

Incarto n.
36.2008.18

Lugano
27 ottobre 2008

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 30 gennaio 2008 di

XXXX, _____
rappr. da: avv. Xxxx, _____

contro

A **Assicurazioni SA**, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. **XXXX**, nato nel 1960, il 9 luglio 2005 è stato vittima di un incidente stradale, riportando una distorsione cervicale con sviluppo di una sindrome cervicale e lombo-sacrale. L'assicuratore infortuni ha assunto il caso corrispondendo prestazioni fino al 17 marzo 2006 per i disturbi lombari accusati ed ha riconosciuto fino al 26 giugno 2006 l'esistenza del nesso di causalità naturale ed adeguato in relazione ai disturbi alla colonna cervicale, con conseguente versamento di indennità giornaliera al 50% (cfr. decisione su opposizione del 22 agosto 2006).

Pronunciandosi il 2 agosto 2007 (inc. n. 35.2006.86) in merito al ricorso del 21 novembre 2006 contro questa decisione su opposizione, il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni l'ha riformata stabilendo che il nesso di causalità naturale ed adeguato tra l'in-

fortunio del 9 luglio 2005 ed i disturbi al rachide lombare andava riconosciuto fino al 1° giugno 2006.

Nel giugno 2006 l'attore ha chiesto prestazioni dell'Al.

Il 15 ottobre 2007 (doc. N) l'assicurato ha richiesto all'assicuratore infortuni di riconoscergli *anche* le indennità di perdita di guadagno a seguito di malattia, siccome A Assicurazioni SA l'assicurava sia per gli infortuni sia per la perdita di guadagno.

- B. Con presa di posizione del 17 dicembre 2007 (doc. A) A Assicurazioni SA ha informato l'interessato che, dopo avere valutato l'incarto dell'assicurazione invalidità tramite il medico fiduciario, risultava giustificata dal luglio 2005 un'inabilità del 30% nell'attività lavorativa abituale di aiuto cuoco, ossia egli era da considerare abile al lavoro al 70% dal 29 luglio 2006. Pertanto, l'assicuratore gli riconosceva il diritto al versamento di prestazioni d'indennità giornaliera nella misura del 30% fino al 31 dicembre 2007, per complessivi Fr. 12'000,40. Per il diritto alle prestazioni dal 1° gennaio 2008, l'assicuratore l'ha invitato a produrre le necessarie attestazioni mediche.

Il 30 gennaio 2008 (doc. I) l'assicurato, patrocinato dall'avv. Xxxx, ha inoltrato una petizione al TCA con cui ha chiesto di ritenerlo completamente inabile al lavoro visti i pareri del suo medico curante e quindi di riconoscergli dal 1° luglio 2006 il diritto a percepire indennità per perdita di guadagno del 100%, dedotto il 30% già riconosciuto dalla controparte. Postulando, in via eventuale, l'allestimento di una perizia per chiarire la sua inabilità.

Con risposta del 20 febbraio 2008 (doc. III) l'assicuratore convenuto ha riconfermato la sua posizione fondata sulla perizia fatta esperire dall'Ufficio assicurazione invalidità.

- C. Pendente causa il TCA ha richiamato dall'UAI l'intero incarto (doc. V) e l'ha messo a disposizione delle parti (doc. XIV), le quali hanno potuto formulare osservazioni (docc. XV e XVII).

L'attore, oltre a produrre mensilmente il foglio per l'indennità giornaliera attestante la sua continua inabilità lavorativa del 100% (docc. XVIIbis, T ed U), ha chiesto al TCA di richiamare i certificati medici della dr.ssa _____ (doc. IX), documentazione che il Tribunale ha acquisito presso la specialista (docc. XXIII e XXIV) e che è stata poi messa a disposizione delle parti (docc. XXV e XXVI) per osservazioni (docc. XXVIII e XXIX).

considerato

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 (STF H 180/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003).

nel merito

2. Il TCA deve esaminare se dal 1° luglio 2006 l'attore ha diritto a delle indennità giornaliere del 100% per la perdita di guadagno subita a causa della malattia successivamente al passaggio dalla copertura collettiva all'individuale a seguito della disdetta del contratto di lavoro per il 30 aprile 2006 (doc. 42).

L'attore contesta il grado di capacità lavorativa ritenuto da A Assicurazioni SA (30%) dal 29 luglio 2006 al 31 dicembre 2007, chiedendo di ammettere invece un'inabilità totale dal 1° luglio 2006 in poi.

3. Il 1° luglio 2006 l'attore è passato all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera ..., che prevede una prestazione giornaliera di Fr. 83.- per una durata massima di 730 giorni, fermo restando un periodo d'attesa di 30 giorni (doc. 4). Per l'art. 6 delle Condizioni Supplementari d'Assicurazione (CSA) ..., assicurazione d'indennità giornaliera, nell'edizione del 1° luglio 2005 applicabile alla fattispecie, esiste il diritto alle prestazioni quando la perdita di guadagno è dimostrata e l'incapacità lavorativa è di almeno il 25%. C'è incapacità lavorativa quando la persona assicurata, in seguito a malattia o infortunio, è provvisoriamente o permanentemente incapace di esercitare la sua professione o un'altra attività lucrativa per lei accettabile. Un'altra attività è accettabile quando le relative conoscenze, le capacità e la posizione sono adeguate alla persona assicurata. Giusta l'art. 8.1 CSA, il diritto alle prestazioni inizia dopo la scadenza del periodo di differimento convenuto. Per l'art. 9.2 CSA, i giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono contati come giorni interi. L'indennità giornaliera viene corrisposta a partire da un'incapacità lavorativa parziale minima del 25% confermata dal medico, in proporzione al grado d'incapacità lavorativa (art. 10.1 CSA).

