

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2013.35

28 ottobre 2013

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 31 maggio 2013 di

AT 1

contro

CO 1

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

A. AT 1, 1959, tassisti indipendente, è assicurata presso CO 1 per la perdita di guadagno in caso di malattia con un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo LCA (_____) (doc. 2).

B. Il 27 giugno 2012 (doc. 4) l'assicurata ha notificato al suo assicuratore che dal 12 giugno precedente era inabile al lavoro al 100% (doc. 5).

Il 21 novembre 2012 (doc. 22) essa ha chiesto all'Ufficio invalidità di

beneficiare di prestazioni dall'assicurazione invalidità.

Esperiti i necessari accertamenti medici sia presso i curanti (docc. 8, 10) sia sottoponendo l'interessata ad una visita medico fiduciaria (doc. 12), l'assicuratore le ha versato le prestazioni contrattualmente previste fino al 30 aprile 2013 (doc. 21).

C. Il 2 maggio 2013 (doc. 23) l'assicuratore malattia ha inviato all'interessata una presa di posizione, con cui, basandosi sulla perizia del dr. med. _____ che ha attestato un'abilità lavorativa del 70% nella precedente attività ed una capacità lavorativa residua del 100% in altre attività fermo restando determinate limitazioni funzionali, le ha ricordato che stante il suo obbligo di limitare le conseguenze economiche legate al suo stato di salute, doveva utilizzare la sua capacità lavorativa residua in attività confacenti al suo stato attuale.

L'assicuratore ha quindi sollecitato un cambio di professione entro quattro mesi (fino al 2 settembre 2013) al fine di ridurre il danno economico, riconoscendole, fino a quel momento, l'indennità giornaliera piena.

Dopo tale data, ritenuto che la retribuzione annuale per professioni adeguate ammonta a Fr. 45'536.- tenuto conto delle sue condizioni personali (riduzione del 15%), mentre lo stipendio percepito come tassista era di Fr. 60'000.- all'anno, il danno residuo in caso di cambiamento di attività è pari al 25%. Essendo inferiore al 50% richiesto dalle Condizioni Generali d'Assicurazione, dopo il 2 settembre 2013 CO 1 avrebbe sospeso il versamento delle indennità.

Infine, l'assicuratore l'ha avvisata della possibilità di passare all'assicurazione indennità giornaliera individuale entro 90 giorni.

D. Con petizione del 31 maggio 2013 (doc. I) AT 1 si è rivolta al TCA chiedendo che sia ripristinato il suo diritto alle indennità giornaliere per perdita di guadagno.

L'attrice ha rilevato che dal 12 giugno 2013 ha problemi di schiena che le impediscono di riprendere l'attività lavorativa di tassista. Inoltre, i numerosi impianti di denti e gli interventi all'osso della mascella le hanno provocato una labirintite cronica. Tutti questi disturbi l'hanno portata alla depressione e quindi a vedere un medico psichiatra, che ancora oggi la segue. Di conseguenza, essa contesta la decisione del suo assicuratore di sospendere il versamento di indennità giornaliere, giacché il medico fiduciario non avrebbe tenuto in considerazione tutti i suoi problemi di salute, quali le limitazioni dovute ai problemi alla schiena, le forti vertigini provocate dalla labirintite e la depressione.

L'assicurata ha in seguito prodotto il certificato del 12 giugno 2013 (doc. B) del suo medico curante, dr. med. _____.

E. Nella risposta del 24 giugno 2013 (doc. V) CO 1 ha chiesto di respingere la petizione e ha confermato integralmente la sua presa di posizione.

L'assicuratore malattia ha evidenziato che essa è fondata sullo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa ed al 2 maggio 2013 le certificazioni mediche prodotte dall'attrice attestavano soltanto una sindrome lombovertebrale ed una sindrome fibromialgica, mentre non v'era indicazione per una

patologia psichica, che lo stesso medico fiduciario, riprendendo l'affermazione dell'assicurata, ha escluso.

L'assicuratore convenuto ha inoltre osservato che l'assicurata non ha contestato le conseguenze economiche della sua incapacità lavorativa e nemmeno ha messo in dubbio il principio dell'obbligo di ridurre le conseguenze economiche derivanti dal danno alla salute mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua in altre attività adeguate al suo stato di salute (art. 61 LCA).

