

Incarto n.
12.2011.11

Lugano
13 novembre 2012/fb

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

La seconda Camera civile del Tribunale d'appello

composta dei giudici: Epiney-Colombo, presidente,
Bozzini e Fiscalini

vicecancelliera: Verda Chiocchetti

sedente per statuire nella causa – inc. n. OA.2006.283 della Pretura del Distretto di Lugano,
sezione 1 – promossa con petizione 2 maggio 2006 da

AP 1
rappr. dall' RA 2

contro

AO 1
rappr. dall' RA 1

con cui l'attore ha chiesto la condanna della convenuta al pagamento di fr. 47'654.80 oltre
interessi al 5% dal 1° ottobre 2004;

domanda alla quale si è opposta la convenuta e che il Pretore del Distretto di Lugano,
sezione 1, statuendo con sentenza 13 dicembre 2010, ha parzialmente accolto
limitatamente a fr. 1'518.40 con interessi al 5% dal 1° ottobre 2004;

appellante l'attore che con atto d'appello 19 gennaio 2011 chiede la riforma del giudizio
impugnato nel senso di accogliere la petizione e di porre a carico della convenuta la tassa
di giustizia e le spese, con l'obbligo per quest'ultima di rifondergli fr. 5'000.- a titolo di
ripetibili, e in via subordinata postula l'annullamento del giudizio impugnato e il rinvio della
causa al Pretore affinché sani il diritto di essere sentito delle parti e formuli un nuovo
giudizio, protestando inoltre in entrambe le conclusioni ripetibili di appello;

mentre la convenuta, con osservazioni 1° marzo 2011, postula la reiezione del gravame, pure con protesta di spese e ripetibili;
letti ed esaminati gli atti e i documenti di causa,

ritenuto

in fatto:

A. Con contratto di lavoro del 16 dicembre 2002, AP 1 è stato assunto dal 1° gennaio 2003 alle dipendenze della ditta P_____ AG, _____, in qualità di conducente con mansioni di trasporto e di servizio ai clienti della società S_____ (doc. B). Il suo salario lordo mensile era di fr. 4'100.-. Per contratto il datore di lavoro doveva stipulare un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso d'incapacità dovuta a malattia con una copertura assicurativa pari all'80% del salario assicurato a partire dal trentesimo giorno (doc. B, pag. 2). In ossequio a tale clausola contrattuale, il datore di lavoro aveva stipulato il 20 ottobre 2000 con la compagnia assicurativa AO 1 la polizza assicurativa collettiva in caso di malattia n. _____ con validità dal 20 ottobre 2000 al 1° gennaio 2005 (doc. E). Essa prevedeva, in coordinazione con la LPP, in caso d'incapacità lavorativa al minimo del 25%, dovuta a malattia e attestata dal medico, il versamento delle prestazioni al lavoratore da parte dell'assicurazione fino all'inizio delle prestazioni da parte della previdenza professionale o a un massimo di 730 indennità giornaliere, calcolate sulla base dell'80% del salario assicurato, dopo un periodo d'attesa di 30 giorni (doc. E). Il 13 settembre 2004 il rapporto contrattuale tra AP 1 e la datrice di lavoro si è concluso per il fallimento di quest'ultima (doc. C/D). Dall'agosto 2004 AP 1 ha accusato forti dolori alla schiena dovuti al trasporto di bombole a gas durante il lavoro, diagnosticata dal suo medico curante come "lombalgia acuta" (doc. I). Dai successivi esami clinici è emersa una "protrusione discale posteriore mediana in L4-L5" (doc. F). Di conseguenza AO 1 ha versato all'assicurato indennità giornaliera di fr. 116.80 dal 14 settembre 2004 al 28 febbraio 2005 per complessivi fr. 19'622.40 e di fr. 3'620.80 dal 1° marzo 2005 al 31 marzo 2005 (doc. G). Il 23 marzo 2005 su mandato dell'assicurazione il Dr. Med. _____ ha rilasciato un rapporto inerente la visita di controllo effettuata due giorni prima ad AP 1, diagnosticando una "sindrome vertebrale lombare in presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali più marcata L4/L5 con protrusione discale a base larga senza referto erniario focale" (doc. H, pag. 2, risposta a quesito 1). Egli ha in particolare concluso che: "Per quanto attiene all'attività isolata della guida, il signor AP 1 risulta essere attualmente abile al lavoro in misura completa. [...] In questo senso, ritenute le caratteristiche specifiche del servizio clienti presso la S_____ - attività pesante, con frequente carico e scarico di bombole da portare in luoghi non sempre facilmente accessibili -, riterrei opportuno che il signor AP 1 venga messo a beneficio di un programma attivo individuale di stabilizzazione della muscolatura del tronco, per la durata di circa 3 mesi, prima di considerare una ripresa dell'attività lavorativa in misura completa. A medio-lungo termine sarebbe in tutti i casi indicato che il signor AP 1 possa trovare un'occupazione fisicamente meno pesante" (doc. H, in pag. 2-3,