Il concetto di inabilità lavorativa di queste CSA riprende la definizione che il Tribunale federale 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. 1b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 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, 5C.176/1998, consid. 2c).

Ne discende che, 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. In caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata è obbligo dell'assicurato 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. In merito all'incapacità lavorativa dell'attore occorre ripercorrere gli interventi di diagnosi medica esperiti nel corso dei passati mesi, eseguiti da esperti in materia. Il 15 marzo 2006 (doc. 27) il dr. med. _____, FMH in chirurgia ortopedica, che ha esaminato l'assicurato, ed ha riscontrato assenza di contratture muscolari lungo tutta l'estensione del rachide cervicale, toracale e lombare, limitazione antalgica dei movimenti attivi, disturbo della sensibilità all'insieme dell'emicorpo sinistro senza indizi per un'affezione mielopatica in atto. Questo specialista, come altri suoi colleghi che l'hanno preceduto sperando degli esami riferiti ad altro periodo assicurativo, ha confermato la presenza di una discrepanza tra i referti oggettivi riscontrati e l'estensione dei movimenti attivi dimostrati dal paziente, l'intensità dei dolori risentiti e le limitazioni asserite ivi connesse. Lo specialista ha citato quali esempi la rigidità del rachide lombare in assenza di tensioni o contratture muscolari, l'assenza di contratture pure del rachide cervicale e la preservazione del trofismo muscolare periferico. Gli esami radiologici e neuro-radiologici hanno evidenziato la presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali sia in sede cervicale che lombare, nessuna alterazione strutturale ossea acquisita, reazione infiammatoria all'altezza del legamento longitudinale posteriore, progrediente confrontando gli esami del 16 agosto 2005 e del 1° febbraio 2006. L'esperto ha posto la diagnosi di sindrome cervico-spondilogenica in presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali, di uno stato dopo trauma distorsivo del 9 luglio 2005 con evidenza neuro-radiologica di un reperto flogistico persistente all'altezza del segmento C6/C7. Sindrome lombo-vertebrale/spondilogenica in presenza di incipien-

ti alterazioni degenerative pluri-segmentali. Emisindrome sensitiva sinistra senza reperti neurologici suscettibili di correlare con delle lesioni radicolari rispettivamente mielopatiche. Secondo lo specialista, l'inabilità lavorativa completa non era più giustificata al momento del suo esame. Infatti, in assenza di contratture muscolari lungo tutta l'estensione del rachide, quello cervicale e lombare in particolare, in assenza di indizi clinici radiologici per delle affezioni radicolari o mielopatiche irritative, in assenza di reazioni flogistiche osteo-articolari in atto in sede cervicale (in presenza per contro di una reazione legamentaria longitudinale posteriore), tenuto conto dell'entità discreta delle alterazioni degenerative in sede lombare con limitata perdita volumetrica, il chirurgo ortopedico ha valutato nel 50% la capacità lavorativa parziale quale aiuto cuoco a partire da metà marzo 2006.

Il 12 giugno 2006 (doc. 32) l'assicurato è stato sottoposto ad una risonanza magnetica lombosacrale presso l'Istituto radiologico _____, che non ha riscontrato variazioni rispetto alla precedente del 2005.

Il 27 giugno 2006 (doc. 33) è stato eseguito un esame MRI del rachide cervicale all'Ospedale _____ di _____, con cui è stata evidenziata una deviazione scoliotica del rachide cervicale, con iniziale discopatia ai livelli cervicali medio-inferiore ed importante uncartrosi, soprattutto a destra all'altezza C6/C7 e C5/C6 dove v'è un netto restringimento foraminale ed è possibile un'irritazione radicolare C6 e C7 a destra. Iniziali segni di uncartrosi pure all'altezza C4/C5 a sinistra e C6/C7 a sinistra, con iniziale restringimento foraminale, senza comunque sicuri segni di compressione radicolare a sinistra. Discrete protrusioni di dischi senza comunque ernie focali. Non evidenti lesioni post-traumatiche fino all'altezza di T3. Emangiomi vertebrali a destra all'altezza di C7 e piccolo emangioma pure a sinistra all'altezza di T1, reperti senza significato clinico attuale.

Il medico curante dr. med. _____, FMH in medicina generale, ha certificato l'incapacità lavorativa dell'attore fissando un grado del 100% - per ciò che è qui d'interesse - sin dal 26 giugno 2006 (doc. P) fino almeno al 28 agosto 2008 (doc. U).

Il rapporto intermedio LAINF dell'11 aprile 2006 (doc. 29) allestito dal curante attesta un'evoluzione molto sfavorevole con persistenza di importanti dolori panvertebrali. La distorsione cervicale diagnosticata veniva curata con analgesici e fisioterapia, cosicché dal 21 marzo 2006 sarebbe stata possibile una ripresa del lavoro al 50%, limitatamente a lavori leggeri.