Nel calcolo della perdita di guadagno, l'assicuratore malattia ha ritenuto un guadagno annuo dell'attrice di Fr. 60'000.- nell'attività precedente che, paragonato a quanto potrebbe guadagnare in un'altra attività dopo i quattro mesi di tempo per cambiare professione, dà luogo ad un danno economico del 25%, tuttavia non indennizzabile siccome non raggiunge la percentuale minima del 50% prevista dalle CGA.

F. Il 9 luglio 2013 (doc. VII) l'attrice ha prodotto due nuovi certificati (docc. C1 e C2), sui quali l'assicuratore malattia ha preso posizione affermando che essi attestano lo stato di salute dell'assicurata in un periodo successivo al provvedimento in discussione relativo alla malattia notificata il 27 giugno 2012. Pertanto, le conclusioni tratte rimangono tuttora valide, visto che i pareri dei suoi medici curanti non inficiano la valutazione del medico fiduciario (doc. IX).

Parte attrice ha confermato integralmente le sue pretese il 19 agosto 2013 (doc. XI) e ha precisato che tutti i suoi problemi di salute sono anteriori alla presa di posizione di CO 1, visto che anche per la sindrome depressiva è stata inizialmente seguita dal medico curante e solo in un secondo tempo è stata presa in cura da uno specialista.

L'assicuratore convenuto non ha formulato ulteriori osservazioni (doc. XII).

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), perciò il TCA può decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007).

nel merito

2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'attrice ha diritto ad indennità giornaliera a causa della malattia sorta il 12 giugno 2012 anche dopo il 2 settembre 2013.

3. Per quanto concerne l'indennità per perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato, come emerge da una sentenza del TF del 26

settembre 2007 (4A_53/2007), che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma, ADRIAN VON KAENEL, Verhältnis einer Krankentag-geldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 109-131, in particolare pagg. 111-115).

La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. ADRIAN VON KAENEL, op. cit., pag. 116 seg.).

Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (HANS-RUDOLF MÜLLER, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 19-45, in particolare pag. 20).

Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628).

L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza cfr. ADRIAN VON KAENEL, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (GABRIEL AUBERT, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO).

La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali).

4. Nella fattispecie, il contratto assicurativo è retto dalla LCA e dalle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera _____ secondo la LCA,

edizione 2006 (doc. 3), che prevedono all'art. 2 che le basi del contratto sono la polizza, le dichiarazioni riportate sulla proposta d'assicurazione, le CGA, la LCA e gli accordi e le convenzioni speciali.

La copertura dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia di cui alla polizza n. _____ (docc. 1 e 2), in essere dal 1° gennaio 2007, prevede in caso di malattia una durata di prestazioni di 730 giorni per caso, fatto salvo un periodo d'attesa di 14 giorni per caso.

Per l'art. 3.1 CGA, è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

A norma dell'art. 3.4 CGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 3.5 CGA).

Sono assicurate le persone o i gruppi di persone riportati nel contratto (art. 5.1 CGA).

Secondo l'art. 5.3 CGA, i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, sono assicurati soltanto se sono indicati nominativamente nella polizza.

Giusta l'art. 6.2 CGA, per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è assicurato al massimo il reddito da lavoro indicato nella polizza.

Quanto all'inizio dell'assicurazione, l'art. 8.3 CGA prevede per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, che l'ammissione nell'assicurazione deve essere richiesta individualmente.

Le persone che escono dalla cerchia delle persone assicurate hanno il diritto di passare entro tre mesi all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LCA dell'assicuratore, senza nuovo esame dello stato di salute (art. 11.1 CGA).

Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è determinante un'incapacità lavorativa di almeno il 50% (art. 12.2 CGA).

In virtù dell'art. 13.2 CGA, la persona assicurata deve dimostrare la

perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste un diritto a prestazioni.

Per l'art. 13.3 CGA, le persone assicurate devono intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritardi. In particolare, devono attenersi alle prescrizioni del medico e del personale sanitario.

A norma dell'art. 13.5 CGA, la persona assicurata che nella sua professione abituale resta completamente o parzialmente inabile al lavoro, prevedibilmente in modo duraturo, è tenuta ad impiegare la sua eventuale capacità di guadagno residua anche se ciò esige un cambio della professione. L'assicuratore esorta la persona assicurata al cambio di professione e la rende attenta sulle sanzioni previste dal paragrafo 14.

