'ultimo l'ha avuto in cura dal 19 luglio al 30 agosto 2004 ed il 13 settembre 2004 (doc. 29), su invito dell'assicuratore, si è pronunciato sullo stato di salute dell'assicurato confermando il grado d'inabilità lavorativa del 50% come fisioterapista indipendente come già attestato dal medico curante dr. _____. Specialista FMH in reumatologia, medicina interna e manuale SAMM, il dottor _____ ha posto la diagnosi di perioartropatia omeroscapolare bilaterale in a) sospetta rottura del labbro anterosuperiore, forte sospetto per piccola frattura tipo Hill-

Sachs all'intersezione del muscolo del tendine infraspinato a destra; b) noto distacco del labbro glenoidale superiore così come dell'intersezione del tendine del capo lungo del bicipite (lesione SLAP III) a sinistra; minima poliatrosi delle dita; coxalgia a sinistra in esito da trauma contusionale dell'anca sinistra il 7 maggio 2004 e minime gonartrosi bilaterali. Il medico ha esposto l'anamnesi familiare e quella recente dell'attore, i risultati dell'esame reumatologico del 19 luglio 2004 sulla colonna vertebrale e sulle articolazioni periferiche, e dell'esame neurologico. Ha inoltre descritto gli esiti della risonanza magnetica con mezzo di contrasto e artrografia della spalla destra del 10 agosto 2004, della radiografia delle mani bilaterali a/p del 31 agosto 2004, della risonanza magnetica dell'anca del 9 agosto 2004 e della scintigrafia ossea trifasica del 7 settembre 2004. Esposti tutti questi elementi nel dettaglio, lo specialista ha pronunciato la propria valutazione nei termini seguenti:

"(...) riconosciamo una piccola rottura a carico del labbro anterosuperiore, una piccola lesione tipo Hill-Sachs con presenza di cisti degenerative a livello dell'intersezione del tendine infraspinato ed un'artrosi acromeo clavare moderata, a destra. La spalla sinistra (...) mostra segni di artrosi dell'articolazione acromeo clavare, un distacco manico di secchio del labbro glenoidale superiore così come dell'intersezione del tendine del capo lungo del bicipite. Rimanendo le algie alle spalle non influenzabili alle misure fisiatriche già eseguite da questo paziente, l'ho annunciato per una valutazione specialistica dall'ortopedico della spalla Dr. a . Per i dolori lamentati a singole articolazioni delle dita con gonfiori, non trovo all'esame clinico, radiologico o scintigrafico, una spiegazione, in particolare una sinovite; (...) Alle stesse riconosco all'esame clinico-radiologico, minime alterazioni poliartrrosiche. (...) la mobilità delle anche appare simmetrica, dolori a fine corsa all'inguine sinistro alla rotazione esterna; alla risonanza magnetica dell'anca sinistra del 9.8.2004 non vi sono patologie di rilievo; (...). Anche per i dolori pararotulei e posteriori alle ginocchia bilaterali che appaiono al risveglio, progressivamente camminando specialmente in salita, non trovo dei correlati strutturali sufficienti: le ginocchia sono stabili, senza segni meniscali, la mobilità passiva è simmetrica indolore, (...), strutture legamentarie normali, (...). Il paziente non riesce a capire come mai soffra di dolori così invalidanti, (...). L'intensità dei sintomi gli impedisce di poter continuare a lavorare come fisioterapista oltre il 50%. (...). "

A quest'ultimo proposito, il dottor ha consigliato l'attore di sottoporsi ad una visita di seconda opinione presso il Policlinico di reumatologia dell'Ospedale_____di

Il 7 ottobre 2004 (doc. E) il dr. med. , operante presso la citata clinica ortopedica, ha posto la diagnosi di lesione del labbro ventro-craniale ad ambedue le spalle; periartropatie coxe

a sinistra, con sospetta lesione labbrale. Clinicamente, a livello dell'anca sinistra la funzione era quasi completa, dolorante solo a fine corsa delle rotazioni. II medico ha certificato un'incapacità lavorativa del 50%.

Dal 6 al 12 dicembre 2004 l'assicurato è stato degente presso la precitata clinica di reumatologia ed in questo periodo l'incapacità lavorativa era ovviamente del 100%. 11 10 dicembre 2004 (doc. 35) il dr. med. _____ ha diagnosticato una miopatia di non chiara eziologia - per la quale il 10 marzo 2005 (doc. 37) è stata esperita una biopsia del muscolo -, una lieve gonartrosi bilaterale e dolori alle spalle, accentuati su quella sinistra.