Nel rapporto medico del 30 giugno 2006 (doc. A1) allestito all'indirizzo dell'Ufficio assicurazione invalidità, il dr. med. _____ ha diagnosticato sia una sindrome cervico-spondilogenica in presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali, di uno stato dopo trauma distorsivo (9 luglio 2005) con evidenza neuro-radiologica di un reperto flogistico persistente all'altezza del segmento C6/C7, sia una sindrome lombo-vertebrale spondilogenica in presenza di incipienti alterazioni degenerative pluri-segmentali. Emisindrome sensitiva sinistra senza reperti neurologici suscettibili di correlare con delle lesioni radicolari rispettivamente mielopatiche. A seguito dell'incidente automobilistico, l'inabilità lavorativa accertata è stata del 100% fino al 30 marzo 2006, poi del 50% fino al 25 giugno 2006 e successivamente nuovamente del 100% dal 26 giugno 2006 fino almeno al 28 agosto 2008. A suo dire, lo stato di salute era stazionario, la capacità lavorativa non poteva essere migliorata con provvedimenti sanitari, mentre dei provvedimenti professionali erano indicati. La sindrome cervico-brachiale sinistra è apparsa in seguito all'infortunio, come nozione anamnestica è nota una sindrome cervico-radicolare destra regredita nel tempo. Soggettivamente, v'era una emisindrome sensitiva sinistra, dolori molto forti che impedivano movimenti normali e spontanei. La prognosi era incerta, ma una reintegrazione professionale in un'attività più leggera sarebbe stata auspicabile, sebbene il curante fosse conscio che v'era una discrepanza tra disturbi soggettivi e referti oggettivi. Sarebbe quindi stata adeguata una visita presso il Servizio Accertamento Medico. Le affezioni evidenziate impedivano lo svolgimento della professione di aiuto cuoco, siccome la diminuzione del rendimento era totale. Il medico ha osservato che spettava poi all'UAI individuare se l'assicurato era abile in altre attività.

In uno scritto del 28 luglio 2006 (doc. 35) indirizzato all'assicuratore, il dr. med. _____ ha evidenziato che le alterazioni flogistiche all'altezza del segmento C6/C7 riscontrate all'esame di risonanza magnetica della colonna cervicale del 1° febbraio 2006 erano nel frattempo regredite, non essendo più visibili al controllo neuro-radiologico del 27 giugno 2006. Tenuto inoltre conto dell'assenza di alterazioni strutturali acquisite riconducibili all'evento traumatico del 9 luglio 2005, lo specialista ha concluso che l'attore era nuovamente abile al lavoro in misura completa al più presto dal 27 giugno 2006.

Il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il 30 agosto 2006 (doc. 36) ha rivisto il paziente ed ha osservato che quest'ultimo accusava un peggioramento dei dolori, sempre pre-

dominanti all'emicorpo sinistro, cranio compreso, quotidiani, continui, aggravati dal minimo movimento, camminando o alzando un braccio, associati a formicolio o senso di freddo di localizzazione variabile, lacrimazioni degli occhi. Nella sua valutazione, l'esperto ha riferito trattarsi di una situazione sicuramente difficile, visto il decorso cronico e l'inefficacia delle misure terapeutiche finora applicate, tentativi con antidepressivi non sarebbero stati sopportati e anche la fisioterapia non sembrava portare beneficio. Non v'erano segni mielopatici o di compressione radicolare agli arti superiori, né si trattava di un problema neurologico in senso stretto, perciò anche la capacità lavorativa dipendeva dalla valutazione ortopedica e psichiatrica.

Alla luce di questi (ed altri) rapporti medici, il 2, 4, 6 e 10 aprile 2007 l'attore è stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare ad opera del Servizio Accertamento Medico su incarico dell'UAI.

La perizia psichiatrica esperita il 10 aprile 2007 dalla dr.ssa med. _____ è stata riassunta nel rapporto medico del 24 aprile 2007 (doc. AI), in cui la stessa ha esposto l'anamnesi e lo stato psichico dell'attore, nonché la sua valutazione tramite risposte a puntuali domande sottopostele dall'UAI. La specialista non ha formulato alcuna diagnosi psichiatrica, siccome l'assicurato non era depresso né soffriva di una sindrome da disadattamento. Quest'ultimo presentava una chiara tendenza alla somatizzazione, ma non erano riuniti tutti gli elementi per potere fissare una diagnosi di sindrome somatoforme secondo l'ICD-10. L'intensità e l'estensione dei sintomi somatici non sono completamente spiegabili dalle lesioni messe in evidenza. Ha un atteggiamento atipico nei disturbi somatoformi, addirittura opposto a quello abitualmente osservato, siccome non ha mai rimesso in discussione le conclusioni dei medici, ha un atteggiamento molto rispettoso e passivo. Riguardo all'influenza dei disturbi di cui soffre l'assicurato sulla sua capacità lavorativa, la psichiatra ha osservato che la riduzione della capacità di lavoro va considerata in rapporto alle sue diagnosi somatiche, senza che vi sia una componente psichica invalidante. Pertanto, non c'è una riduzione della capacità lavorativa.