risposta a domande 4 e 5). A seguito di tali risultanze la compagnia di assicurazioni ha comunicato il 29 marzo 2005 all'assicurato che lo riteneva completamente abile al lavoro dal 1° aprile 2005 per quanto attiene l'attività di conducente, pregandolo di annunciarsi presso la cassa disoccupazione (doc. M), e cessando il versamento delle indennità da tale data (doc. N). Con raccomandata 14 novembre 2005 l'assicurazione, dopo più richieste scritte da parte dell'assicurato, ha specificato la sua posizione ritenendo che il lavoro di autista rappresenta per il 50% la guida e che nel restante 50%, l'attività di carico e scarico delle bombole “[...] rappresenta al massimo il 30% di questo 50% summenzionato. Ribadiamo quindi che la percentuale esatta di quest'attività nell'attività globale di guida non supera il 15%. Siamo dunque spiacenti di mantenere la nostra presa di posizione e vi confermiamo nuovamente che le nostre prestazioni dall'01.04.2005 sono sospese” (doc. O).

- B.** Con petizione 2 maggio 2006 AP 1 ha convenuto in giudizio, innanzi alla Pretura del Distretto di Lugano, sezione 1, la compagnia assicurativa AO 1, chiedendo la sua condanna al pagamento di fr. 47'654.80 oltre interessi al 5%, riservandosi l'adeguamento degli importi richiesti a dipendenza delle risultanze istruttorie. Egli ha chiesto il versamento da parte della convenuta delle indennità giornaliere ancora dovute e non versate per il periodo dal 1° aprile 2005 al 30 aprile 2006 per un totale di fr. 47'654.80 oltre interessi, sostenendo che il ragionamento e la conclusione a cui era giunta l'assicurazione per negargli le indennità erano scorrette. Difatti, a parer suo, l'attività lavorativa che egli svolgeva era per il 60-70% costituita dal servizio ai clienti in preponderanza legata al carico e allo scarico delle bombole di gas, e soltanto per mediamente 3 ore al giorno all'attività di guida. Inoltre visto che la mansione di servizio alla clientela e di guida erano tra loro imprescindibili, egli non avrebbe potuto svolgere il suo lavoro soltanto alla guida di un veicolo, poiché di alcuna utilità. Pertanto la sua incapacità al lavoro avrebbe dovuto essere calcolata al 100% da parte della convenuta, che gli avrebbe dovuto versare le indennità giornaliere pattuite. Nella risposta del 31 maggio 2006 la convenuta si è opposta alla petizione (doc. II). Dopo aver genericamente contestato tutte le allegazioni della petizione, la convenuta ha ribadito la correttezza del calcolo relativo all'incapacità di lavoro dell'attore, sorretto da informazioni ottenute dal datore di lavoro e dalle risultanze mediche. All'udienza preliminare del 4 dicembre 2006 le parti si sono riconfermate sostanzialmente nelle loro posizioni e hanno notificato diversi mezzi di prova. Con il proprio allegato di conclusioni la parte convenuta si è riconfermata nelle sue allegazioni e conclusioni, rilevando che l'attore aveva intrapreso un'attività indipendente dalla primavera 2005. Dal canto suo l'attore ha confermato le proprie domande, chiedendo il versamento di fr. 1'518.40 per il periodo dal 2 al 14 settembre 2004 (a fr. 116.80 al giorno per 13 giorni) e di fr. 46'136.- (pari a 395 giorni a fr. 116.80) per il periodo dal 1° aprile 2005 al 30 aprile 2006 a titolo d'indennità per la perdita di guadagno dovuta a malattia.
- C.** Con sentenza 13 dicembre 2010 il Pretore del distretto di Lugano, sezione 1, ha parzialmente accolto la petizione limitatamente a fr.