Il primo medico interpellato dall'allora assicuratore dr. med. _____, specialista in chirurgia, dopo aver analizzato l'intera documentazione medica raccolta fino a quel momento, l'8 luglio 2005 (doc. 38) ha commentato che l'esito della biopsia muscolare non modificava la presa di posizione dell'assicuratore riguardo ad una capacità lavorativa dell'attore superiore al 50%.

II 4 luglio 2005 (doc. 41) l'assicurato si è sottoposto ad un intervento chirurgico alla spalla sinistra presso la Universitätsklinik _____ di _____ e fino al 15 settembre successivo è stato dichiarato inabile al 100% (docc. 43 e 45).

I diversi controlli postoperatori (doc. 45) hanno confermato un'inabilità totale dal 4 luglio al 15 settembre 2005.

Nel dicembre 2005 (doc. 46) l'assicurato ha informato la convenuta che dall'aprile precedente era in cura presso la psichiatra dr. med. _____, ma di quest'ultima non ha prodotto alcun certificato medico attestante un'inabilità lavorativa.

Su invito di Y, il 3 gennaio 2006 (doc. 48) il secondo perito, dr. med. _____, specialista FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, si è pronunciato sullo stato di salute dell'attore basandosi sia sulle constatazioni cliniche emerse durante una visita personale esperita il giorno precedente, sia sui certificati medici allestiti dai numerosi medici che già l'avevano avuto in cura. Lo specialista ha posto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, attuale dell'assicurato, ha analizzato i dati soggettivi dell'attore riguardo ai disturbi concernenti le spalle, le ginocchia e l'anca sinistra, ha fatto delle constatazioni obiettive portanti sullo stato generale dell'assicurato, sullo stato reumatologico, sullo stato neurologico

periferico e sulla radiologia eseguita. La sua diagnosi è la seguente: esiti da revisione artroscopica della spalla sinistra (5 luglio 2005) con refissazione del labbro, bursectomia ed acromioplastica per lesione SLAP di II con impingement; attualmente limitazioni funzionali moderate di natura algica; lieve sindrome d'attrito sottoacromiale alla spalla destra in presenza di alterazioni degenerative del labbro superiore e sospetto stato da lesioni Hill-Sachs (secondo artro-RM del 10 agosto 2004); coxalgia a sinistra con/da iniziale coxartrosi ed impingement in presenza di una degenerazione del labbro in zona anterosuperiore; iniziale poliartrosi delle dita; possibile miopatia di eziologia non chiara; patologia psichiatrica in trattamento specialistico.

Nella sua valutazione conclusiva, il medico interpellato ha osservato che *"Le indagini in merito ad una causa più specifica della sintomatologia poliarticolare sono rimaste senza chiaro esito ad eccezione di un sospetto di miopatia espresso dal Servizio di Reumatologia dell' di in base a reperti di significato dubbio, rispettivamente ritenuti ancora ai limiti del fisiologico (...). Le ripetute indagini in merito ad un'eziologia infiammatoria del quadro sono risultate negative (...). Unico dato oggettivo sono alterazioni degenerative discrete riscontrate nelle articolazioni interfalangeali distali e prossimali delle mani (...) rispettivamente del ginocchio destro (...). Quale ulteriore patologia è stata riscontrata una degenerazione del labbro acetabulare dell'anca sinistra (...).*

Le limitazioni funzionali con ripercussioni sulla capacità lavorativa sono quelle della spalla sinistra. La riduzione dei movimenti rotatori dell'anca sinistra dovuta alla patologia degenerativa del labbro e della cartilagine non impedisce il paziente in maniera significativa per le mansioni del suo lavoro non essendoci alcuna riduzione oggettiva della funzionalità. I disturbi soggettivi riferiti di tipo poliarticolare non hanno un impatto sulla capacità fisica non essendoci alcuna riduzione oggettiva della funzionalità. Con il braccio sinistro il paziente è al momento limitato nell'alzare pesi sopra l'altezza di un tavolo (capacità ridotta), nello spingere o tirare oggetti (leggeri e di precisione: normale; medi: ridotta, pesanti: da evitare), nell'effettuare movimenti ripetitivi che coinvolgono la spalla in elevazione od in abduzione maggiore di 30° (ridotta) e nel lavorare con il braccio sopra l'orizzonte (molto ridotta).