Dal profilo reumatologico, il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, ha visitato l'attore il 6 aprile 2007 ed il 10 successivo (doc. AI) ha steso il suo rapporto in cui ha esposto l'anamnesi per sistemi, sociale e recente, i dati soggettivi ed oggettivi dell'assicurato, in particolare lo stato generale, il sistema locomotore, il sistema nervoso cursorio e l'esito degli esami radiologici esperiti in precedenza da

terzi. La sua diagnosi è di sindrome del dolore cronico; sindrome cervico-vertebrale/spondilogenica cronica sia su marcate alterazioni degenerative a livello C5/C6 e C6/C7 con restringimento foraminale e possibile irritazione radicolare C6 e C7 a destra, sia su progressiva radicolopatia irritativa C7 a destra nel 1995; sindrome lombovertebrale/spondilogenica cronica su discrete alterazioni degenerative a livello L4/L5 e L5/S1; probabile sindrome da disadattamento con sviluppo somatoforme. L'esperto ha riscontrato un assicurato fortemente dimostrativo, ma non dei segni sicuri per una radicolopatia acuta né agli arti superiori né a quelli inferiori. Presentava una diffusa iposensibilità all'intero emisoma sinistro, di difficile valutazione neurologica. D'avviso del reumatologo, il quadro algico non può essere spiegato dalle alterazioni degenerative a livello cervicale né tanto meno a livello lombare, siccome queste ultime sono modiche. Nemmeno si può trovare la causa in una sindrome fibromialgica solo perché v'erano diffusi dolori dalla testa ai piedi, ben oltre quindi ai classici tender points fibromialgici. Questi dolori, a suo parere, possono essere unicamente spiegati nell'ambito di una sindrome del dolore cronico di natura somatoforme. L'attore va quindi considerato al 50% inabile a svolgere attività lavorative fisicamente pesanti che richiedono il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg al di sopra dell'orizzontale, o da eseguire con la testa in retroflessione (imbianchino). Per la precedente attività di aiuto cuoco, l'assicurato ha un'incapacità lavorativa di non oltre il 30%. Per lavori fisicamente leggeri, che gli permettono di cambiare frequentemente posizione e non richiedono sforzi eccessivi per la colonna vertebrale, v'è una leggera limitazione al massimo del 20%. Lo specialista ha ritenuto difficoltoso reinserire professionalmente l'assicurato, sia per la sindrome algica estremamente dimostrativa sia per la scarsa scolarizzazione. Anche dal profilo terapeutico sarebbe difficile migliorare il quadro algico, vista l'assoluta inefficacia delle misure terapeutiche adottate in precedenza. Sebbene difficilmente potrà migliorare lo stato generale psicofisico, il perito ha consigliato una presa a carico psicologica/psichiatrica. Ha concluso constatando una prognosi estremamente sfavorevole.

Infine, il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha presentato l'anamnesi, lo stato neurologico e la documentazione radiologica consultata. Rispondendo ai quesiti dell'UAI ha posto la diagnosi di stato da trauma distorsivo cervicale con dolori cervicali e lombari cronici in parte diffusi anche agli arti superiori ed inferiori, senza però patologie neurologiche oggettivabili all'esame clinico rispettivamente agli esami radiologici. V'è un importante atteggiamento antalgico sia della colonna cervicale sia del-

la colonna lombare, molto bloccate alla mobilitazione attiva. Dall'esame oggettivo non ha riscontrato deficit motori né alterazioni più importanti che facciano sospettare una lesione del sistema nervoso centrale o periferico. Anche la documentazione radiologica non ha evidenziato lesioni delle strutture nervose cerebrali, cervicali e lombari che possano spiegare i disturbi del paziente. Ha ritenuto trattarsi di dolori principalmente di tipo tendinoso senza attualmente patologie rilevanti per gli aspetti neurologici. L'incidente del 2005 non ha dunque causato lesioni neurologiche. I fattori preesistenti (problemi cervicali con un'ernia discale C6/C7 a destra) non avrebbero comunque potuto manifestare sicure conseguenze invalidanti dal profilo neurologico, mentre il trauma stesso non ha causato conseguenze neurologiche invalidanti. In conclusione, non v'è una diminuzione della capacità lavorativa dal profilo neurologico.

Nella perizia pluridisciplinare del 10 agosto 2007 (doc. AI), i medici del SAM hanno valutato globalmente l'attore e stabilito nel 70% la sua capacità lavorativa medico-teorica nell'attività precedente di ausiliario di cucina.

Complessivamente, la patologia reumatologica è predominante, con conseguente riduzione del rendimento nella misura del 30% nell'attività di aiuto cucina. In attività fisicamente pesanti come descritte dal reumatologo, l'attore è inabile al lavoro al 50%, mentre per lavori fisicamente leggeri la limitazione è del 20%.

Tanto dal profilo neurologico quanto psichiatrico non sussiste invece un'incapacità lavorativa.

Per i primi tre mesi successivi all'incidente del 9 luglio 2005, l'assicurato va considerato totalmente incapace al lavoro; dopodiché, la capacità è ridotta nelle misure esposte.