1'518.40 oltre interessi al 5% dal 1° ottobre 2004, caricandogli la
tassa di giustizia e le spese per complessivi fr. 2'600.-, e
condannandolo inoltre a rifondere alla convenuta fr. 5'000.- a titolo di
ripetibili.

- D.** L'attore è insorto contro la citata sentenza con appello del 19
gennaio 2011, chiedendo di riformare il querelato giudizio nel senso
di accogliere integralmente la petizione e di porre a carico della
convenuta la tassa di giustizia, le spese e ripetibili per fr. 5'000.-
della prima istanza, e protestando tassa di giustizia e spese
d'appello. In via subordinata l'attore ha postulato l'annullamento
della sentenza pretorile e il rinvio della causa al Pretore affinché sani
la violazione del diritto di essere sentito ed emani un nuovo giudizio,
protestando tassa di giustizia e spese d'appello. L'appellata ha
proposto la reiezione dell'appello con le proprie osservazioni del 1°
marzo 2011.

e considerato

in diritto:

1. Il 1° gennaio 2011 è entrato in vigore il nuovo codice di diritto
processuale civile svizzero (CPC; RS 272). Ritenuto che la decisione
pretorile è stata resa e notificata prima di questa data,
rispettivamente il 13 e il 14 dicembre 2010, la procedura ricorsuale
in rassegna, come del resto già quella innanzi al Pretore, resta
tuttavia disciplinata dal CPC-TI (art. 404 cpv. 1 e 405 cpv. 1 CPC).
L'appello è tempestivo, essendo stato inoltrato nel termine di venti
giorni dalla notificazione della decisione (art. 132, 133 cpv. 1 lett. a,
308 CPC-TI). Nulla osta quindi alla sua trattazione.
2. Nella fattispecie il giudice di prime cure ha dapprima rilevato che
non era convincente la tesi della convenuta di considerare
un'incapacità lavorativa dell'attore pari al 15% nella precedente
attività, poiché dall'istruttoria risultava il "legame indissolubile" tra la
guida del veicolo e il caricare e scaricare bombole di gas piene e
vuote e l'attività lavorativa svolta in concreto dall'attore non poteva
essere "sezionata qualitativamente". Il Pretore ha osservato poi che
il contesto giuridico pertinente era quello in cui la copertura
assicurativa si protraeva anche in seguito, fino alla durata di al
massimo 720 giorni [correttamente: 730 giorni, cfr. CG], ma che il
lavoratore era stato in malattia dall'agosto 2004 e dall'ottobre 2004
era rimasto senza lavoro a causa del fallimento della ditta. In tali
circostanze l'attore avrebbe dovuto provare non solo l'incapacità
lavorativa per malattia, ma anche "l'incapacità assoluta a
guadagnare, rispettivamente l'incapacità di guadagnare il
precedente stipendio", ciò che non è avvenuto. Anzi, prosegue il
Pretore, l'attore ha avviato un'attività in proprio con un negozio di
animali, dimostrando in tal modo di poter lavorare e di percepire un
guadagno, che non ha provato essere inferiore a quello ottenuto
presso il precedente datore di lavoro. Da qui la reiezione della
petizione per quel che concerne le indennità giornaliere nel periodo
dal 1° aprile 2005 al 30 aprile 2006.