Nelle condizioni attuali ritengo il signor X)00(abile nella sua professione di fisioterapista nella misura del 60.6% (2/3) inteso come rendimento ridotto (con una riduzione del numero di trattamenti al giorno). Le ndizioni attuali non sono quelle

definitive, essendoci la buona probabilità di un ulteriore miglioramento della funzionalità della spalla sinistra. Con un programma riabilitativo regolare che il paziente potrà svolgere in forma autonoma (...) prevedo un aumento della capacità lavorativa ad un massimo di 80% raggiungibile entro 3 mesi circa. Poco probabile risulta invece che il paziente possa raggiungere una capacità lavorativa completa e duratura. (...)." (sottolineature della redattrice). Il medico fiduciario ha specificato che la sua valutazione non teneva comunque conto degli aspetti psichiatrici emersi alcuni mesi prima.

5. Nel corso del 2004 (doc. 27) l'attore ha formulato richiesta per ottenere una rendita AI e pendente causa il TCA ha richiamato dall'UAI l'intera documentazione (docc. IX e XIV).

L'UAI ha acquisito gli atti medici esposti in precedenza, poi il 30 maggio 2005 ha chiesto un parere al dr. med. che ha attestato, come nel 2004, un'incapacità lavorativa del 50% ed ha evidenziato, su indicazione dell'assicurato stesso, problematiche psichiatriche (doc. XIV).

Con scritto del 13 giugno 2005, giunto però solo il 21 settembre seguente, l'Amministrazione ha chiesto alla dr. med. un parere psichiatrico sul suo paziente, la quale ha attestato che dal 21 aprile 2005 l'attore era inabile al 50% per motivi psichici. A dire della specialista, la diminuzione della concentrazione e dello slancio vitale non renderebbero più proponibile né l'attività attuale né altre attività (doc. XIV).

Il 22 settembre 2005 (doc. IX) l'UAI ha deciso di sottoporre l'assicurato a verifiche mediche presso il Servizio accertamento medico (SAM). I giorni 17, 21 e 22 febbraio 2006 e 6, 8 e 29 marzo 2006 (doc. XIV) l'attore è stato sottoposto ad accertamenti pluridisciplinari ambulatoriali presso l'Ospedale. Oltre agli esami di laboratorio e radiologici, il SAM ha chiesto dei consulti (esterni) psichiatrici, reumatologici, neurologici ed oftalmici.

Nel rapporto peritale pluridisciplinare allestito il 31 maggio 2006 (doc. XIV) e ricevuto dall'UAI il 13 giugno 2006, il SAM ha posto la diagnosi di disturbo dell'umore affettivo persistente F 34,8, di periartropatia omeroscapolare tendinotica alle spalle bilateralmente con/su: più accentuale a sinistra; pregressa riparazione SLAP III, borsettomia e acromioplastica sinistra per via artroscopica, di poliatrosi alle dita delle mani con soprattutto interessamento delle articolazioni interfalangee prossimali.

Esponendo le conclusioni dei diversi consulti, il SAM ha evidenziato che il dr. med. ha indicato che i disturbi dell'attore sono in gran parte reattivi alla sua situazione. I sintomi non sono sufficientemente gravi per poter diagnosticare una ciclotimia, una distimia, una depressione ricorrente, ma "solo" un disturbo dell'umore affettivo persistente. Dal profilo psichiatrico, l'assicurato presentava un'"inabilità lavorativa del 20%, con un'evoluzione favorevole.

Dal profilo reumatologico, il dr. med. , specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, ha ammesso un grado di incapacità lavorativa nella sua attività professionale di fisioterapista indipendente del 40%. In altre attività professionali, dove non deve tenere le braccia alzate sopra l'orizzontale o alzarle ripetutamente sopra gli 80°, non deve fare forza con le braccia e con le mani, lo specialista ha accertato una capacità lavorativa medico-teorica superiore, che può raggiungere l'80%. Il neurologo dr. med. non ha trovato nulla di patologico, perciò l'attore presentava una capacità lavorativa piena.

Infine, la dr.ssa ha riscontrato un'atrofia bilaterale del nervo ottico, che però non impedisce di svolgere l'attività di fisioterapista dal profilo oftalmico.