Secondo l'art. 15.1 CGA, l'obbligo di prestazione inizia dopo la decorrenza del periodo di attesa convenuto nella polizza. Il periodo d'attesa inizia a decorrere dal primo giorno dell'incapacità al lavoro confermata dal medico, al più presto comunque tre giorni prima dell'inizio del trattamento.

Infine, l'indennità giornaliera si calcola convertendo il salario assicurato in un anno intero e dividendo la somma annua assicurata per 365 o per 366 negli anni bisestili (art. 21 CGA).

5. Va ancora evidenziato che l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia può essere stipulata nella forma di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2).

L'assicurazione di somme garantisce una prestazione che è stata definita al momento della conclusione del contratto e non dipende dal verificarsi di un pregiudizio economico: essa è dovuta non appena l'evento assicurato si sia verificato (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2; cfr. anche, sulla nozione di assicurazione di somme in relazione a un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattie, la sentenza 4A_168/2007 del 16 luglio 2007, consid. 3.2.4 e 3.2.5, pubblicata in DTF 133 III 527).

L'assicurazione contro i danni mira invece a rimborsare il danno: in questo caso il versamento e la misura delle prestazioni dipendono dalla misura del pregiudizio economico effettivamente patito dall'assicurato (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2)

La questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle condizioni generali d'assicurazione che lo accompagnano (CGA), secondo le regole usuali dell'interpretazione dei contratti (sui criteri di distinzione fra queste due modalità di assicurazione, cfr. anche sentenza 4C.83/1998 dell'11 giugno 1998, consid. 3c e 3d e sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007).

Nel caso concreto, è stata conclusa un'assicurazione contro i danni, perché la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno (art. 13.2 CGA) e l'indennità giornaliera va calcolata sulla base del

salario annuo assicurato (art. 21 CGA).

6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA, nell'ambito della sua giurisprudenza relativa alle assicurazioni sociali, ha stabilito che il danno alla salute psichica deve essere di gravità tale da non potere esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128).

Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), consid. 3b, l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che:

" Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)."

Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (*psychische Fehlentwicklungen*), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha specificato i criteri per i quali un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità al guadagno duratura (giurisprudenza poi ripresa nelle sentenze I 404/03 del 23 aprile 2004; I 702/03 del 28 maggio 2004; I 770/03 del 16 dicembre 2004; I 873/05 del 19 maggio 2006; 9C_35/2007 del 4 aprile 2008).

Da notare come, con un giudizio relativo ad un caso di invalidità (e quindi emesso nell'ambito delle assicurazioni sociali) il TF (sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007) ha stabilito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)."

7. Il Tribunale deve dunque determinare se, a decorrere dal 3 settembre 2013 e fino al termine dell'inabilità lavorativa, AT 1 abbia (ancora) diritto al versamento di indennità giornaliera per perdita di guadagno a dipendenza dell'inabilità lavorativa sorta il 12 giugno 2012.

Nel caso di specie l'assicurata, attiva professionalmente come tassista indipendente ed assicurata per la perdita di guadagno tramite contratto collettivo d'indennità giornaliera presso CV 1, il 27 giugno 2012 (doc. 4) si è annunciata come inabile al lavoro al 100% per malattia dal 12 giugno 2012 e, secondo i referti dei suoi medici curanti rilasciati nei mesi di giugno (doc. B) e di luglio 2013 (doc. C1), lo sarebbe tuttora.

Per questo motivo, parte attrice ritiene di potere rivendicare il diritto alle indennità giornaliera previste dal contratto assicurativo anche dal 3 settembre 2013, ossia al termine dei 4 mesi concessi dall'assicuratore convenuto per cambiare attività lavorativa, visto che la sua malattia (fisica e psichica) perdura e quindi così pure l'inabilità lavorativa che ne deriva.

L'assicuratore malattia sostiene invece di nulla dovere corrispondere alla persona assicurata per la sua incapacità lavorativa del 100% per il periodo in esame, ritenuto che il calcolo del paragone dei redditi dà luogo ad una perdita di guadagno non indennizzabile secondo le condizioni contrattuali.

8. Il 3 dicembre 2012 (doc. 11) l'attrice è stata visitata dal medico fiduciario dell'assicuratore malattie, dr. med. _____, malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione FMH, medicina manuale, il quale, nel suo referto del 4 dicembre 2012 (doc. 12), dopo avere descritto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, attuale, lo stato reumatologico e lo stato neurologico periferico, ha posto la diagnosi di sindrome toracolombovertebrale cronica in/con turbe statiche modiche del rachide (scoliosi ad arco grande, destroconvessa in zona toracolombare), alterazioni degenerative plurisegmentali (condrosi/osteocondrosi tra T11 e L5), insufficienza del portamento con disequilibrio muscolare nel cinto pelvico; tendenza alla fibromialgia generalizzata.

Nella sua valutazione, lo specialista ha indicato che l'incapacità lavorativa dell'assicurata quale tassista indipendente in essere dal 12 giugno 2012 era dovuta ad una sintomatologia dolorosa in zona toracolombare, presente da alcuni anni ma, secondo la paziente, peggiorata nel corso del 2012. A ciò si sono aggiunti dolori inguinali a destra assieme ad una dolenzia più diffusa delle parti molli, in particolare degli arti inferiori, ma coinvolgendo anche le braccia. La sintomatologia vertebrale impediva all'interessata di assumere posizioni corporee statiche con difficoltà a restare seduta, specialmente in automobile, ma con dolori anche nella messa in moto e durante il riposo notturno. Tutto ciò le avrebbe creato un continuo cambio della posizione ed i dolori inguinali a destra si sarebbero accentuati nel camminare. Era quindi impossibilitata a proseguire il suo lavoro.

Gli accertamenti radiologici hanno mostrato modiche turbe statiche

ed alterazioni degenerative plurisegmentali coinvolgendo sia il passaggio toracolombare che i segmenti medio lombari nell'ambito di discopatie senza compressione di strutture nervali. La radiografia delle anche non ha mostrato alterazioni strutturali coxo-femorali. La fisioterapia non ha risolto integralmente questi problemi, mentre il dr. med. _____, reumatologo consultato dall'assicurata, ha considerato questo quadro come compatibile con una sindrome fibromialgica (in associazione a delle lombalgie croniche e dolori inguinali di natura spondilogenica).

L'esame clinico effettuato dall'esperto interpellato dall'assicuratore malattia ha rilevato turbe statiche lievi e limitazioni funzionali contenute al rachide, evidenti al livello lombare. V'era una notevole irritabilità sia interspinale sia nella muscolatura nella regione gluteale con inoltre una dolenzia palpatoria delle parti molli anche periarticolari, più alle gambe che alle braccia. Come evidenziato anche dal referto RM, lo stato neurologico periferico osservato dallo specialista non deponeva per complicità neuro compressive. Alla patologia prettamente funzionale e strutturale dell'apparato locomotorio si aggiungeva un sovrappeso in particolare addominale, che contribuiva ad un sovraccarico della muscolatura del portamento, clinicamente insufficiente.

Secondo l'esperto, la sintomatologia era di natura mista.

Da una parte in relazione alle patologie strutturali e funzionali del rachide, d'altra parte con una componente puramente irritativa delle parti molli nell'ambito di una tendenza fibromialgica.

La patologia del rachide determinava una caricabilità fisica ridotta della paziente, con limitazioni della sua capacità funzionale: capacità normale nel sollevamento e trasporto di carichi fino a 5 kg, ridotta fino a 10 kg, ma lievemente ridotta se carichi di 5 kg sopra le spalle; capacità normale nel manipolare oggetti leggeri, esigua se attrezzi pesanti; capacità normale se la posizione di lavoro era con ginocchia in flessione, lievemente ridotta se a braccia elevate, seduta e piegata in avanti o inginocchiata, ridotta se la posizione comportava una rotazione del tronco, o era eretta e piegata in avanti; oltre mezz'ora l'assicurata non riusciva a mantenere la posizione seduta né quella eretta; essa poteva camminare normalmente fino a 50 m, mentre oltre la sua capacità era lievemente ridotta, così come su terreno accidentato e nel salire/scendere le scale, ridotta per lunghi tragitti; infine, l'impiego delle mani all'altezza di un tavolo era possibile in forma normale e non v'era alcuna difficoltà nel mantenere l'equilibrio.

Stante l'attività di tassistessa che richiede prevalentemente la posizione sedentaria, ciò che risultava incompatibile con il suo stato di salute, che alla luce del decorso fino al momento della valutazione era da ritenere stabile senza la prospettiva di un miglioramento della sofferenza a corto-medio termine, il reumatologo ha giudicato l'incapacità lavorativa per la sua attività del 70% (riduzione della presenza con ripetute interruzioni dell'attività sull'arco della giornata), specificando che si trattava di una valutazione teorica siccome difficilmente realizzabile a queste condizioni.

In un'attività lucrativa conforme alle sue risorse sopra descritte l'interessata sarebbe risultata, dal profilo medico-teorico, abile al lavoro in forma normale ed a partire da subito (rendimento e presenza).

Infine, il medico ha riferito che l'assicurata ha negato problematiche di ordine psichico che avrebbero potuto influenzare le sue condizioni fisiche ed anch'egli ha avuto tale impressione.

Il certificato del 12 giugno 2013 (doc. B) del dr. med. _____, medicina generale FMH, medico curante dell'attrice, indica che quest'ultima era in cura medica per sindrome toraco-lombovertebrale cronica, discopatia lombari, meniscopatia ginocchio destro, sinusite cronica con labirintite, sindrome fibromialgica, cure dentistiche d'impianto e sindrome depressiva.

Di conseguenza, era giustificata un'inabilità lavorativa del 100%.

Pendente causa l'attrice ha prodotto due nuovi certificati medici.

Il primo, del 20 giugno 2013 (doc. C2), è stato redatto dal dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, che ha diagnosticato una sindrome fibromialgica, la carenza di vitamina D in via di sostituzione, una discopatia L2/L3, L3/L4 e L4/L5 nonché una piccola lesione posteriore al menisco mediale del ginocchio destro.

Lo specialista ha affermato che il quadro clinico era quello di una sindrome polialgica funzionale con tender points per la fibromialgia tutti positivi (18:18 secondo criteri ACR) con una chiara allodinia agli arti superiori e inferiori. La sintomatologia non è stata modificata dalla compensazione della vitamina D. Al momento della visita, avvenuta il 18 giugno 2013, lo stato osteoarticolare periferico era oggettivamente normale, la mobilità lombare conservata in tutte le direzioni e non v'erano segni radicolari irritativi o deficitari. La paziente era trattata con vitamina D e una fisioterapia combinata per i dolori lombari. Il reumatologo ha concluso affermando che una definizione precisa della capacità lavorativa residua per attività leggere e variate era da prevedere a causa delle alterazioni discali degenerative presenti a livello lombare e che non ha riscontrato altre patologie di valenza invalidante.

Nel secondo referto, il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, il 4 luglio 2013 (doc. C1) ha indicato di seguire l'attrice dal 15 maggio 2013 a causa di una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva insorta negli ultimi mesi sullo sfondo di importanti problemi ortopedici ed odontoiatrici. La sintomatologia presentata era composta di umore deflesso, ansia, insonnia, nervosismo, attacchi di panico con tremori sudorazione ed evitamento. La paziente presentava pure ritiro sociale, negativismo e preoccupazione per il futuro.

Nell'anamnesi remota, lo specialista ha segnalato un precedente episodio depressivo concomitante a difficoltà relazionali nel 1996.

Lo psichiatra ha evidenziato che l'interessata era seguita con colloqui di sostegno associati ad una terapia farmacologica antidepressiva ed ansiolitica con Zoloft 50 mg due volte al giorno e Xanax 0,25 mg due volte al giorno.

Stante questo stato di malattia, l'assicurata era inabile al lavoro per motivi psichici al 100% dal 15 maggio 2013 e fino a data da stabilire.

9. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti

che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.).

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 TF ha stabilito 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, p. 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 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 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'Al 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).

L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 - concetto ribadito ancora nella recente STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue:

" (...)

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...).

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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (CATTANEO, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in: RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. CATTANEO, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254)).

Per quanto attiene al disturbo somatoforme la dottrina (CATTANEO, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, loc. cit.) e la giurisprudenza (DTF 127 V 294) richiamano le considerazioni di MOSIMANN (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). In sostanza, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

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

10. Alla luce delle tavole processuali e della documentazione medica prodotta dalle parti, questo Tribunale, per i seguenti motivi, non ha alcuna ragione per distanziarsi dalle conclusioni cui è giunto il dr. med. _____, medico fiduciario dell'assicuratore malattia, il quale ha stabilito nel dicembre 2012 che l'attrice, dal profilo reumatologico, era completamente abile al lavoro in attività adeguate e confacenti al suo stato di salute, con le limitazioni ivi descritte.

Questa valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e

quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede.

Il dr. med. _____, specialista FMH in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attrice sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata.

Il più recente certificato del dr. med. _____ non è invece di alcun aiuto all'interessata, giacché il reumatologo che essa ha consultato nel giugno 2013 non si è pronunciato né sulla sua capacità lavorativa nell'attività di tassista né, soprattutto, sulla sua capacità lavorativa residua in attività leggere, a causa delle alterazioni discali degenerative presenti a livello lombare. Egli si è limitato ad esporre la diagnosi ed il quadro clinico.

Il medico curante, dr. med. _____, il 12 giugno 2013 ha invece brevemente evidenziato le patologie esistenti, fra cui quelle attinenti all'ambito reumatologico e psichiatrico, e ha genericamente giustificato un'incapacità al lavoro del 100%.

In sostanza, però, nessuno dei medici consultati dall'attrice ha preso posizione sulla perizia del 4 dicembre 2012 del medico a cui si è affidato l'assicuratore malattia per valutare il suo stato di salute.

Vero è che l'attrice stessa ha espresso le sue lamentele in proposito nella sua petizione, censure che, occorre però evidenziare, sono piuttosto di carattere fattuale e forse anche soggettivo, mentre nessuna dettagliata e completa opinione medica, ossia né da parte di uno specialista del ramo né da parte del suo medico curante, è stata formulata in merito al summenzionato referto peritale.

Si può dunque affermare che il parere del perito interpellato dall'assicuratore convenuto, peraltro esperto in materia, è rimasto incontestato dal profilo specialistico.

E questa circostanza è di fondamentale importanza.

Di conseguenza, al referto del medico interpellato dall'assicuratore malattia va dunque attribuita piena forza probante.

Indubbiamente, però, ciò vale soltanto per l'ambito reumatologico e non anche per l'aspetto psichiatrico evidenziato dall'attrice, non essendo egli specialista in questo campo.

Inoltre, il dr. med. _____ si è riferito comunque al momento in cui egli ha peritato l'assicurata e quindi alla fine dell'anno 2012, mentre i disturbi psichici dell'interessata sarebbero insorti nel 2013 e sono stati fatti valere con la petizione del maggio 2013.

Pertanto, la sua valutazione, oltre ad essere stata resa da un medico non specialista per gli aspetti psichici ed a non potere così beneficiare di pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti), è comunque in contrasto con il successivo rapporto psichiatrico del dottor _____ del 4 luglio 2013.

In merito a questo referto, il TCA osserva che l'esperto ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso

depressiva, evidenziando che era sorta negli ultimi mesi a seguito di importanti problemi ortopedici ed odontoiatrici.

Questa patologia presentava una sintomatologia composta di umore deflesso, ansia, insonnia, nervosismo, attacchi di panico con tremori, sudorazione ed evitamento. Tutto ciò le causava pure ritiro sociale, negativismo e preoccupazione per il futuro.

Lo specialista è quindi intervenuto con colloqui di sostegno e con una terapia farmacologica antidepressiva ed ansiolitica per curare l'assicurata.

Occorre qui rilevare che l'assicuratore malattia, preso atto di questo certificato medico, si è limitato ad affermare che l'inabilità dell'interessata attestata dal suo psichiatra curante dal 15 maggio 2013 fosse posteriore all'emanazione del provvedimento del 2 maggio 2013 impugnato dall'attrice (doc. IX). A prescindere dalla valenza di tale obiezione in realtà il dottor _____ afferma chiaramente che la *sua* presa a carico dell'assicurata è iniziata il 15 maggio 2013, ma che la sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva di cui l'interessata era affetta era insorta già da alcuni mesi.

L'attrice ha confermato questa circostanza, affermando: "*Infatti anche per la sindrome depressiva sono stata seguita dal Dott. _____ e solo in seguito dallo specialista Dott. _____.*" (doc. XI).

Inoltre, questo Tribunale evidenzia che l'assicuratore convenuto non ha contrapposto al referto in questione un'altra opinione di un medico specialista, e meglio non ha ritenuto la necessità di dovere sottoporre l'assicurata ad una visita medica specialistica alla stessa stregua che per il problema reumatologico.

In queste circostanze, non essendo stato messo validamente in dubbio dalla controparte, il certificato dello psichiatra curante acquisisce piena forza probatoria.

In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, l'attrice deve essere ritenuta inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lucrativa per motivi psichici.

11. Da quanto precede discende dunque che l'attrice, sulla scorta di questi disturbi psichici, ha diritto di continuare a percepire indennità giornaliera per malattia anche dopo il 2 settembre 2013, ossia dopo il termine di quattro mesi che l'assicuratore malattia le ha concesso per potere cambiare attività lucrativa stanti i suoi problemi reumatologici che le impedivano di riprendere l'attività di tassista indipendente.

Infatti, anche nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera sottoposta alla LCA, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute. In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, come nel caso di specie, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno,

l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'assicurato per procedere al cambiamento di professione, accertata la piena capacità lavorativa in attività confacenti al suo stato di salute, nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego (sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; DTF 114 V 289 consid. 5b; DTF 111 V 239 consid. 2a con riferimenti; RAMI 2000 pag. 123 consid. 3a; RAMI 1987 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440).

In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 pag. 106 consid. 2).

Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV 112, pag. 122 seg., l'allora TFA ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. La giurisprudenza è stata confermata con sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006.

Il Tribunale federale ha applicato la medesima giurisprudenza alle assicurazioni complementari contro le malattie rette dal diritto privato (sentenza 5C.74/2002 del 7 maggio 2002). In quel caso, l'Alta Corte ha ad esempio ritenuto ammissibile assegnare un termine di 3-5 mesi per il riadattamento professionale.

In concreto l'assicuratore, con scritto del 2 maggio 2013, ha assegnato all'attrice un termine scadente il 2 settembre 2013 per trovare un'occupazione confacente al suo stato di salute a causa dei

suoi problemi reumatologici.

Stanti però i succitati disturbi psichici che impediscono all'attrice di svolgere qualsiasi attività lucrativa, dal 3 settembre 2013 il suo diritto di percepire indennità giornaliera permane in essere purché la patologia psichica inabilitante comprovata. L'attrice invierà dunque all'assicuratore malattia dei certificati medici che attestino il suo stato di salute psichica al mese di settembre 2013 e per il tempo in cui sarà inabile.

Non va infatti dimenticato che l'ultimo certificato a disposizione risale ad inizio luglio 2013, ossia nel periodo durante il quale l'assicuratore continuava sì a versarle dette indennità, ma in virtù dei quattro mesi di tempo che le sono stati correttamente concessi per cambiare attività a causa dei disturbi reumatologici.

A quel momento, infatti, i problemi psichici non erano ancora stati attestati da certificati medici e quindi l'assicuratore malattia non ne era a conoscenza, perciò non sono stati considerati nella sua decisione di cambiamento di professione e di obbligo di ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute (art. 61 LCA), secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile e quindi sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009).

12. L'attrice ha chiesto al Tribunale di accertare il suo stato di salute qualora non sia ritenuta la sua inabilità lavorativa in attività leggere (doc. XI).

Questo Tribunale, in virtù del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove, prescinde dal dare seguito alla richiesta di parte attrice ritenuto, come visto, che la sua (in)capacità lavorativa dal profilo reumatologico è stata stabilita sulla base della perizia che l'assicuratore malattia ha richiesto al suo medico fiduciario e che i medici curanti dell'assicurata non hanno messo validamente in discussione.

Inoltre, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata).

Quanto all'inabilità lavorativa dovuta a problemi psichici apparsa nel 2013, spetterà all'attrice dimostrare che, al 3 settembre 2013 ed in seguito, detta problematica sia tuttora presente rispettivamente all'assicuratore comprovare, in caso di contestazione, che non l'interessata non sia inabile al lavoro per motivi psichici.

13. Il valore di causa è rappresentato dalla somma risultante dalla pretesa dell'attrice di ottenere il versamento di indennità giornaliera dal 3 settembre 2013 fino all'esaurimento del suo diritto contrattuale.

Va qui rammentato che con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013 il TF ha affermato:

" (...)

1.

Il ricorso è presentato dalla parte soccombente nella sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF), è tempestivo (art. 100 cpv. 1 LTF) ed è volto contro una sentenza finale (art. 90 LTF) emanata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile (art. 72 cpv. 1 LTF). Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)" (...).

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

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **accolta**.

§ Il diritto di AT 1 al riconoscimento di indennità giornaliera per malattia successivamente al 3 settembre 2013 è riconosciuto nella misura in cui essa comprovi il sussistere di una inabilità al lavoro per problemi psichici.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si attribuiscono ripetibili.

3. 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