Il 18 settembre 2007 il neurologo dr. med. _____ ha rivisto il paziente e nel suo rapporto del 28 seguente (doc. AI) ha esposto l'anamnesi, i risultati dell'esame neurologico e la sua valutazione in cui ha riferito che l'attore ha una persistente emisindrome sensitiva sinistra associata a soggettivo calo dell'udito e dell'acuità visiva a sinistra, probabilmente di tipo funzionale in relazione alla sindrome dolorosa cronica. Il curante ha notato una discrepanza tra un'alterazione dichiarata importante della sensibilità superficiale e la conservazione della stereognosia alla mano sinistra con buona manipolazione anche di piccoli oggetti. Ha concluso il suo certificato affermando che finché la situazione non sarà definita dal lato assicurativo non ritiene abbia interesse discutere una valutazione presso un centro del dolore.

Espressosi sulle perizie SAM e sul menzionato certificato del neurologo curante, il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale dell'UAI ha ritenuto da un lato coerenti e ben redatti i rapporti del SAM attenendosi alle sue conclusioni; d'altro lato, che il curante non ha apportato nuovi elementi tali da rimettere in discussione le conclusioni dei periti e tali da necessitare una rivalutazione del caso.

Durante l'istruttoria, il TCA ha richiamato l'incarto medico allestito dalla dr.ssa med. _____, capo clinica di neurologia presso l'Ospedale _____ di _____, che ha avuto in cura l'attore in modo stazionario dal 12 al 14 marzo 2008. La specialista, nel suo rapporto del 31 marzo 2008 (doc. XXIV/1), ha diagnosticato una emisindrome sensitivo-motoria algica sinistra di origine multifattoriale su discopatie multiple a livello cervicale e lombare senza compressioni radicolari, su sindrome miofasciale agli arti di sinistra su disturbi statici e degenerativi del rachide cervicale e lombare e su componente somatoforme. Sindrome depressiva reattiva ed ipertiroidismo subclinico noto. La neurologa ha inoltre evidenziato l'anamnesi familiare e sociale, remota ed attuale dell'assicurato, ha presentato l'esame clinico (esame neurologico: neuropsichico, nervi cranici, arti superiori, arti inferiori, sensibilità, prove cerebellari, stazione eretta, marcia) e gli esami paraclinici eseguiti (esami di laboratorio, potenziali evocati motori, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati visivi, doc. XXIV/2-4). Nelle sue conclusioni, l'esperta ha osservato che benché la componente dolorosa dei sintomi possa essere in parte spiegata da una sindrome miofasciale agli arti di sinistra, l'emisindrome sensitivo-motoria sinistra riscontrata all'esame neurologico non evoca, per le sue caratteristiche cliniche, una sottostante causa organica. Tanto il bilancio elettrofisiologico comprendente i potenziali evocati somatosensoriali e motori quanto i potenziali evocati visivi sono normali; sul piano neuroradiologico non vi sono patologie che spieghino l'emisindrome sensitivo-motoria né i dolori agli arti a sinistra. Ella ha poi ritenuto che un'ipotetica lesione midollare cervicale avvenuta con l'incidente del 2005 non spiegherebbe comunque i disturbi visivi omolaterali ed estensione dell'ipoestesia all'emivolto sinistro, neppure spiegati dal reperto normale della RMN cerebrale. Ipotizzando quindi una componente somatoforme dei disturbi, ma anche in presenza di una dichiarata depressione del tono dell'umore, l'attore è stato sottoposto ad una valutazione psichiatrica che ha evidenziato una sindrome depressiva reattiva, con conseguente proposta di un trattamento antidepressivo. La neurologa ha sottolineato che malgrado l'intensità dei disturbi, l'assicurato non assumeva a

quel momento alcun trattamento né per i dolori né per altri sintomi, tanto che durante la degenza non ha mai chiesto farmaci analgesici. La dottoressa ha concluso evidenziando l'importanza di una presa a carico pluridisciplinare comprendente una riabilitazione neurologica, una terapia farmacologica adeguata ed un sostegno psicologico, proponendo un soggiorno presso la Clinica di riabilitazione di _____, per il quale lei stessa ha chiesto preventivamente la garanzia alla Cassa malati (doc. XXIV/5). È solo nello scritto indirizzato alla succitata Clinica che la neurologa ha menzionato che il paziente resta inabile al lavoro in misura totale (doc. XXIV/6).

5. Quanto 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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 dispo-

sizione 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 I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003).

Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10), 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 mettere 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'AI 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; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; 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'in-

tero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

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

6. Questo Tribunale, dopo attento esame degli atti, ritenute le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti dr. med. _____, chirurgo ortopedico, il 15 marzo 2006 ed il 28 luglio 2006, i neurologi curanti dr. med. _____ e dr. med. _____ il 30 agosto 2007 ed il 28 settembre 2007 rispettivamente il 31 marzo 2008, i periti interpellati dall'UAI dr. med. _____, neurologo, dr. med. _____, reumatologo e dr. med. _____, psichiatra, nei rispettivi referti del 5, del 10 e del 24 aprile 2007, come pure le certificazioni del generalista curante dr. med. _____, in particolare quella del 30 giugno 2006, fa proprie le conclusioni formulate dai periti del SAM nella determinazione della capacità lavorativa dell'assicurato.