3. L'appellante rimprovera in primo luogo al Pretore di essersi dipartito da un'errata interpretazione del contratto assicurativo. A detta dell'attore, infatti, l'incapacità al guadagno non è una condizione a sé stante del diritto alle prestazioni, ma farebbe parte del concetto di malattia, che nel caso di specie non è mai stata contestata dalla controparte e che configurerebbe comunque un fatto implicito, e l'erogazione delle prestazioni sarebbe invece chiaramente dovuta rispetto al suo grado di incapacità lavorativa e non all'incapacità al guadagno. Inoltre discenderebbe dalla volontà chiara delle parti il riferimento per il versamento delle indennità giornaliere soltanto alla nozione di incapacità lavorativa, visto che nelle condizioni generali contrattuali non è mai citata l'incapacità al guadagno e che la convenuta non ne ha mai chiesto la prova. Il Pretore avrebbe quindi violato l'art. 8 CC, poiché al di là del contratto e delle volontà delle parti ha voluto erigere come elemento determinante per l'erogazione delle prestazioni assicurative l'incapacità di guadagno, mai allegata nella fattispecie dalla convenuta, e quindi pure contraria al principio dell'affidamento e dell'interpretazione *in dubio contra stipulatorem*, nonché contravvenuto alla massima dispositiva e al principio attinatorio che reggono la procedura civile. In conclusione l'appellante afferma che in concreto ci si troverebbe nel caso in cui l'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno, fatto estintivo o impeditivo che deve essere allegato e dimostrato dall'assicurazione. Quest'ultima non ha tuttavia apportato tale prova, e non ha mai fissato all'assicurato un termine per ricercare un'attività a lui più consona prima di interrompere il versamento delle prestazioni che avrebbe dovuto comunque attribuirgli in ogni caso. In via subordinata l'appellante ha rimproverato al Pretore di essersi pronunciato al di là delle domande delle parti, avendo sollevato d'ufficio la necessità di provare da parte dell'attore l'incapacità al guadagno, ledendo in tal modo la massima dispositiva e il diritto di essere sentito dell'attore giusta l'art. 29 Cost.
4. Nella fattispecie è pacifico che tra le parti era sorto un contratto d'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia retto dalla LCA (cfr. pure le Condizioni generali di assicurazione CGA, doc. E, punto G1). È incontestata anche l'esistenza di una malattia attestata da certificati medici (cfr. doc. I, F, perizia giudiziaria) insorta dall'agosto 2004. Litigiosa è l'erogazione di indennità giornaliera per malattia nel periodo dal 1° aprile 2005 al 30 aprile 2006 (per un massimo di 730 giorni), che la convenuta ha rifiutato ritenendo esigibile dall'assicurato la ripresa del lavoro in misura totale dal 1° aprile 2005.
5. Le disposizioni di un contratto assicurativo, come pure le condizioni generali che sono state espressamente incorporate, devono essere interpretate seguendo le regole interpretative comuni ai contratti. Ossia, in particolare riferendosi agli art. 2 CC e 18 CO, si ricerca in primo luogo la reale e comune intenzione delle parti, senza arrestarsi alle denominazioni o espressioni che esse possono aver utilizzato sia per errore, sia per mascherare la vera natura della convenzione (art. 18 cpv. 1 CO). Se la volontà concordante delle parti non può essere determinata o diverge, ci si riferirà ad una volontà ipotetica delle parti ricorrendo al principio della fiducia. Le dichiarazioni delle

parti verranno quindi interpretate come potrebbe comprenderle un terzo di buona fede che si trovasse nelle medesime circostanze. Il principio della fiducia permette quindi di imputare ad una parte il senso oggettivo della sua dichiarazione o del suo comportamento, anche se non corrisponde alla sua intima volontà (cfr. DTF 135 III 410, consid. 3.2, pag. 412-413; BRULHART, Droit des assurances privées, Berna 2008, pag. 124, n. 276). Giusta l'art. 33 LCA, salvo disposizione contraria della legge, l'assicuratore risponde di tutti gli avvenimenti che presentino i caratteri del rischio contro le conseguenze del quale l'assicurazione fu conclusa, eccettoché il contratto non escluda dall'assicurazione singoli avvenimenti in modo preciso, non equivoco. Quando un assicuratore, al momento della conclusione del contratto, presenta delle condizioni generali, manifesta la volontà di impegnarsi secondo i termini di queste condizioni e, se una volontà reale concordante delle parti non è stata constatata, ci si deve porre il quesito di come il destinatario di tale manifestazione di volontà poteva comprenderla in buona fede. Inoltre, l'art. 33 LCA precisa che incombe all'assicuratore delimitare con precisione la portata dell'impegno che intende prendere (DTF 135 III 410, consid. 3.2, pag. 413).

6. Il contratto di assicurazione collettiva stipulato tra le parti definisce il rischio di malattia assicurato come qualsiasi impedimento fisico o psichico della salute, non dovuto ad infortunio, avente quale conseguenza l'incapacità di guadagno (doc. E, pag. 2 del contratto), come affermato nel giudizio querelato (cfr. sentenza, pag. 3 e 4). Le condizioni contrattuali edizione 1997 allegate al contratto e relative all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia, tuttavia, indicano che la condizione per il versamento delle indennità giornaliera era l'incapacità lavorativa dovuta a malattia e attestata dal medico (pag. 2). La clausola G10 specifica poi che nel caso in cui la copertura assicurativa termina (come nella fattispecie, ciò che non contesta l'appellata): "[...] noi continueremo a versare l'indennità giornaliera relativa ad un'incapacità lavorativa in corso, tuttavia al massimo fino alla durata delle prestazioni". È quindi palese che le condizioni contrattuali si riferiscono solo all'incapacità lavorativa dell'assicurato, dovuta a malattia che deve essere provata medicalmente, per il versamento delle indennità giornaliera da parte dell'assicurazione e non all'incapacità di guadagno come sembra ritenere il Pretore. La stessa appellata, del resto, si è sempre riferita all'incapacità lavorativa dell'appellante versando inizialmente le indennità giornaliera, e mai ad un'incapacità di guadagno – se non con le osservazioni all'appello 1° marzo 2011. Se non che, tale mutamento è contrario all'art. 78 CPC-TI, e l'appellata nemmeno motiva tale nuova presa di posizione, né si riferisce alla prova di una qualsivoglia incapacità di percepire un salario, sia con l'attività precedente sia con un'altra attività lavorativa, incentrando unicamente la sua argomentazione sulla sua valutazione dell'incapacità lavorativa dell'attore, che sarebbe del 15% e non raggiungerebbe quindi il limite minimo del 25% richiesto per il versamento delle indennità giornaliera.
7. Nella risposta di causa la convenuta aveva ribadito il rifiuto di prestazioni assicurative dopo il 1° aprile 2005, motivandolo con la

valutazione del suo medico di fiducia, che riteneva abile al lavoro in misura totale l'assicurato in attività confacente da tale data (cfr. doc. H, 1). La valutazione del medico di fiducia della convenuta è stata sostanzialmente confermata dal perito giudiziario Dr. med.

_____, nel suo referto peritale del 29 settembre 2009, con la precisazione che una ripresa lavorativa totale in attività confacente sarebbe stata esigibile entro 6 mesi dall'aprile 2005. In corso di istruttoria è emerso che l'appellante aveva aperto in proprio un negozio di animali in epoca imprecisata, probabilmente nel 2006 (deposizione _____ del 6 marzo 2007, pag. 3). Tutto si ignora di tale attività e dell'eventuale reddito conseguito dall'appellante. Le parti non hanno del resto mai accennato a tale circostanza nei propri allegati di prima sede e non se ne può quindi tenere conto per l'odierno giudizio. Per valutare se le prestazioni assicurative sono dovute dopo il 1° aprile 2005 ci si deve fondare dunque solo sui documenti di causa e sulla perizia giudiziaria agli atti.

- 8.** Nella fattispecie l'appellata ha versato per il periodo dal 14 settembre 2004 al 31 marzo 2005 (per un totale di 199 giorni a fr. 116.80 al giorno) delle indennità giornaliere piene a causa di malattia all'appellante, senza mai contestare l'insorgere del sinistro assicurato (doc. G), tra l'altro pure accertato nel rapporto 23 marzo 2005 dal proprio medico fiduciario Dr. med. _____ (doc. H, pag. 2). Quest'ultimo ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% per la sola attività di autista di mezzi pesanti, senza attività di carico e scarico, e ha consigliato un programma attivo individuale di stabilizzazione della muscolatura del tronco per la durata di circa 3 mesi, dopo il quale si sarebbe potuto riconsiderare una ripresa al 100% dell'attività lavorativa precedente di autista con obblighi di carico e scarico di materiale pesante (cfr. doc. H, pag. 3 risposta a quesito 5). Il perito giudiziario ha sostanzialmente confermato il parere del medico fiduciario, proponendo un periodo di adattamento di sei mesi dall'aprile 2005 per la ripresa di un'attività lavorativa al 100% in un lavoro confacente allo stato di salute.
- 9.** L'obbligo di salvataggio, vale a dire l'obbligo di ridurre il danno, è sancito esplicitamente dall'art. 61 LCA. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale tale norma è l'espressione del medesimo principio generale dal quale il Tribunale federale delle assicurazioni ha dedotto, in materia di assicurazione d'indennità giornaliera retta dal diritto delle assicurazioni sociali, l'obbligo per l'assicurato di diminuire il danno grazie ad un cambiamento di professione quando un tale cambio può essere ragionevolmente da lui esigibile, purché l'assicuratore l'abbia prima avvertito a tal proposito e abbia stabilito un termine adeguato, fino al quale è ancora tenuto al versamento delle indennità giornaliere, prima di interrompere il versamento delle prestazioni (DTF 133 III 527, consid. 3.2, pag. 531 e citazioni). Il termine adeguato varia tra 3 e 5 mesi (DTF 133 III 527, consid. 3.2, pag. 531). Il Tribunale federale considera inoltre che l'art. 21 cpv. 4 LPG è una concretizzazione delle regole sulla buona fede sancite dall'art. 2 cpv. 1 CC (cfr. sentenza del Tribunale federale 4A_111/2010 del 12 luglio 2010, consid. 3.1). Ne deriva che quando l'assicuratore d'indennità giornaliera stima che l'incapacità al lavoro ha preso fine, al termine di un periodo nel quale ha riconosciuto il

diritto a tali prestazioni all'assicurato, ci si può attendere che ne dia avviso all'assicurato e che prolunghi il versamento delle indennità durante il tempo stimato necessario a una ripresa effettiva dell'attività (sentenza del Tribunale federale 4A_111/2010 del 12 luglio 2010, consid. 3.1).

- 10.** Non si può seguire l'appellante quando sostiene che il Pretore ha violato il diritto di essere sentito delle parti applicando norme legali alle quali esse non avevano accennato nei propri allegati. L'obbligo di ridurre il danno costituisce una questione di diritto, che può essere riesaminata liberamente dal giudice (sentenza del Tribunale federale 9C_439/2012 del 1° ottobre 2012). La giurisprudenza pubblicata su tale tema, segnatamente sull'obbligo di cambiare posto di lavoro e/o attività professionale, è pluridecennale (DTF 111 V 235, 114 V 281) e non può essere ignorata in ambito assicurativo, privato o sociale. A giusta ragione il Pretore si è quindi posto il problema della soppressione delle indennità giornaliere, anche se ha esaminato la fattispecie dal profilo della capacità di guadagno invece che da quello, corretto, consistente nella possibilità per l'assicurato di cambiare posto di lavoro e/o professione per ridurre il danno. La soppressione delle indennità giornaliere già dal 1° aprile 2005 non appare per altro adeguata alle circostanze del caso. È ben vero che l'assicurato, in malattia dall'agosto 2004, ha perso il posto di lavoro per fallimento della datrice di lavoro nell'ottobre 2004, e che avrebbe comunque dovuto cercare un altro posto di lavoro. A quel momento egli era però pacificamente inabile al lavoro per motivi di salute (doc. F), tanto che la convenuta gli ha versato le indennità giornaliere per malattia previste dal noto contratto (doc. G). Solo il 29 marzo 2005, dopo la visita presso il medico fiduciario, l'assicurato è stato avvertito dall'assicurazione che era considerato abile al lavoro nella misura del 100% per un'attività di autista senza oneri di carico e scarico e che le prestazioni erano soppresse dal 1° aprile 2005. Tale modo di agire non tiene conto della necessità di accordare all'assicurato un adeguato termine per cambiare professione e cercare un posto di lavoro confacente al suo stato di salute, vale a dire esente dal sollevamento e/o spostamento di carichi e pesi non superiori a 10 kg (perizia giudiziaria, pag. 6). Nell'attività precedente l'assicurato, infatti, svolgeva la consegna di bombole di gas con un peso variante tra 15 kg e 80 kg, occupandosi sia della guida del camioncino, sia del carico e dello scarico delle bombole di gas, senza alcun aiuto (deposizioni _____, 10 maggio 2007, _____ e _____, 6 marzo 2007). Doveva quindi cercare un posto di lavoro adatto a tali limitazioni fisiche, compito non evidente per un uomo di 49 anni. Il medico fiduciario della convenuta aveva ritenuto necessario un periodo di 3 mesi per stabilizzare la muscolatura del torace, mentre il perito giudiziario ha valutato a sei mesi il periodo di adattamento. Tenuto conto della giurisprudenza federale sul tema, appare adeguato al caso concreto accordare indennità giornaliere per un periodo di cinque mesi, vale a dire fino al 31 agosto 2005 (153 giorni).
- 11.** L'appello può dunque essere accolto parzialmente per quel che concerne le indennità giornaliere dal 1° aprile 2005 al 31 agosto 2005 (153 giorni). La convenuta verserà quindi all'attore, oltre alle

indennità giornaliera di fr. 1'518.40 (fr. 116.80 per 13 giorni) già ammesse dal Pretore per il periodo dal 2 al 14 settembre 2004, ancora fr. 17'870.40 (fr. 116.80 per 153 giorni), per un totale di fr. 19'389.-, oltre interessi al 5% dal 1° ottobre 2004 su fr. 1'518.40 e dal 1° aprile 2005 su fr. 17'870.40. La tassa di giustizia, le spese e le ripetibili di entrambe le sedi, calcolate sulla base di un valore litigioso di fr. 46'136.-, determinante per un eventuale ricorso al Tribunale federale, seguono la rispettiva soccombenza delle parti (art. 148 cpv. 2 CPC-TI).

Per i quali motivi,
richiamati l'art. 148 CPC-TI e la LTG

pronuncia:

I. L'appello 19 gennaio 2011 di AP 1 è **parzialmente accolto**. Di conseguenza la sentenza 13 dicembre 2010 della Pretura del Distretto di Lugano, sezione 1, è così riformata:

1. La petizione è parzialmente accolta e di conseguenza AO 1, _____, è condannata a versare a AP 1, _____, l'importo di fr. 19'389.-, oltre interessi al 5% dal 1° ottobre 2004 su fr. 1'518.40 e dal 1° aprile 2005 su fr. 17'870.40.
2. La tassa di giustizia e le spese, di complessivi fr. 2'600.-, sono poste a carico dell'attore per 3/5 e a carico della convenuta per 2/5. L'attore rifonderà inoltre alla convenuta fr. 1'000.- per ripetibili ridotte.

II. Le spese della procedura d'appello, consistenti in:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| a) tassa di giustizia | fr. 1'300.- |
| b) spese | fr. 100.- |
| totale | fr. 1'400.- |

già anticipate dall'appellante, restano a suo carico per 3/5 e per 2/5 sono poste a carico dell'appellata. L'appellante rifonderà inoltre all'appellata fr. 700.- per ripetibili ridotte di appello.

III. Notificazione:

- ;
- .

Comunicazione alla Pretura del Distretto di Lugano, sezione 1.

Per la seconda Camera civile del Tribunale d'appello

La presidente

La vicecancelliera

Rimedi giuridici

Nelle cause a carattere pecuniario è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF), se il valore ammonta a fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione e a fr. 30'000.- negli altri casi (art. 74 cpv. 1 LTF); per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia dato il ricorso in materia civile è possibile proporre negli stessi termini ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113, 117 LTF). La parte che intende impugnare una decisione sia con un ricorso ordinario sia con un ricorso in materia costituzionale deve presentare entrambi i ricorsi con una sola e medesima istanza (art.119 LTF).