

TI_GERICHTE 36.2002.52 vom 18. März 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-03-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.52

FR: TI_GERICHTE 36.2002.52 du 18 mars 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.52 del 18 marzo 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 21

und 99 V 79 = Pra 63 Nr. 74 zu verweisen, zur Eröffnung von Verfügungen an andere Sozialversicherungen auf Art. 121 KVV." (G. Eugster: Krankenversicherung, in SBVR 1998, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, sottolineature del redattore) In particolare nella sentenza emanata dal TFA, vigente la lami, pubblicata in DTF 96 V 13 e segg., pag. 20 e 21, al considerando 4a l'Alta Corte rammenta: " b)(...) Mais, bien que la décision du 11 juin 1968 n'ait pas été précédée d'une première décision et d'un refus, on doit la traiter comme un décision formelle, puisqu'elle porte la mention de la voie et du délai de recours. L'art. 30 al. 1er LAMA ne s'oppose pas à ce qu'une caisse presume l'opposition de son assuré et conçoive d'emblée sa décision comme une décision formelle. L'art. 30 cpv. 1 LAMI prevedeva che "se un assicurato o la persona postulante l'ammissione non accetta una decisione della cassa, questa deve, entro 30 giorni, emanare una decisione formale e notificarla per iscritto all'interessato, con indicazione dei motivi, dei mezzi e del termine di ricorso." Ora, questo disposto è stato sostituito da una norma analoga. Infatti, per l'art. 80 LAMAL se " l'assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato". Nel caso concreto, la Cassa poteva dunque emanare una decisione formale senza prima trasmettere una semplice risoluzione all'assicurata. Del resto, i suoi diritti sono stati salvaguardati nella misura in cui essa si è tempestivamente opposta facendo valere le motivazioni che l'hanno indotta ad impugnare la decisione. Neppure la richiesta di motivare l'opposizione figurante nella decisione formale del 5 dicembre 2001 può essere un motivo di nullità. Infatti, in una sentenza del 30 giugno 1997 (DTF 123 V 128) il TFA si è così espresso circa l'obbligo dell'ente assicuratore di rivolgersi all'assicurato la cui opposizione non è sufficientemente motivata o chiara: " (...) a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances rendue en matière d'assurance-accidents, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable "moyen juridictionnel" ou "moyen de droit" (ATF 118 V 185 consid. 1 a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285).

Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 119 V 350 consid. 1 b). Il n'y a pas de raison de ne pas appliquer à la procédure d'opposition en matière d'assurance-maladie les principes susmentionnés élaborés en relation avec l'assurance-accidents. En effet, les développements précédents résultent d'un concept général de la procédure administrative et ne sont pas spécifiques au domaine de l'assurance-accidents. b) Cela étant, les exigences de forme relatives à l'opposition ne sauraient être plus sévères que celles qui ont trait à la recevabilité du recours devant l'autorité cantonale. A cet égard, l'art. 87 let. b seconde phrase LAMal prévoit que, si l'acte ne contient pas notamment un exposé succinct des motifs, le tribunal impartit un délai convenable à son auteur pour combler les lacunes (comp. GHÉLEW/RAMELET/RITTER, op.cit. p. 285). Aussi bien, par analogie avec la disposition légale précitée, l'assureur-maladie doit-il impartir à l'assuré un délai convenable pour que celui-ci remédie au défaut de motivation de son opposition. Ainsi, il incombe dans tous les cas à l'assureur d'interpeller l'assuré dont l'opposition ne serait pas suffisamment motivée ou claire avant d'en tirer des conséquences définitives (MAURER, op.cit. p. 163; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, op.cit. p. 285). Le comportement contraire de l'assureur relèverait en effet du formalisme excessif, proche du déni de justice, dès lors que la stricte application d'une règle de procédure - au demeurant non écrite - ne se justifie par aucun intérêt digne de protection (comp. RAMA 1988 no U 60 p. 442 ss consid. 2a, 2b et 2c)." (cfr. DTF 123 V 128) Per cui la richiesta della Cassa contenuta nella decisione formale di voler motivare l'opposizione non solo non comporta la nullità della decisione, bensì essa è del tutto legittima per permettere all'assicuratore di dedurre quali argomenti potrebbero semmai rendere necessaria una modifica della decisione formale. Assodata la conformità alla legge della procedura adottata dalla Cassa, il TCA deve entrare nel merito del gravame. Nel merito 2.3. L'insorgente rileva anzitutto che i medici non concordano nel sostenere che la ricorrente è abile al 100% in un'altra attività rispetto a quella esercitata fino ad allora, ad esempio aiuto infermiera in un altro reparto di una struttura sanitaria. Essa fa inoltre valere che una riqualifica professionale in soli 4 mesi sarebbe impossibile. Per cui l'incapacità lavorativa sarebbe del 100% e non del 17% come ritenuto dalla Cassa. Giusta l'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (cfr. comunque le condizioni contrattuali che vincolano la ricorrente infra pto. 2.8.). Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI - applicabile anche all'art. 72 LAMal (cfr. RAMI 1998 KV45, p. 430) - viene considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta, oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 cons. 1c; 111 V 239 cons. 1b; A. Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, T. I, p. 286 ss.). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983, p. 293; 1987, p. 106ss.) - bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283, consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. Anche

nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie vige tuttavia il principio - comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato é tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 115 V 53; 114 V 285, cons. 3; 111 V 239 cons. 2a; 105 V 178 cons. 2; Maurer, op. cit. t. II p. 377). Quindi, se da un lato, la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui é ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso di incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, é obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili. Va, qui, rilevato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità che, secondo la dottrina, permette di pretendere un determinato comportamento dalla persona interessata, malgrado ciò presenti degli inconvenienti (E. Peter, Die Koordination des Invalidenrente, Schulthess 1997 pag. 71 e dottrina ivi citata).

2.4. Circa l'incapacità lavorativa dell'assicurata, rilevato che le parti sono concordi nel ritenere che essa è inabile al 100% nella professione svolta fino ad ora (aiuto infermiera in sala operatoria e in ortopedia presso la _____, cfr. doc. _), dall'inserito medico agli atti emerge quanto segue. Nel rapporto 21 maggio 2001 del dr. _____ risulta che: "All'origine dei dolori lombari presenti da tempo ed in particolare da febbraio di quest'anno con attualmente una certa resistenza alle terapie proposte vi sono alterazioni statiche del rachide ed in particolare una degenerazione segmentale al livello L3/4 in una paziente atletica ma in sovrappeso. Persiste una sindrome vertebrale di una certa rilevanza che non le permette attualmente di svolgere il lavoro di aiuto infermiera al posto attuale (sala operatoria o reparto ortopedico) in maniera normale. Ritengo comunque esigibile la ripresa del lavoro in misura del 50% (presenza ridotta al posto di lavoro) a partire dal 21.05.2001. Alla luce delle constatazioni cliniche e radiologiche attuali ho qualche dubbio, che la paziente possa realizzare un'abilità lavorativa normale se non in un reparto con mansioni meno gravose per la schiena. In quest'ottica non posso che sostenere le sue intenzioni di farsi trasferire in un settore con una casistica meno complessa per quanto riguarda le cure infermieristiche. La signora _____ ha già avuto un colloquio con il capo personale della clinica, per ora a quanto pare senza riscontro. Proporrei un nuovo controllo qualora l'inabilità lavorativa parziale dovesse persistere per altre 6 settimane circa. Occorrerebbe allora eventualmente un'intervenzione da parte della Cassa Malati presso il datore di lavoro per un trasferimento della paziente in un altro reparto." (doc. _) Con scritto 18 luglio 2001 alla dr.ssa _____, il Dr. med. _____ ha affermato: " (...) Per quel che riguarda l'attività lavorativa sono dell'opinione che la paziente attualmente sia completamente inabile al lavoro e rimarrà inabile fino a quando una correzione della statica non sia raggiunta attraverso rinforzo muscolare e riduzione di peso. E' assolutamente da escludere un'attività lavorativa che si svolge prevalentemente in posizioni statiche, quindi in piedi e seduta. Ma entrano in considerazione unicamente quelle attività dove la paziente ha la possibilità di variare ripetutamente fra posizioni statiche ed in movimento e che presentano un'ergonomia favorevole nella quale non debba sollevare ripetutamente dei pesi. Una riqualifica professionale, indirizzando la paziente verso un'attività che abbia queste caratteristiche, mi sembra indicata a partire da quel momento che la sintomatologia sia in fase di regressione." (cfr. doc. _) Con lettera dello stesso giorno al dr. med. _____ della _____, il dr.

med. _____ ha affermato tra l'altro: "Il Dr. _____ è del parere che la paziente non possa più essere abile in maniera completa in questa attività e che un trasferimento in un reparto con attività nettamente più leggera, per esempio reparto maternità, possa favorire eventualmente la ripresa del lavoro in misura completa. Personalmente condivido quest'opinione e sono convinto che la paziente come aiuto infermiera non potrà più riprendere in misura completa la sua attività ed anche al 50% c'è da aspettarsi ad intervalli un'interruzione dell'attività lavorativa. E' probabile, come espresso dal Dr. _____ che in un reparto per esempio come maternità, dove la paziente non deve sollevare ripetutamente pazienti, la situazione possa notevolmente migliorare. Qualora questo trasferimento non fosse possibile è da prendere seriamente in considerazione la possibilità di una riqualifica professionale, per esempio tramite l'AI, poiché nell'attività attuale la paziente non potrà più riprendere in maniera completa il suo lavoro." (doc. _) Nel referto della Clinica _____ non viene invece presa posizione circa l'abilità lavorativa dell'assicurata ma emerge quanto segue: " (...) La paziente viene indirizzata la nostro istituto dalla Dr.ssa. _____ il suo medico curante e FMH in medicina generale con una situazione caratterizzata di dolore lomboischiatrico acuto più spiccato a destra, con impedimento funzionale importante resistente alla terapia ambulatoriale e parallelamente una incapacità lavorativa prolungata. Quale suggerimento si pone in prima linea la richiesta di una terapia analgica, miglioramento della capacità funzionale, rivalutazione delle lesioni o potenzialità riabilitativa e quindi un mantenimento o reintegrazione nel contesto lavorativo. Abbiamo preso in considerazione in modo particolare l'indicazione per un approccio pluridisciplinare del dolore cronico com'è stato suggerito dal curante. Come dati soggettivi la paziente ha dei dolori a valle del rachide lombare con l'irradiazione alla regione gluteale verso a destra. L'esordio del dolore risale al 1995 al realizzare un movimento per alzare un oggetto pesante dal pavimento da allora il comportamento del dolore era subcontinuo ovvero parossistico trasformandosi da febbraio del 2001 in dolore continuo refrattario alle misure fisiatriche nonché ai farmaci. Circa quattro giorni prima dell'ammissione presso le nostre strutture lamenta ancora una riacutizzazione della sintomatologia. Riferisce di non avere riposo neppure durante il periodo di sonno. Dal punto di vista oggettivo abbiamo riscontrato un blocco funzionale in flessione del rachide lombare sia per chinarsi come pure per raddrizzarsi con un ritmo spinale patologico. Inoltre notasi un blocco alla flessione laterale e particolarmente a sinistra. La muscolatura era molto dolente alla palpazione sia dei quadrati lombari come della muscolatura glutea a destra > sinistra. Il tono muscolare pure era aumentato. Dall'esame non si evidenzia nessun segno per irritazione radicolare. Una RMI lombare eseguita in data 19.02.2001 descrive la presenza di una discopatia degenerativa L3/L4 in assenza di ernie. Il 02.03.2001 viene visitata dal Dr. med. _____, FMH neurochirurgia che menziona nelle conclusioni la presenza di una "sindrome lombo-vertebrale, nell'ambito di una discopatia degenerativa L3/L4" e consiglia la terapia conservativa. Il 21.05.2001 la paziente è visitata dal Dr.med. _____, FMH in reumatologia e fisioterapia che conclude con la diagnosi di "sindrome lombovertebrale recidivante con/da: turbe statiche (iperlordosi lombare) e alterazioni degenerative". Da parte nostra non vi sono nuovi elementi per la diagnosi tranne la presenza di un'importante sindrome miofasciale con sbilancio della muscolatura sommato a una probabile sofferenza nell'ambito psichico tuttora non chiarificato. Durante la degenza abbiamo messo l'accento sulla prevenzione della cronicizzazione mediante una presa a carico pluridisciplinare che ha insistito su due punti: l'approccio al dolore quale sofferenza non solo organica e la valutazione della reale capacità funzionale nell'ambito delle attività

domestiche, professionali, sociali e sportive." (cfr. doc. _) Dal certificato del medico fiduciario della Cassa del 20 settembre 2001 (doc. _) emerge quanto segue: " Sulla base dei diversi rapporti medici a disposizione ritengo che l'assicurata indicata a margine possa essere ritenuta abile al lavoro nella misura del 100 % (capacità medico teorica) in attività professionali adeguate cioè adatte pure alle conoscenze professionali disponibili, ad esempio, come aiuto infermiera; aiuto farmacista. Naturalmente resta indispensabile che la signora _____ possa, come del resto rilevato dal collega _____, muoversi liberamente, cioè alzarsi e restare seduta a seconda delle proprie necessità fisiche: in questo caso la capacità lavorativa non sarebbe minimamente limitata." (cfr. doc. _) 2.5. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), la nostra 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 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare oggettivamente tutti i mezzi di prova, qualunque ne sia la provenienza, e in seguito decidere se il materiale probatorio a disposizione permette di concludere con un corretto giudizio sui diritti litigiosi. Ove vi fossero rapporti medici contraddittori, il giudice non può liquidare il caso senza valutare il materiale probatorio nel suo insieme e indicare le ragioni per le quali si fonda su una tesi piuttosto che su un'altra. Per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico, si deve accertare se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce a esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto conoscendo la pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e se le conclusioni cui perviene sono fondate (DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti ivi citati). Elemento determinate dal profilo probatorio, non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio richiesto

sotto la qualifica di rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). 2.6. Come emerge dagli atti sia il dr. med. _____ che il dr. med. _____ concludono che l'insorgente potrebbe svolgere un'altra attività, sempre in ambito sanitario, tuttavia in reparti che non comportano il sollevamento ripetuto di pazienti, quale per esempio la maternità (cfr. doc. _). Ciò trova conferma pure nella valutazione del medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____ che conferma l'abilità al 100% in altre attività (doc. _). L'assicurata chiede tuttavia di essere sottoposta ad una perizia per valutare il suo grado di capacità lavorativa in un'altra attività confacente al suo stato di salute. A mente del TCA l'erezione di una perizia non si impone. Infatti, nel frattempo l'insorgente, dal 1° maggio 2002, è stata assunta dall'Ospedale _____ in qualità di ausiliaria di cure dove percepisce un salario lordo a ore di fr. 25.88 ed è occupata su chiamata. Nel mese di maggio 2002 ha lavorato per un totale di 143.67 ore e le è stato versato un salario lordo di fr. 3'264,15 (doc. _). Appare dunque evidente che l'insorgente è abile in altre attività come quelle descritte dai medici che l'hanno visitata. Tant'è che attualmente essa lavora quale ausiliaria di cure. Quindi, sulla base del salario attualmente percepito va esaminato se la Cassa deve comunque erogare indennità per malattia. 2.7. Nella sentenza pubblicata in RAMI 1989, p. 106ss., la nostra alta Corte federale ha stabilito che, per il diritto all'indennità ex art. 12bis LAMI, qualora un cambiamento di professione si imponga, tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno, se il rapporto assicurativo prevede l'indennizzazione anche di un'incapacità parziale, determinante diventa l'entità del danno residuo (RAMI 1989, p. 106ss.; RAMI 1994, p. 113ss.). In tale ipotesi va, cioè, considerata la differenza tra il reddito che potrebbe essere realizzato senza la malattia nella precedente professione e il reddito che, invece, è realizzato o potrebbe essere ragionevolmente esatto nella nuova professione. Il grado di invalidità viene, in quest'ottica, perciò, valutato prendendo in considerazione l'intero mercato del lavoro: all'assicurato, andrà, comunque, concesso un periodo di adattamento la cui durata dipenderà dalle peculiarità di ogni caso concreto (DTF 114 V 287 consid. 3d; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1987 p. 105ss.). Il TFA ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi (DTF 111 V 239 consid. 2a e giurisprudenza ivi citata; RAMI 1987, p. 108; 1994, p. 113ss.). 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 p. 106 consid. 2). Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV112, p. 122ss., il TFA ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal, della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. 2.8. Secondo le Condizioni generali d'assicurazione relative all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia della _____, il diritto ad indennità giornaliera è dato in caso d'incapacità lavorativa di almeno il 25% (cfr. art. 14.1 CGA). Nel caso concreto senza il danno alla salute l'assicurata avrebbe percepito fr. 49'487.75 (cfr. doc. _ e _). Questo dato non è stato contestato dall'insorgente. Attualmente l'insorgente, che lavora su chiamata, percepisce un salario lordo orario di fr. 25.88 (doc. _, comprensivo della tredicesima mensilità) ed in particolare ha ricevuto nel mese di maggio 2002 un salario lordo di fr. 3'264.15, che, convertito in reddito annuale, ammonta a fr. 39'169.80 (3'264.15 X 12). Dal raffronto di quest'ultimo importo con quello di fr. 49'487.75, corrispondente al reddito da valido, l'incapacità al guadagno è del 20.8% ($49'487.75 - 39'169.80 \times 100 : 49'487.75$), ossia un importo inferiore al 25% richiesto dalle

CGA. In queste circostanze l'assicurata non ha diritto ad ulteriori indennità giornaliere.

2.9. Nei casi in cui risulta esigibile un cambiamento d'attività, secondo quanto stabilito dal TFA nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie all'assicurato deve essere concesso un periodo di adattamento la cui durata dipenderà dalle peculiarità di ogni caso concreto (DTF 114 V 287 cons. 3d; 111 V 239 cons. 1b e 2a; RAMI 1987 p. 105ss; STFA non pubbl. cit.). Il TFA ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi (DTF 111 V 239 consid. 2a e giurisprudenza ivi citata; RAMI 1987 p. 108; 1994 p. 113ss). La cassa convenuta ha scritto all'assicurata il 5 dicembre 2001 comunicandole che le avrebbe versato le indennità ancora fino al 5 aprile 2002: così facendo la cassa ha concesso all'assicurata per la ricerca di un'attività adeguata un termine di 4 mesi come richiesto dalla giurisprudenza. La decisione impugnata, presa in ossequio alla giurisprudenza federale, merita di conseguenza conferma.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.