Nell'analisi specifica dei singoli rapporti medici, d'avviso del TCA, il medico curante generalista ha unicamente certificato mensilmente l'incapacità lavorativa dell'attore. Per il periodo che ci concerne, in un'occasione (cfr. il rapporto del 30 giugno 2006 indirizzato all'UAI) ha esposto la diagnosi, i sintomi soggettivi di emisindrome sensitiva sinistra, dolori molto forti che impediscono movimenti normali e spontanei, come pure una prognosi incerta e, soprattutto, l'esistenza di una discrepanza tra i disturbi soggettivi ed i referti oggettivi. Quest'ultima osservazione è stata peraltro menzionata anche dal dr. med. _____ nel suo rapporto del 15 marzo 2006, come pure dal dr. med. _____ nel certificato del 28 settembre 2007.

Il dr. med. _____, seppure si sia pronunciato nell'ambito della vertenza infortunistica, ha comunque allestito un rapporto medico molto completo e dettagliato, nel quale ha dapprima riassunto gli atti a sua disposizione, poi ha riportato le dichiarazioni del paziente, lo stato generale e locale, le radiografie eseguite dopo l'incidente, ha fornito una sua valutazione ed infine ha risposto alle domande formulate dall'assicuratore, ritenendo ragionevole considerare una capacità lavorativa parziale del 50% quale aiuto cuoco da metà marzo, ma al più tardi dal 20 marzo 2006. Quattro mesi dopo, ossia nel luglio 2006, dopo avere pre-

so visione degli ultimi referti radiologici esperiti dall'attore, il chirurgo ortopedico ha valutato che quest'ultimo era nuovamente abile al lavoro in misura completa dal 27 giugno 2006.

Quanto ai due rapporti medici presentati dal dr. med. _____, che ha conosciuto l'interessato su invito del medico curante, il primo certificato, in cui sono riportati i risultati di alcuni esami neurologici, nemmeno si pronuncia però sul grado di incapacità lavorativa dell'attore, limitandosi ad affermare che poiché l'emisindrome sensitiva non è un problema neurologico in senso stretto, anche l'attitudine per quello che concerne la capacità lavorativa dipende dalle valutazioni ortopediche e psichiatriche. Il secondo referto, simile di impostazione al primo, anche nella valutazione finale non tratta dell'abilità lavorativa dell'assicurato, ma evidenzia essenzialmente una discrepanza fra i dati soggettivi e quelli oggettivi e della difficile situazione per il decorso cronico, soprattutto vista l'assenza di risposta a diverse forme di terapia già messe in atto.

I pareri allestiti dai tre medici del SAM interpellati appositamente dall'Ufficio assicurazione invalidità sono invece molto dettagliati, chiari e completi, poiché espongono la situazione attuale, l'anamnesi, i disturbi soggettivi attuali, l'esito degli esami clinici, la diagnosi e la valutazione del medico, come pure l'eventuale necessità di ulteriori cure e se vi sono misure terapeutiche o diagnostiche che possono aumentare la capacità lavorativa dell'attore. Questi elementi di valutazione sono in particolare contenuti nel lungo rapporto allestito dal dr. med. _____. Gli altri referti dei colleghi _____ e _____ sono invero un poco più sintetici e si concentrano soprattutto sui quesiti sottoposti loro dall'UAI.

Infine, il certificato della dr. med. _____, l'unico agli atti relativo all'anno 2008, è in sé lungo, chiaro e molto dettagliato, espone i dati anamnestici dell'assicurato, i risultati degli esami clinici e paraclinici eseguiti durante la degenza ospedaliera, e le conclusioni della specialista neurologa. Quest'ultima, nella sua valutazione, ha evidenziato come l'emisindrome sensitivo-motoria sinistra non abbia una sottostante causa organica. Neppure un'ipotetica lesione midollare cervicale spiegherebbe i disturbi visivi omolaterali e l'estensione dell'ipoestesia all'emivolto sinistro. Piuttosto, v'è una componente somatoforme di questi disturbi che, unitamente ad una dichiarata depressione del tono dell'umore, dal profilo psichiatrico configura una sindrome depressiva reattiva. Anche questa specialista ha notato che la dichiarata intensità dei disturbi dell'assicurato non è calmierata da

un adeguato trattamento né per i dolori né per altri sintomi, trovando questa circostanza piuttosto anomala. Malgrado la completezza del suo referto, tuttavia la curante non si è pronunciata sul grado di abilità lavorativa dell'attore né nella sua professione precedente né in altre eventualmente più leggere. È solo negli scritti a due colleghi che accenna ad un'inabilità lavorativa (totale).

Come tale, quindi, questo certificato non è particolarmente illuminante per la soluzione della presente controversia.

Valutati quindi tutti i rapporti medici agli atti, lo scrivente Tribunale ritiene che le constatazioni oggettive formulate dai tre periti interpellati dall'UAI, peraltro specializzati in reumatologia, neurologia e psichiatria, siano complete, convincenti ed esaurienti e certamente più approfondite dei pareri generali del medico curante dell'attore, rispettivamente degli altri specialisti curanti, in particolare dei neurologi dr. med. _____ e _____ che, va ribadito, non si sono pronunciati sulla capacità lavorativa dell'assicurato.

Questo Tribunale ritiene di potersi pertanto attenere e fare affidamento alle conclusioni che gli esperti del SAM hanno tratto. Le conclusioni di questi medici sono infatti ben motivate e sono sostenute da un attento esame personale dello stato di salute dell'interessato.

Non va peraltro dimenticato che le conclusioni del dr. med. _____ sono giunte ad un'iniziale inabilità lavorativa del 50% dal 20 marzo 2006 – come altresì attestato dal curante dr. med. _____ – per poi sfociare, nel luglio 2006, ad affermare che l'attore era tornato completamente abile al lavoro dal profilo ortopedico a far data dal 26 giugno 2006.

Alla luce di queste circostanze, dunque, la valutazione globale dei periti dell'UAI – ossia comprendente i punti di vista psichiatrici, reumatologici e neurologici – attestante un'incapacità lavorativa del 30% nello svolgimento della precedente attività di aiuto cuoco, del 50% per l'esecuzione di attività pesanti e del 20% per lavori leggeri, merita di essere tutelata.

7. Ne discende quindi che siccome i summenzionati gradi di incapacità lavorativa sono stati stabiliti dai periti del SAM a decorrere dall'ottobre 2005 (tre mesi dopo l'evento del 9 luglio 2005), in virtù dell'art. 10.1 CSA, che prevede che l'indennità giornaliera viene corrisposta a partire da un'incapacità lavorativa parziale minima del 25% confermata dal medico, all'assicurato vanno riconosciute delle indennità in proporzione al suo grado d'incapacità

lavorativa. Pertanto, la richiesta dell'attore deve essere accolta nella misura in cui ha postulato dal 1° luglio 2006 la concessione di indennità giornaliere per malattia. Tuttavia, questo riconoscimento deve avvenire limitatamente al grado d'inabilità del 30% nell'esercizio dell'attività di aiuto cuoco e soltanto fino al 31 dicembre 2007, poiché per il periodo successivo non è stata debitamente comprovata l'esistenza di un qualsiasi grado d'incapacità lavorativa né nella precedente attività né in altre più adatte.

Di conseguenza, la petizione deve essere parzialmente accolta, nel senso che dal 1° luglio 2006 al 31 dicembre 2007 all'attore spetta il versamento di indennità giornaliere del 30%, già riconosciute dall'assicuratore dal 29 luglio 2006 al 31 dicembre 2007. Ne discende che l'attore ha ulteriore diritto a prestazioni dal 1° al 29 luglio 2006 al 30%.

All'attore, parzialmente vincente in causa, vanno riconosciute ripetibili ridotte.

8. Nella propria petizione, l'assicurato ha chiesto di fare eventualmente esperire una perizia medica atta a stabilire con esattezza le sue precise condizioni mediche (doc. I punto 5).

Questo TCA, alla luce della convincente perizia pluridisciplinare del SAM, ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita e rinuncia all'allestimento di una perizia giudiziaria (cfr. a questo proposito, la STF del 24 gennaio 2007, U 397/05, consid. 3.3).

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 28 giugno 2004 nella causa S.P., H 270/03; STFA del 3 maggio 2004 nella causa D. SA, H 318/02; STFA del 5 giugno 2003 nella causa V.C. e R.G., H 268/01 e 269/01; DTF 122 II 469 consid. 4a; DTF 122 III 223 consid. 3c, DTF 120 Ib 229 consid. 2b; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di

essere sentito (SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 2b; riguardo al previgente art. 4 vCost. Fed., ora art. 29 cpv. 2 Cost. fed.: DTF 124 V 94 consid. 4b; DTF 122 V 162 consid. 1d; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

9. Parzialmente vincente in causa, l'attore, patrocinato da un avvocato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili parziali. In tale misura, l'istanza di gratuito patrocinio è priva d'oggetto (DTF 124 V 309 consid. 6).

Questo Tribunale deve pertanto esaminare, nella misura in cui non è divenuta priva di oggetto con il parziale accoglimento della petizione, l'istanza di gratuito patrocinio (doc. I punto 7).

Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria, sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6).

Il diritto all'assistenza giudiziaria deriva direttamente dall'art. 29 cpv. 3 Cost. fed. e garantisce ad ogni cittadino, senza riguardo ai suoi mezzi finanziari, le stesse possibilità di stare in giudizio (DTF 125 V 36; DTF 124 I 304 consid. 2; DTF 115 Ia 193; BORGHI/CORTI, Compendio di procedura amministrativa ticinese, Lugano 1997, ad art. 30 LPamm, pag. 151; COCCHI/TREZZINI, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 155, pag. 471, nota 552). Tale diritto è pure sancito espressamente dall'art. 6 cpv. 3 CEDU.

A livello cantonale, la Costituzione prevede all'art. 10 cpv. 3 che ognuno ha diritto all'assistenza giudiziaria, gratuita per i meno abbienti.

Di principio, i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362 consid. 1b; KIESER, ATSG-Kommentar, art. 61 N. 86, pag. 626).

Le tre condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempiute qualora l'assistenza di un avvocato appaia necessaria o comunque indicata, se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (STF del 7 maggio 2007 nella causa M.B., I 134/06; STF del 12 febbraio 2007, I 562/05; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00; DTF 125 V 202 consid. 4a; DTF 125 V 372 consid. 5b e riferimenti; DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; DTF 121 I

323 consid. 2a, DTF 120 la 15 consid. 3a, 181 consid. 3a; KIESER, op. cit., art. 61 N. 88 segg.).

Per quanto concerne la procedura per le cause davanti al TCA, questi principi sono stati codificati all'art. 21 cpv. 2 vLPTCA - che rimane applicabile, in virtù dell'art. 32 nLPTCA, malgrado il 1° ottobre 2008 sia entrata in vigore la nuova LPTCA -, secondo cui la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria (Lag).

L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 la 11 segg.; DTF 103 la 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori, COCCHI/TREZZINI, op. cit., n. 20 ad art. 155, pag. 479). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 la 11 segg.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CCS (COCCHI/TREZZINI, op. cit., n. 20 ad art. 155, pag. 479 e giurisprudenza ivi citata).

Dal punto di vista temporale, il presupposto del bisogno dell'istante deve essere determinato al momento in cui si statuisce sulla richiesta di assistenza giudiziaria (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 108 V 265), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr. anche COCCHI/TREZZINI, op. cit., ad art. 155, pag. 485, n. 39. In senso contrario, cfr. DTF 108 la 108; DTF 120 la 179 consid. 3a; RDAT 1998-II n. 36; per un commento cfr. COCCHI/TREZZINI, op. cit., pag. 485-486, nn. 39, 40 e 41 con relative note).

Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 consid. 7b, consid. 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (STFA del 20 settembre 2004, U 102/04). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (RAMI 1996 pag. 209 consid. 2; STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa H.,

pag. 3). In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1, il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte, il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale.

L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo (COCCHI/TREZZINI, op. cit., ad art. 156, n. 10 pag. 490).

Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA, infatti, si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa J.P.H., pag. 4, consid. 2 e giurisprudenza citata non pubbl.). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 119 la 12 consid. 5; DTF 118 la 369).

Nel caso concreto, dalla documentazione agli atti risulta da una parte che l'attore si trova nel bisogno, disponendo, quale unica entrata, di una rendita assicurativa di Fr. 771.- al mese (doc. XI-bis), oltre a Fr. 1'200.- mensili; tuttavia quest'ultima somma è percepita dalla figlia a titolo (personale) di stipendio da apprendista. Quali spese mensili, l'assicurato ha indicato il costo dell'affitto di Fr. 1'300.-, come pure gli oneri fiscali ed assicurativi pari a Fr. 985,15.

D'altra parte, l'attore non possiede le necessarie conoscenze giuridiche, perciò l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito la petizione, portante sull'esame di diversi rapporti medici di non facile lettura, non pareva essere priva di fondamento.

Va inoltre evidenziato che già in occasione della precedente procedura infortunistica, risolta con la citata STCA del 2 agosto 2007, l'assicurato era stato qualificato come indigente.

L'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va quindi concessa, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse più tardi migliorare (art. 61 lett. f LPGa; KIESER, ATSG-Kommentar, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

10. Nella commisurazione del valore di causa, in concreto esso è rappresentato dalla pretesa di versamento di indennità giornaliera formulata dall'attore, che tuttavia non è stata quantificata come tale.

Essa va ciononostante posta in relazione alla richiesta di ricevere delle prestazioni assicurative al 100% per 730 giorni.

Il valore litigioso va tuttavia stabilito sia tenendo conto dei 521 giorni dal 29 luglio 2006 al 31 dicembre 2007 (30 giorni d'attesa + 126 giorni nel 2006 + 365 giorni nel 2007) per i quali l'assicuratore ha comunque riconosciuto il diritto a delle indennità giornaliere nella misura del 30% - quindi sulla differenza del 70% -, sia sul 100% per i giorni tanto dal 1° al 28 luglio 2006 compreso quanto dal 1° gennaio 2008 fino allo scadere delle 730 indennità, per i quali A Assicurazioni SA non gli ha riconosciuto alcunché. Si ottiene così una somma di Fr. 48'198,10 (Fr. 83.- al giorno x 28 giorni + [Fr. 83.- al giorno x (521 giorni - 30 giorni d'attesa)] x 70 : 100 + Fr. 83.- x (730 giorni - 521 giorni)).

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 **parzialmente accolta**.

§ In virtù dell'inabilità lavorativa dell'attore fissata nella misura del 30% dal 1° luglio 2006 al 31 dicembre 2007, l'assicuratore deve versargli le prestazioni di diritto tenendo però conto di quanto già riconosciutogli con la presa di posizione del 17 dicembre 2007.

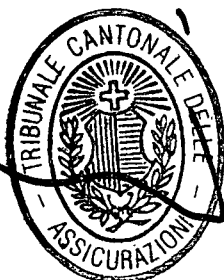
2. L'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria, in quanto non priva di oggetto, è **accolta**.
3. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
L'assicuratore verserà all'attore delle ripetibili ridotte ammontanti a Fr. 600.- (IVA inclusa).

4. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.
Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). 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.

Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi. Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

28 OTT. 2008

**TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI**