

Raccomandata

Incarto n.

36.2014.30

Lugano

7 luglio 2014

CS

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 marzo 2014 di

AT 1

rappr. da: RA 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

A. AT 1, nata nel 1962, da ultimo infermiera a domicilio per la _____, era assicurata contro la perdita di guadagno in caso di malattia presso CV 1 (di seguito: CV 1) per il tramite di un contratto collettivo stipulato dal proprio datore di lavoro (doc. A2).

In seguito ad una totale inabilità lavorativa l'assicuratore le ha versato indennità giornaliera dal 19 dicembre 2008 al 18 dicembre 2010 (esaurimento del diritto alle prestazioni; doc. A3).

B. Con decisione del 27 gennaio 2014 l'UAI ha posto l'interessata al beneficio di una rendita intera dell'AI dal 1° marzo 2010 al 1° settembre 2010 e di una mezza rendita dal 1° dicembre 2010 (doc. A4).

C. Il 15 ottobre 2013 l'assicuratore ha informato AT 1 che il sovraindennizzo per il periodo dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010 sarebbe ammontato a fr. 14'058 e che l'importo sarebbe stato chiesto direttamente alla Cassa di compensazione competente per l'erogazione della rendita AI (doc. 13).

D. Con petizione del 31 marzo 2014 AT 1, rappresentata dalla RA 1, si è rivolta al TCA, chiedendo la condanna di CV 1 al versamento dell'importo di fr. 5'623,20 (doc. I).

L'interessata rammenta che dal 19 dicembre 2008 è completamente inabile al lavoro, che è stata posta al beneficio delle indennità giornaliere erogate da CV 1 fino al 18 dicembre 2010 (doc. 3) e che a causa della sua inabilità lavorativa il 10 agosto 2009 ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI. Con sentenza 32.2012.122 il TCA ha riconosciuto all'attrice una rendita intera dal 1° marzo 2010 al 1° settembre 2010 ed una mezza rendita dal 1° dicembre 2010.

L'assicurata non contesta il diritto di CV 1 di porre in compensazione le prestazioni versate con quelle dovute dall'AI, ma sostiene che l'assicuratore non ha eseguito un calcolo corretto, poiché l'ha ritenuta salariata al 100%.

L'attrice evidenzia che nel periodo oggetto di sovraindennizzo ha mantenuto lo statuto di infermiera indipendente, per la quale non aveva sottoscritto alcun contratto d'assicurazione per la copertura dell'incapacità di guadagno in caso di malattia ed aveva lavorato quale infermiera dipendente per la _____, dove invece era affiliata presso CV 1 per l'incapacità di guadagno in caso di malattia.

Per l'assicurata gli arretrati della rendita intera vanno a compensare entrambe le perdite di guadagno, la rendita indennizzando sia l'attività svolta presso _____ nella misura del 60%, sia il 40% del pensum che l'interessata svolgeva quale indipendente. L'attrice sostiene infatti che il grado d'invalidità è stato fissato nel seguente modo: salariata presso _____ quota parte: 60%, limitazione: 100%, grado d'invalidità 60%; ipotetica attività salariata altrove: 40%, limitazione: 100%; grado d'invalidità: 40%, per un totale del 100%.

Dunque, per l'assicurata, durante il periodo di corresponsione della rendita intera, solo 3/5 della rendita (cioè 60/100) sono serviti ad indennizzare l'attività assicurata da CV 1 e possono venir conteggiati nel calcolo del sovraindennizzo. Secondo l'attrice la compensazione corretta concerne unicamente 3/5 ed ammonta a fr. 8'434.80. Fr. 5'623.20, ossia i 2/5 della rendita intera versata nel periodo in questione, le vanno invece restituiti.

E. L'assicuratore, con risposta del 24 aprile 2014, propone la reiezione della petizione (doc. III).

CV 1 sostiene che l'interessata svolgeva un'attività solo per il proprio datore di lavoro e che non vi sono indizi secondo i quali nel periodo litigioso l'attrice avesse interesse a lavorare per due o più datori di lavoro. Per la convenuta è improponibile affermare che il

complessivo grado d'invalidità per il periodo dal 1° marzo al 31 agosto 2010 pari al 100% sia da dividere in ragione del 60% per l'attività salariata e del 40% per l'attività ipotetica, entrambe con limitazione al 100%. L'attrice ha espletato una sola attività salariata e la compensazione deve ritenere la circostanza che il 60% di grado di attività presso _____ corrispondesse al proprio reddito da salariata (cioè 100% della propria entrata).

F. Con osservazioni dell'8 maggio 2014 l'attrice ha ribadito la sua posizione e meglio la circostanza che dalla pratica AI emerge la volontà e la necessità economica di non volersi accontentare di un'attività al 60%, come quella svolta presso _____. Senza problemi di salute l'interessata avrebbe avuto la volontà di svolgere un'attività a tempo pieno. Non è corretto, secondo l'attrice, che tutti gli arretrati della rendita intera d'invalidità vadano a compensare unicamente la perdita di guadagno per l'attività svolta, parzialmente, in favore di _____ (doc. V).

G. Il 13 maggio 2014 il TCA ha domandato all'attrice l'autorizzazione a richiamare l'incarto AI ed a sottoporlo alle parti (doc. VII), mentre il 21 maggio 2014, ottenuto quanto richiesto, ha richiamato dall'UAI l'intero incarto (doc. X).

H. Il 3 giugno 2014 il Tribunale ha assegnato alle parti un termine scadente il 16 giugno 2014 per presentare eventuali osservazioni scritte in merito al contenuto dell'incarto AI (doc. XII). L'attrice ha affermato di non aver nulla da aggiungere (doc. XIII), mentre la convenuta è rimasta silente.

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 (cfr. 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; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999).

nel merito

2. Oggetto del contendere è la questione di sapere se la convenuta, per il periodo dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010, ha chiesto in compensazione alla cassa competente un importo troppo elevato e se deve di conseguenza versare all'attrice
fr. 5'623,20.

3. Per quanto concerne l'indennità perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato, come emerge da una sentenza del TF 4A_53/2007 del 26 settembre 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, cfr. ADRIAN VON KAENEL, Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeld-versicherung: 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 fanno in particolare stato le Condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA) _____ – assicurazione malattie e infortuni, edizione 2006 (doc. 1 pag. 6 e doc.

2) e le Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) di _____ per prestazioni assicurate nell'ambito dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera.

Ai sensi dell'art. _____ CGA in generale è applicabile la legislazione svizzera, in particolare: la LCA, la LPGA, la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni e le relative ordinanze. Sono considerate inoltre basi del contratto ai sensi dell'art. _____ CGA: le dichiarazioni scritte del contraente e degli assicurati, segnatamente nella proposta d'assicurazione e nei formulari di notifica, la polizza e le eventuali aggiunte, le CGA e le condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) _____” e “_____” e gli accordi e le convenzioni speciali, purché siano stati confermati dall'assicuratore nella polizza come Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).

A norma dell'art. _____ 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. Per l'art. _____ 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 mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

Secondo l'art. _____ CGA 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.

Per l'art. _____ CSA a condizione che le prestazioni assicurative siano indicate nella polizza, l'assicuratore accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa in seguito a malattia o infortunio.

A norma dell'art. _____ CSA il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera esiste soltanto nella misura in cui per la persona assicurata non ne risulti alcun guadagno assicurativo (assicurazione danni).

Secondo l'art. _____ CSA valgono quale guadagno assicurativo le prestazioni che eccedono la copertura completa della perdita di guadagno della persona assicurata. Sono escluse le prestazioni derivanti da assicurazioni di somma fissa, assicurazioni di capitale e assicurazioni pensionistiche che sono state stipulate nell'ambito della previdenza facoltativa.

L'art. _____ CSA regola il sovraindennizzo.

Per l'art. _____ CSA la concomitanza con prestazioni di assicuratori sociali non può condurre ad un sovraindennizzo della persona assicurata. Il limite di sovraindennizzo è pari all'ammontare delle prestazioni assicurate secondo il paragrafo _____ CGA.

Le prestazioni di indennità giornaliera vengono corrisposte a complemento delle prestazioni di assicurazioni sociali e delle assicurazioni secondo la LPP. Di conseguenza, l'obbligo di prestazione dell'assicuratore si limita alla differenza tra le prestazioni delle assicurazioni sociali – inclusa l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal - e delle assicurazioni secondo la LPP e il summenzionato limite di sovraindennizzo.

Giusta l'art. _____ CSA l'assicuratore domanda il rimborso delle prestazioni che corrisponde in vista di una rendita d'invalidità direttamente all'assicurazione federale per l'invalidità a partire dalla data dell'inizio della rendita. L'importo della domanda di rimborso corrisponde all'ammontare del sovraindennizzo secondo il paragrafo _____. Se presso un assicuratore privato sussiste un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o infortunio, l'assicuratore accorda l'indennità giornaliera proporzionalmente.

A norma dell'art. _____ CGA nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera e nell'assicurazione complementare alla LAINF, è assicurata la percentuale del salario AVS indicata nella polizza con le relative componenti. Il salario annuo massimo assicurabile è indicato nella polizza. Per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni retta dalla LAINF valgono le disposizioni legali.

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).

Nella fattispecie le parti hanno concluso un'assicurazione contro i danni. Infatti nella polizza assicurativa figura che in caso di malattia la prestazione corrisponde al 90% del salario effettivo, per una durata

delle prestazioni di 730 giorni per caso ed un periodo di attesa di 14 giorni per caso (doc. 1; cfr. anche art. _____ CSA). La questione non è del resto oggetto del contendere.

6. In concreto l'attrice evidenzia che per il periodo dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010 ha percepito indennità giornaliera per complessivi fr. 18'473,60, pari al 90% del salario determinante, a causa della sua totale incapacità lavorativa per l'attività svolta in favore della _____ (cfr. doc. A5).

Questo importo non è contestato (doc. I).

L'assicurata rileva inoltre che le indennità sommate agli arretrati della rendita AI superano di fr. 14'058 (cfr. anche doc. A4) il salario determinante e che la convenuta, in applicazione degli art. _____ e _____ CSA ha *"il diritto, che qui non è contestato, di chiedere la restituzione delle prestazioni di assicuratori sociali che conducono al sovraindennizzo della persona assicurata"* (doc. I, pag. 3).

L'interessata sottolinea che il limite di sovraindennizzo è pari all'ammontare delle prestazioni assicurate e per questo l'assicuratore nella richiesta alla cassa di compensazione ha preteso la totalità degli arretrati dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010.

L'attrice non ritiene corretto l'agire dell'assicuratore e sostiene che la rendita d'invalidità corrisponde ad una perdita di guadagno di un'attività esercitata al 100%, mentre per la _____ svolgeva un'attività solo al 60%. Per l'interessata la compensazione può di conseguenza essere fatta valere solo in questa misura e meglio solo per un importo di fr. 8'434.80. I restanti fr. 5'623.20 le devono di conseguenza essere restituiti. Infatti per il 40% le conseguenze economiche dovute alla malattia sono state direttamente da lei sopportate, non potendo né esercitare un'attività indipendente, né cercare un'altra attività dipendente. Per l'attrice la rendita intera indennizza sia l'attività svolta in favore di _____ che il 40% di *pensum* che non svolgeva presso la citata datrice di lavoro.

La tesi dell'attrice non può essere seguita.

Dagli atti, e meglio dall'incarto AI richiamato dall'assicurata, emerge che l'interessata, pur avendo espresso il desiderio di voler svolgere, senza il danno alla salute, la propria attività professionale aumentando la percentuale lavorativa fino al 100% (cfr. inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 13 ottobre 2010 [doc. AI 44-3] e del 9 giugno 2011 [doc. AI 59-2]), dal 1° aprile 2008, con l'inizio dell'attività presso l' _____, aveva terminato la propria attività di infermiera indipendente (pur continuando ad essere affiliata in tale qualità [cfr. incarto AI]) e, con il 30 giugno 2008, sempre per motivi estranei al danno alla salute (insorto nel dicembre del medesimo anno [cfr. pag. 12 della sentenza 32.2012.122 del 27 novembre 2012]), non ha più neppure svolto l'attività accessoria di aiuto contabile.

In uno scritto del 24 agosto 2009 all'Ufficio AI (doc. AI 9), precedente all'inizio della vertenza in esame, circa l'attività di infermiera indipendente, iniziata il 1° luglio 2004 (cfr. pag. 35, doc. 9 incarto AI), l'attrice aveva infatti affermato che *"dall' aprile 2008, un'attività dello stesso genere quale dipendente presso _____"*

ha occupato il tempo che avevo a disposizione, quindi l'attività indipendente è stata messa da parte" (sottolineatura del redattore).

Anche nel rapporto finale del 15 giugno 2010 della consulente in integrazione dell'Al, allestito nel corso del periodo litigioso (1° marzo 2010 – 31 agosto 2010), figura che *"dal 1 luglio 2004 al 1 aprile 2008 l'A. ha lavorato come infermiera indipendente a domicilio dei pazienti con un'occupazione variabile. Come attività accessoria si segnala un impiego come aiuto ufficio dal 1 aprile 2004 al 30 giugno 2008 a % variabile presso _____ di _____ (rapporto di lavoro sciolto non a causa del danno alla salute). A partire dal 1 aprile 2008 l'A. è impiegata come infermiera presso la _____ con un impegno lavorativo regolare"* (doc. Al 41-2).

Questo TCA deve di conseguenza ritenere che l'attrice dal 1° aprile 2008, ossia prima dell'inizio del danno alla salute (nel dicembre 2008; cfr. pag. 12 della sentenza 32.2012.122 del 27 novembre 2012) aveva cessato, di fatto, l'attività di infermiera indipendente, poiché impegnata con l'attività svolta per la _____ (cfr. pag. 35, doc. 9 incarto Al).

In seguito, dal mese di dicembre 2008 fino al mese di marzo 2010, essendo totalmente inabile al lavoro (cfr. sentenza 32.2012.122 del 27 novembre 2012, pag. 12), non ha più potuto svolgere altre attività e neppure dal mese di aprile 2010, pur essendo, in linea teorica, abile al 50% e, dal mese di maggio 2010, al 70% (da dicembre 2010 nuovamente al 50%; cfr. sentenza 32.2012.122 del 27 novembre 2012, pag. 12), ha esercitato una professione.

A questo proposito il 12 marzo 2010 il medico curante, dr. med. _____, ha affermato di considerare l'attrice inabile al 100% e che *"di conseguenza la sig.ra AT 1 non ha per nulla ripreso la sua attività di infermiera domiciliare e al momento attuale non è prevedibile una riduzione dell'inabilità lavorativa"* (doc. Al 33-1). Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 29 marzo 2010 ha tra l'altro affermato che *"la paziente lamenta costantemente un'intensa debolezza muscolare e un'affaticabilità che la costringono a svolgere le sue attività solo la mattina e che hanno impedito una ripresa della capacità lavorativa"* e che *"ha provato per suo conto ad aiutare nell'igiene personale un'amica che recentemente aveva subito un'operazione chirurgica. Purtroppo vi ha dovuto rinunciare per l'impossibilità a sostenere lo sforzo fisico"* (doc. Al 34-1).

Nell'anamnesi lavorativa riportata nella valutazione del 3 maggio 2010 dei medici SMR, dr. med. _____ e dr. med. _____, non vi è alcun cenno ad una ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera ed anzi viene indicato: *"IL 100% dal dicembre 2008"* (doc. Al 38-2). I medici SMR rilevano poi che *"l'assicurata oggi riferisce di essere stata malissimo da ottobre 2008, poi nella primavera 2009 avrebbe cominciato a uscire di casa in giardino, e, da maggio 2009, a recarsi "con qualcuno della famiglia" alla guida dell'auto a fare la spesa a _____". Ora uscirebbe anche da sola per la spesa, il marito aiuterebbe per le cose pesanti; da alcuni mesi avrebbe ripreso a cucinare"* (doc. Al 38-5). Anche nella descrizione della vita quotidiana non vi è alcun accenno ad un'attività lucrativa (doc. Al 38-5/6; cfr. anche: *"I suoi crucci principali sono, a suo dire, l'aver interrotto l'attività di infermiera cure palliative e il violino"* [doc. Al 38-6]). Il 28 agosto 2010 il medico curante, dr. med. _____, ha ancora affermato che l'interessata, *"in base alle mie valutazioni*

regolari rimane tuttora inabile al lavoro al 100% a lungo termine quale infermiera domiciliare" (doc. Al 43-1) e nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 13 ottobre 2010 non emerge che l'interessata abbia nel frattempo svolto un'attività lavorativa. L'interessata, in quell'occasione ha riferito che *"il momento migliore della giornata è il mattino, poi gradualmente le energie scemano e di regola arriva a sera esaurita"*. Essa, come già visto, ha manifestato l'intenzione di lavorare al 100% se non fosse insorto il danno alla salute e quale attività svolta ha citato quella presso la _____ (*"infermiera a domicilio in misura di 26 ore settimanali circa, quale media"*) ed ha confermato le indicazioni fornite dal datore di lavoro nell'apposito questionario (doc. Al 44-3; cfr. doc. Al 41-3; doc. Al 15 e seguenti; cfr. anche doc. Al 59-2).

Anche nella perizia psichiatrica del 15 aprile 2011 del dr. med. _____, non figura che l'interessata abbia ripreso a lavorare (cfr. doc. Al 56-2: *"dal lato finanziario beneficia dell'assegno integrativo e dello stipendio del marito che lavora come restauratore indipendente"*; cfr. anche doc. Al 56-5, descrizione della giornata) ed in una nota interna del 29 luglio 2011 relativa ad una telefonata con l'attrice, una funzionaria dell'UAI rileva che l'interessata le ha comunicato che *"il datore di lavoro ha interrotto il rapporto lavorativo nel dicembre 2010 per motivi correlati al suo assenteismo per malattia. Ha percepito indennità perdita di guadagno fino ad allora. L'assicurata mi conferma la necessità economica di svolgere un'attività lucrativa a tempo pieno. Desidera dunque ora essere considerata salariata al 100%. Mi comunica che provvede al suo sostentamento grazie al reddito del coniuge e al beneficio di assegni integrativi per i figli"* (doc. Al 63-1).

Alla luce di quanto sopra questo TCA deve concludere che l'interessata, prima dell'insorgere del danno alla salute (dicembre 2008), ha cessato sia l'attività di infermiera indipendente (dal 1° aprile 2008), che quella accessoria di aiuto contabile (30 giugno 2008). Per cui l'unica attività che ha dovuto interrompere a causa dell'insorgere delle malattie invalidanti è stata quella svolta in favore dell' _____.

Certo, senza il danno alla salute l'interessata avrebbe voluto aumentare la percentuale lavorativa per poter esercitare la propria professione al 100%.

Tuttavia questa circostanza, importante per il calcolo del grado d'invalidità della rendita AI (doc. Al 71-1), non può esserle d'aiuto, nel preciso caso di specie, nell'ambito del calcolo del sovraindennizzo.

Infatti, l'art. _____ CSA prevede espressamente il divieto del sovraindennizzo tra le prestazioni di indennità giornaliere versate in ragione del contratto in essere e le prestazioni di assicurazioni sociali, e dunque anche dell'AI. L'assicuratore, a norma del contratto, versa unicamente la differenza tra quanto erogato dalle assicurazioni sociali e la percentuale del salario AVS indicata nella polizza con le relative componenti (art. _____ CSA e art. _____ CGA), affinché la persona assicurata continui a conseguire un reddito simile a quello introitato prima di incorrere nel danno alla salute.

In altre parole, la persona assicurata non deve trarre alcun

arricchimento e non può pretendere di trovarsi in una situazione economica migliore rispetto a quella in cui era in precedenza.

In concreto, prima del danno alla salute l'interessata svolgeva solo l'attività di infermiera presso la _____. Solo questa professione è stata interrotta a causa delle patologie invalidanti.

Per cui è a giusta ragione che l'assicuratore, conformemente agli art. _____ CSA e _____ CGA, ha compensato le rendite cui aveva diritto l'interessata dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010 con le indennità giornaliere erogate nel medesimo periodo.

Se si volesse invece seguire la tesi dell'attrice, quest'ultima, con il versamento da lei richiesto di 2/5 delle rendite AI, ossia di fr. 5'623,20, si troverebbe in una situazione economica migliore rispetto a quella precedente l'insorgere della malattia. Ciò andrebbe contro lo scopo della copertura assicurativa in essere e costituirebbe un palese sovraindennizzo.

In queste condizioni il calcolo dell'assicuratore che ha chiesto direttamente alla Cassa di compensazione il versamento dell'importo di fr. 14'058, poiché inferiore rispetto all'ammontare di fr. 18'473.60 delle indennità giornaliere versate all'attrice dal 1° marzo 2010 al 31 agosto 2010 deve essere confermato.

La petizione va di conseguenza respinta.

7. Con la petizione l'attrice ha chiesto l'assunzione di ulteriori prove, e meglio il richiamo dell'incarto AI e dell'incarto della convenuta.

L'assicuratore ha prodotto quanto richiesto con la risposta (doc. III), mentre pendente causa il TCA ha acquisito la documentazione AI completa (doc. XI/bis).

Alla luce degli atti prodotti, il cui contenuto non è contestato, ritenuto che la fattispecie è stata chiarita, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

Va qui rammentato che 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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

8. Il valore di causa è rappresentato dall'importo di fr. 5'623,20

chiesto dall'attrice.

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)"

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.
Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. 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).