La valutazione medico-teorica globale dell'attuale (al 31 maggio 2006) capacità lavorativa dell'attore, secondo il SAM, è del 60% come fisioterapista.

Quali conseguenze sulla capacità lavorativa, valutate tutte le perizie pluridisciplinari, il SAM ha concluso che l'assicurato è limitato nella sua attività di fisioterapista principalmente per il problema reumatologico quando deve mantenere una posizione statica per lungo tempo con le braccia alzate, quando deve fare forza con le braccia o quando deve alzarle al di sopra degli 80° bilateralmente; inoltre, ha problemi alle mani quando deve stringere fortemente il pugno. Dal lato psichiatrico, secondo il SAM, l'assicurato è solo minimamente limitato, mentre dal profilo neurologico non v'è nessun impedimento, così pure per i problemi alla vista, a continuare ad esercitare l'attività di fisioterapista.

Ritenute tutte queste patologie, l'attore ha una capacità lavorativa del 60% come fisioterapista (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto).

Riguardo alla capacità di integrazione, il SAM ha evidenziato che considerate le summenzionate patologie, l'attore raggiunge una capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma

con rendimento ridotto) in attività leggere e medie in cui non deve tenere le braccia al di sopra dell'orizzontale o alzarle ripetutamente sopra gli 80° ed in cui non deve fare forza con le braccia e con le mani. Deve inoltre trattarsi di un'attività in cui non sia necessaria una buona acuità visiva.

Da ultimo, il Servizio accertamento medico ha osservato che questa capacità lavorativa è sicuramente presente da parecchio tempo e che è stata interrotta solo da alcuni ricoveri ospedalieri.

Visto quanto esposto, il 14 giugno 2006 l'UAI ha affidato al Servizio Ispettorato un mandato d'inchiesta AI per indipendenti, incaricandolo di svolgere un'inchiesta economica poi eseguita il 31 agosto 2006 presso lo studio dell'attore. L'analisi esperita ha portato l'ispettore AI a concludere il 4 settembre 2006 (doc. IX) che, dal profilo lavorativo, *"al di là dell'asserito impegno ridotto di oltre il 50%, tenuto conto delle indicazioni mediche agli atti, con particolare riferimento al rapporto peritale SAM, all'interessato risulta esigibile una presenza sull'arco dell'intera giornata con un rendimento del 60%. Tenuto conto delle limitazioni fisiche evidenziate, e comunque della possibilità per il signor XXXX, favorito dal fatto di essere professionalmente indipendente, di poter gestire a suo piacimento gli appuntamenti, distribuendo gli impegni sull'arco della settimana, a dipendenza anche dal tipo di trattamento, con le necessarie pause e tempi di recupero, si ritiene che tale percentuale possa essere ritenuta consona."* Per il lato economico l'ispettore rinvia ad una tabella che ha allestito. Ha precisato, infine, che *"Al grado d'invalidità medico-teorico riconosciuto dal SAM fa riscontro una perdita economica — cfr. diminuzione della cifra d'affari e degli utili — per lo meno nella % in questione."*

L'Amministrazione ha quindi acquisito i certificati allestiti dai medici della Clinica in merito alle consultazioni dell'attore del 3 luglio 2006 e del 14 agosto 2006, quando si è sottoposto alla risonanza magnetica della spalla destra (doc. XIV).

Successivamente, l'UAI ha chiesto all'assicuratore malattia una distinta dei periodi di malattia per i quali esso ha versato delle indennità all'attore.

Sulla scorta degli elementi a disposizione (perizia SAM, perizia Ispettorato AI), il 26 marzo 2007 (doc. XIV) il medico SMR dr. ha valutato che l'impedimento fisico dell'attore lo rendeva incapace al lavoro quale fisioterapista nella misura del 40%.

Poi, al fine di determinare il grado d'invalidità dell'assicurato, il 23 aprile 2007 (doc. XIV) il responsabile del servizio ha individuato il reddito da sano dell'attore, ovvero prima che intervenisse il danno alla salute. In base alle tassazioni fiscali acquisite, l'UAI ha considerato per il 2004 — anno dell'eventuale diritto alla rendita AI — un reddito da valido di Fr. 57'000.-.

Nel rapporto finale del 9 maggio 2007 (doc. XIV) della consulente in integrazione professionale, poi ripreso nella proposta di decisione del 26 luglio 2007 (doc. XII), è stato effettuato il calcolo della capacità di guadagno residua. Ritenuto nel 2004 un reddito da valido di Fr. 57'000.- ed un reddito da invalido di Fr. 38'935.-, l'UAI ha ottenuto un grado d'invalidità del 32% $([Fr. 57'000.- - Fr. 38'935.-] \times 100 : Fr. 57'000.-)$, ossia una capacità di guadagno residua del 68%, valori, questi, che, anche adattati al 2005, non hanno permesso di erogare all'attore una rendita d'invalidità.

6. 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 25 aprile 2007 nella causa M.J., I 462/05; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., 1355/03, 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 aprile 2007 nella causa M.J., I 462/05; 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 25 aprile 2007 nella causa M.J., 1462/05STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., 1355/03, consid. 5).

Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. concernente un caso di Assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione:

y...)

3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175)- et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise.

La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). fi n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)"

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 aprile 2007 nella causa M.J., I 462/05; 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.

7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il SAM nell'ambito degli accertamenti medici pluridisciplinari eseguiti su invito dell'Amministrazione. Questo Servizio ha infatti valutato compiutamente tutta la documentazione medica allestita negli anni agli atti del TCA ed ha fatto visitare l'attore da specialisti, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità dell'assicurato di esercitare la sua abituale attività di fisioterapista nella misura del 60%.

Infatti, rammentate le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici curanti degli assicurati (cfr. in proposito consid. 6; il giudice deve tener conto del fatto che il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente), va comunque evidenziato come le loro attestazioni sono state prese in considerazione sia dai medici fiduciari, sia dai periti, sia ancora dai medici SMR e SAM (cfr., da ultimo, la presa di posizione del Dr. del 13 aprile 2007, doc. XIV).

Valutati quindi tutti i rapporti medici agli atti, la scrivente Corte ritiene che le constatazioni oggettive dei dr. med.

e del SAM, specialisti in materia, e del medico SMR, siano complete, convincenti ed esaurienti e di potersi quindi attenere e fare affidamento sulle conclusioni che entrambi questi Servizi hanno tratto.

In particolare, la perizia reumatologica effettuata sull'interessato comprende l'anamnesi familiare, personale remota e sociale, l'anamnesi e l'affezione attuale, lo status reumatologico, le radiografie, espone la diagnosi e valuta il grado di capacità di lavoro. Questo specialista è stato dunque completo e dettagliato nella sua diagnosi sull'assicurato.

Richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen

Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) — se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche **MEYER BLASER**, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221) — è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360, DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurato è abile al lavoro di fisioterapista nella misura del 60%, in altre parole è incapace al 40%. Questa conclusione va condivisa sin dal 1° luglio 2004.

Da ciò discende che, in virtù dell'art. 16 cpv. 2 CGA, a giusta ragione l'assicuratore ha negato all'attore ogni e qualsiasi prestazione oltre quella data — eccetto i periodi di attestata e comprovata inabilità totale dovuta ad interventi chirurgici, comunque già debitamente indennizzati -, siccome egli ha diritto ad indennità per perdita di guadagno soltanto se è inabile al lavoro almeno al 50%.

Non raggiungendo manifestamente questa percentuale, la petizione dell'attore deve essere di conseguenza respinta.

8. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a Fr. 30'000.-. Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma

dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti. Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, **BERNARD CORBOZ**, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In specie, il valore litigioso è rappresentato dalle indennità giornaliere che l'assicuratore dovrebbe versare all'attore dal 1° luglio 2004 in poi a dipendenza della sua incapacità di lavoro per malattia.

Ritenuto che l'attore ha contrattualmente diritto a 670 giorni d'indennità e che questo suo diritto è iniziato il 17 ottobre 2003 ed è terminato il 16 ottobre 2005, beneficiando di 281 giorni all'interno di questo periodo, l'importo che ancora gli spetterebbe raggiunge la soglia minima di Fr. 30'000.-.

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, sono dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al

Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

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. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
Contro il presente giudizio è dato ricorso al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione, come specificato nelle motivazioni.
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.

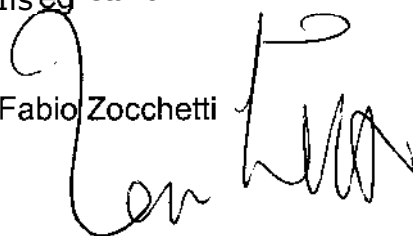
Per il Tribun. - cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzani



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

11 SET. 2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI