

TI_GERICHTE 36.2002.97 vom 25. Juni 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-06-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.97

FR: TI_GERICHTE 36.2002.97 du 25 juin 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.97 del 25 giugno 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 7

marzo 2003 nella causa L. e G. G., H 305/01; STFA del 29 gennaio 2003 nella causa M.D.L., U 129/02, consid. 1.3, pag. 3). Pertanto, ogni riferimento alle norme applicabili in concreto va inteso nel loro tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002. 2.2. L'insorgente propone anzitutto di considerare nulla la decisione su opposizione del 25 giugno 2002 qui impugnata a causa di una presunta mancanza di legittimazione dei firmatari che, a suo dire, non avrebbero potuto vincolare la Cassa malati _____. Di conseguenza, l'assicurata propone di considerare nulla detta decisione su opposizione. Interpellata in proposito (doc. _), la Cassa malati _____ ha precisato che dette firme appartengono ad _____, responsabile dell'_____ ed a _____, impiegata al settore indennità giornaliera presso la medesima agenzia. Come tali, essi sono stati autorizzati dalla Cassa stessa ad agire per suo conto, come d'altronde già avevano fatto nelle precedenti corrispondenze con l'assicurata (doc. _ punto 2). Pertanto, le summenzionate persone erano legittimate ad emanare la decisione contestata, vincolando in tal modo l'ente assicuratore. Il TCA può così esaminare nel merito il ricorso. Nel merito 2.3. La ricorrente lamenta che nella decisione su opposizione la Cassa malati _____ si sia fondata su basi errate sostenendo che la stessa era abile all'80% - successivamente al 100% - in un'altra attività rispetto a quella di parrucchiera esercitata fino ad allora, ad esempio quale impiegata-segretaria. Infatti, le poche nozioni in tale materia sarebbero state acquisite quindici anni prima, per cui essa non sarebbe più aggiornata sui nuovi mezzi e metodi di lavoro. Pertanto, una riqualifica professionale come segretaria in soli tre mesi parrebbe impossibile. Occorre di conseguenza verificare da una parte il grado di capacità lavorativa in attività leggere, dall'altra il salario di riferimento per il calcolo dell'eventuale indennità per perdita di guadagno. 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. Nel caso concreto, le Condizioni particolari dell'assicurazione collettiva dell'indennità giornaliera (Categoria __) prevedono all'art. 8 il diritto all'indennità giornaliera in caso di incapacità lavorativa di almeno il 50%. Tuttavia, in casi particolari essa può già essere riconosciuta a partire dal 25% (cfr. consid. 2.9.). Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI - applicabile anche all'art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 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 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungs-recht, T. I, pag. 286 segg.). La

questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico.

Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) - bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie vige il principio - comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). 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 è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili. Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (PETER, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997 pag. 71 e dottrina ivi citata).

2.4. Circa l'incapacità lavorativa dell'assicurata va osservato come nel rapporto del 18 gennaio 2002 (doc. _) il dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa specialista in medicina interna e reumatologia, dopo aver visitato l'assicurata il 4 settembre ed il 21 novembre 2001, ha accertato una cervicobrachialgia destra con dolore cronico in presenza di periartropatia omero-scapolare tendinotica senza segni di capsulite retrattile, di tendomiosi multiple in particolare del trapezio ma anche della muscolatura più distale dell'arto superiore destro e di una lieve sindrome del tunnel carpale destro. Di conseguenza egli ha dichiarato la paziente inabile al lavoro nella misura del 50% e ciò anche per il mestiere di cassiera, venditrice, operaia di fabbrica. Solo con un mestiere estremamente leggero (per esempio segretaria che svolge mansioni leggere) la capacità lavorativa avrebbe potuto, con le necessaria preparazione, essere aumentata. Con scritto del 25 febbraio 2002 (doc. _) lo specialista ha poi precisato che l'attività di impiegata-segretaria con mansioni leggere avrebbe potuto essere effettuata da subito all'80%, con possibilità di aumento della capacità al 100% dopo un mese. Il dr. med. _____, anch'egli specialista in reumatologia, ha avuto in cura la ricorrente durante la sua degenza presso la Clinica _____. Con referto del 13 maggio 2002 ha confermato la diagnosi del medico fiduciario, rilevando inoltre una sindrome lombovertebrale intermittente (M 51.3), per cui ha ritenuto per l'attività di parrucchiera un'inabilità lavorativa del 50% (doc. _). Nel rapporto medico per l'AI del giorno successivo (doc. _) egli ha precisato che detta sindrome non si ripercuote sulla capacità lavorativa e che "Quale parrucchiera la paziente presenta verosimilmente un'incapacità lavorativa

prolungata nella misura del 50% mentre in altre attività fisicamente leggere con pesi non superiori ai 10kg, posizione corporea variabile e assenza di movimenti ripetitivi è teoricamente possibile una capacità lavorativa completa." Il primario del reparto di ortopedia e chirurgia ortopedica dell'Ospedale _____, dr. med. _____, nel suo referto del 6 marzo 2003 (doc. _) ha riscontrato nella ricorrente una sindrome femoro-patellare ed un dolore plantare al piede destro. Dopo aver visitato l'assicurata il 12 marzo 2003 (doc. _) per ulteriori accertamenti alla colonna vertebrale, il dr. med. _____, primario di neurochirurgia nel medesimo istituto, ha confermato con una neucleografia la rottura anulare in L5/S1 per la cui cura era necessaria un'artroplastica discale. Il medico curante dr. med. _____, specialista in medicina interna, dopo aver premesso di conoscere l'assicurata dal 1998, con certificato del 3 giugno 2003 (doc. _) ha evidenziato pure una sindrome lombovertebrale con sintomatologia radicolare L5-S1 con livelli di rottura del nucleo polposo e dell'anulo fibroso a livello L4-L5, L5-S1, una sindrome femoro-patellare al ginocchio destro ed un dolore plantare al piede destro. Su questo nuovo elemento si è espresso il dr. med. _____ il 26 giugno 2003 (doc. _), evidenziando come esso potrebbe incidere sulla capacità lavorativa di _____ almeno in misura parziale, mentre per quel che concerne le altre diagnosi riscontrate dalla dottoressa, egli ha confermato la precedente capacità lavorativa. Successivamente, il 24 luglio 2003 (doc. _), lo stesso medico fiduciario di _____ ha visitato di nuovo l'insorgente stilando così il suo rapporto: " (...) La paziente continua a lamentare dolori cervicali, del cinto scapolare e del braccio destro in presenza di tendomiosi a catena e lieve impingement della spalla destra. Dall'anno scorso lamenta anche dolori lombari mediani, a sbarra occasionali con sensazione di blocco costanti e risvegli notturni frequenti, impossibilità a mantenere le posizioni per più di 15-20 minuti sia seduta che in piedi. Tutto questo ha fatto oggetto di lunghe investigazioni, una RMN e TAC lombare mettono in evidenza una minima discopatia L4/5 più importante L5/S1 con rottura dell'anulo fibroso e sarebbe previsto un intervento neurochirurgico con artroplastica discale. Inoltre presenta dolori alle ginocchia in relazione con una sindrome femoro-patellare ed un dolore al piede destro di non chiara origine. Tutto questo ne limita le capacità lavorative secondo la paziente in misura totale. I dolori non sarebbero migliorati dalla presa di Fans, lievemente ridotti dalle fisioterapia. Al 6 giugno 2003 è stata operata di isterectomia totale, lamenta tuttora dolori legati alla cicatrice e interni legati all'intervento. STATUS Dolori alla palpazione anche superficiale del cinto scapolare. Dolori allo sfioramento della pelle in regione lombare. Sintomi di Waddel tutti positivi. Riduzione algica della motilità lombare, impossibile una valutazione obiettiva (a causa della cicatrice di isterectomia!). Estensione della zona algica con dolori fino alla zona dorsale e cervicale. TAC lombare del 2003: discopatia lieve in L4/5, moderata in L5/S1. DIAGNOSI - Cervico-scapolo-brachialgia destra con tendomiosi a catena - Lombalgie con irradiazione pseudo-sciatalgica all'arto inferiore destro in presenza di discopatia L4/5 più marcata in L5/S1 - Sindorme femoro-patellare bilaterale - Disturbo somatoforme del dolore cronico DISCUSSIONE E VALUTAZIONE La paziente lamenta quindi dolori ubiquitari che si inseriscono secondo me attualmente piuttosto in una sintomatologia del dolore cronico. La patologia lombare può tuttavia aver apportato un aggravamento del suo stato di salute ed una limitazione ulteriore delle sue capacità funzionali e lavorative. Tenuto conto di questo se ne può quindi dedurre che la paziente sia inabile in maniera totale attualmente nel suo mestiere di parrucchiera. Risulta abile invece in misura di almeno il 50% in mestiere in cui possa cambiare frequentemente posizione, non lavorare con il braccio destro sopra l'orizzontale,

non lavorare in posizione estrema del rachide e non portare pesi superiori a 5-10 kg." 2.5. A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). Secondo la giurisprudenza, 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 quale perizia o rapporto (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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). In una recente 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 del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), 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 pag. 95). Per quel che riguarda il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, alla luce del rapporto di fiducia esistente col paziente, egli attesta a suo favore (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). 2.6. Come emerge dagli atti, sia il dr. med. _____ (doc. _) che il dr. med. _____ (doc. _)

hanno rilevato nell'insorgente da un canto un'incapacità lavorativa del 50% per quanto concerne la sua professione abituale di parrucchiera. D'altro canto, entrambi hanno concluso che _____ poteva svolgere un'altra attività di carattere estremamente leggero, come per esempio segretaria con mansioni leggere. In questa ipotesi, il medico fiduciario della Cassa ha precisato che una tale attività poteva essere effettuata da subito già nella misura dell'80%, con possibilità di estendere l'abilità al 100% dopo un solo mese di pratica (doc. _). Tale alternativa trova conferma pure nella valutazione del dr. _____ che, anzi, è stato più preciso specificando come in altre attività fisicamente leggere con pesi non superiori ai 10 kg, con posizione corporea variabile ed un'assenza di movimenti ripetitivi, teoricamente la ricorrente poteva completamente riacquistare la sua abilità lavorativa. I primari dell'Ospedale _____ dei reparti di ortopedia e di neurochirurgia non si sono invece pronunciati sul grado di incapacità di lavoro attribuibile alla ricorrente (docc. _ e _), proprio come la dottoressa _____, che ha in cura l'interessata dal 1998. Essa si è limitata a certificare nel giugno 2003 una serie di patologie, fra cui spicca la sindrome lombo-vertebrale con sintomatologia radicolare L5-S1 (doc. _), fino ad allora mai diagnosticata da nessun altro medico interpellato. Questo nuovo elemento, come visto, a mente del medico della Cassa _____ ha mutato di gran lunga il grado di abilità lavorativa dell'assicurata. Infatti, se quest'ultima poteva disporre ancora di una capacità lavorativa del 50% in relazione alla sua professione di parrucchiera (doc. _), con la presenza della lombalgia detta attività non può più in nessun caso essere esercitata. Tuttavia, questo cambiamento del grado di incapacità in corso di causa non va comunque preso in considerazione per la determinazione del grado di capacità lavorativa dell'insorgente in attività leggere. Infatti, non va dimenticato che, conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (DTF 109 V 179, DTF 107 V 5). Di conseguenza, secondo questo Tribunale per il caso in questione bisogna unicamente considerare il grado d'incapacità dell'assicurata esistente nel momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione, ossia al 25 giugno 2002 (doc. _). Ora, lo scrivente TCA ritiene, attraverso una valutazione complessiva dei referti medici agli atti che illustrano in modo chiaro, preciso e concorde lo stato di salute dell'insorgente, che al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione impugnata l'inabilità lavorativa di _____ nella sua professione precedente di parrucchiera era del 50%. Spetterà, se del caso, alla Cassa malati stessa pronunciarsi sulla nuova situazione venutasi a creare con la scoperta della sindrome lombo-vertebrale, dunque a partire dall'11 marzo 2003 (doc. _), ove l'insorgente si è ritrovata totalmente inabile ad esercitare l'attività di parrucchiera. Occorre pertanto esaminare se la ricorrente poteva mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua in un'altra attività lucrativa in modo da poter avviare nel miglior modo possibile, a seguito del danno alla salute, alle conseguenze economiche dello stesso. Tale questione va affrontata nei considerandi che seguono. 2.7. Nel caso in esame, come per la determinazione del grado di abilità della ricorrente nella sua professione precedente, così pure per la capacità residua bisogna porsi al momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione. Dai vari certificati agli atti emerge che quando la Cassa malati _____ ha reso la decisione contestata, entrambi gli specialisti (dr. _____ e dr. _____) hanno indicato che l'espletamento di attività leggere dove l'assicurata non doveva sollevare pesi superiori ai 5-10 chili era possibile nella misura del 100% (docc. _ e _). Nel ricorso l'insorgente sostiene che la professione di impiegata-segretaria suggerita dal dr. _____ (docc. _ e _) non sarebbe adatta a lei,

poiché le nozioni acquisite in questo campo risalirebbero a quindici anni fa e non avrebbero comportato "(...) alcuna formazione, in particolare nel settore informatico e secondo i criteri e tecnologie di lavoro attuali." (doc. _ punto 7 pag. 2). Pendente causa, ad esplicita richiesta di questo Tribunale (doc. _) l'Ente assicuratore ha effettuato il calcolo del reddito che l'assicurata potrebbe conseguire mettendo a profitto la propria capacità lavorativa residua totale. Prendendo in considerazione sia quanto riscontrato dal suo medico di fiducia sia le obiezioni sollevate dalla ricorrente in merito al problema di un'adeguata formazione da seguire per poter lavorare come segretaria, la Cassa malati _____ ha ipotizzato che l'interessata potrebbe esercitare le professioni di operaia, impiegata o commessa-cassiera (cfr. consid. 1.8., doc. _ punto 5). Ora, il TCA ha già avuto modo di decidere che una persona che non può sollevare più di 15 Kg, non può effettuare movimenti ripetitivi né assumere posizioni corporee monotone per la durata di 1-2 ore circa (seduta o eretta), può comunque esercitare un'attività lavorativa quale operaia generica o aiuto magazziniere o nel settore della vendita (STCA del 21 gennaio 2001 nella causa __ di cui all'Inc. n. _____). Pertanto, la valutazione di un'abilità lavorativa del 100% della ricorrente in attività leggere così come individuata dal medico di fiducia della Cassa (dr. _____) nel suo rapporto del 25 febbraio 2002 (doc. _) va seguita dal TCA. Infatti il predetto medico, specialista in materia, è stato completo e dettagliato nelle sue diagnosi sull'assicurata (docc. _ e _). La sua valutazione medica trova pure consenso nel referto della dottoressa _____ steso il 3 giugno 2003 (doc. _), sebbene la stessa non si sia pronunciata sul grado di incapacità lavorativa e vi abbia aggiunto, come visto, un nuovo elemento peggiorativo che non va in specie comunque ritenuto. Del medesimo avviso del medico della Cassa malati è il dr. _____ che ha avuto in cura l'insorgente quando era degente presso la Clinica _____. Nel suo rapporto medico per l'AI anch'egli ha ritenuto che la capacità lavorativa della ricorrente è completa nelle attività leggere (doc. _). Si può quindi senz'altro ritenere - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro le malattie (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata. 2.8. Nella sentenza pubblicata in RAMI 1989 pag. 106 segg., l'Alta Corte federale ha stabilito che per il diritto all'indennità giusta l'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 (cfr. anche RAMI 1994 pag. 113 segg.). In tale ipotesi va cioè considerata la differenza tra il reddito che potrebbe essere realizzato senza la malattia nella precedente professione ed 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; DTF 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1987 pag. 105 segg.). 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 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). 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; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 101 V 145; RAMI 1987 pag. 106 consid. 2; STFA del 28 gennaio 1994 nella causa S., non pubblicata). Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV 112 pag. 122 segg., il TFA ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. Abbondanzialmente si osserva che, pendente causa, il TCA ha potuto accertare che, ad ora, la ricorrente non è stata oggetto di misure di reintegrazione al lavoro da parte dell'Ufficio assicurazione invalidità, per cui la giurisprudenza in materia sviluppata in RDAT I-1997 pag. 241 non va qui applicata.

2.9. Nel caso di specie, secondo le citate condizioni particolari dell'assicurazione collettiva dell'indennità giornaliera la Cassa versa agli assicurati affetti da un'incapacità lavorativa totale le indennità giornaliere dovute (art. 8 cifra 1). L'incapacità parziale è pagata se è almeno del 50%. Tuttavia essa può essere riconosciuta a partire dal 25% ma al massimo per 60 giorni civili durante la durata del diritto alle prestazioni e solo in seguito ad un'incapacità lavorativa di almeno il 50%, su proposta del medico di fiducia della Cassa e avente lo scopo di favorire la ripresa totale al lavoro. Il riconoscimento di questa prestazione deve essere sottoposto al parere del medico di fiducia (art. 8 cpv. 2). Se l'indennità è espressa in franchi fissi, la Cassa versa l'indennità secondo contratto, con riserva di sovrindennizzo o della sovrassicurazione (art. 8 cpv. 4). Bisogna dunque determinare l'importo del reddito ipotetico da invalido da porre alla base del calcolo. La giurisprudenza federale relativa alla fissazione del reddito da invalido è stata oggetto di una completa verifica da parte del Tribunale federale delle assicurazioni (cfr., a tale proposito, D. Cattaneo, *Novità e tendenze legislative e giurisprudenziali nel campo delle assicurazioni sociali*, in: RDAT II-2001, pag. 593 segg. (pagg. 602-606)). In una sentenza del 30 giugno 2000 nella causa B. (I 411/98), l'Alta Corte si è in particolare così espressa riguardo alle conclusioni del suo esame: " (...) 3.- b) Contrariamente all'UAI, l'autorità giudiziaria cantonale ha invece proceduto al prescritto confronto dei redditi. Per quel che riguarda, in particolare, il reddito ipotetico d'invalido, essa, facendo capo alla propria giurisprudenza sviluppata in tema di determinazione del salario di riferimento ai fini del calcolo della capacità di guadagno residua, finora più volte confermata dal Tribunale federale delle assicurazioni, ha ritenuto l'importo di fr. 35'100.■, che corrispondeva nel 1994 alla retribuzione annua media conseguibile sul mercato del lavoro ticinese da operai o impiegati non qualificati con problemi di salute in attività leggere adeguate (SVR 1996 UV no. 55 pag. 186 consid. 2.11). Orbene, la questione dei salari medi fondati su dati statistici, cui pure la predetta prassi giudiziaria ticinese si riferisce, è stata oggetto di una recente sentenza del 9 maggio 2000 del Tribunale federale delle assicurazioni nella causa A. (I 482/99), destinata alla pubblicazione.

4.- In tale sentenza di principio la Corte ha in sostanza stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato, in primo luogo, la situazione salariale concreta in cui versa l'assicurato. Qualora i dati economici effettivi difettino per l'inattività di quest'ultimo, possono essere ritenuti, conformemente alla giurisprudenza, i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura i salari medi fondati su dati statistici devono essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e della situazione professionale del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente facendo un uso corretto del potere di apprezzamento che le compete. La Corte

ha precisato, al riguardo, come una riduzione complessiva massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito di lavoro. Questa Corte ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che nell'ambito dell'esame della riduzione globale da operare - percentuale che è stimata e deve essere succintamente motivata dall'amministrazione -, il giudice delle assicurazioni sociali non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. (n.d.r., in quella sentenza il TFA ha operato una riduzione del 15% invece del 40% effettuata dai giudici cantonali). 5.- Ora, la prassi della Corte cantonale ticinese, secondo cui il presunto reddito d'invalido realizzabile, su un mercato del lavoro equilibrato, da un lavoratore poco o non qualificato in attività confacenti allo stato di salute è valutato senza particolare riferimento alle circostanze specifiche del caso concreto, ma secondo criteri uniformi, non soddisfa le esigenze poste dalla nuova giurisprudenza precitata. In queste condizioni, il giudizio di prima istanza e la decisione amministrativa devono essere annullati, nel senso che gli atti sono rinviati all'Ufficio ricorrente perché, stabilito il tasso d'invalidità fondandosi sulla recente giurisprudenza di questa Corte, statuisca di nuovo sul diritto ai provvedimenti professionali in lite. (...). La nostra Corte federale ha pure emesso di recente alcune sentenze in materia d'assicurazione contro gli infortuni. Si tratta di fattispecie in cui questo TCA aveva proceduto a quantificare il reddito da invalido in applicazione della suesposta prassi, a discapito della valutazione operata dall'INSAI sulla base dei dati risultanti dalla documentazione sui posti di lavoro (DPL). La prima di queste pronunzie è stata emanata nella causa INSAI c/ L., U 181/98 e reca la data del 22 maggio 2001. Essa è stata successivamente confermata con i seguenti giudizi: STFA 31 maggio 2001 nella causa INSAI c/ M., U 286/98; 31 maggio 2001 nella causa INSAI c/ M., U 275/98; 31 maggio 2001 nella causa INSAI c/ M., U 279/98; 11 giugno 2001 nella causa INSAI c/ M., U 17/99; 11 giugno 2001 nella causa INSAI c/ S., U 285/98; 19 giugno 2001 nella causa INSAI c/ P., U 271/98; 21 giugno 2001 nella causa R. c/ INSAI, U 349/98; 27 giugno 2001 nella causa INSAI c/ B., U 362/98; 28 giugno 2001 nella causa INSAI c/ C.-D. C., U 18/99; 2 luglio 2001 nella causa INSAI c/ F., U 4/99; 9 luglio 2001 nella causa INSAI c/ M., U 142/99; 10 luglio 2001 nella causa UAI c/ C. e INSAI c/ C., I 442/99 + U 256/99; 18 luglio 2001 nella causa G. c/ INSAI e INSAI c/ G., U 154 + 163/99; 19 luglio 2001 nella causa INSAI c/ T., U 190/99; 27 luglio 2001 nella causa INSAI c/ B., U 252/99; 31 luglio 2001 nella causa G., U 311/99; 5 ottobre 2001 nella causa INSAI c/ B., U 165/00; 5 ottobre 2001 nella causa INSAI c/ I., U 91/00; 10 ottobre 2001 nella causa INSAI c/ C., U 217+225/00; 16 ottobre 2001 nella causa M., U 301/00; 13 febbraio 2002 nella causa INSAI c/ L., U 41/00; 19 febbraio 2002 nella causa INSAI c/ C., U 99/00; 19 febbraio 2002 nella causa INSAI c/ C., U 268/00; 5 marzo 2002 nella causa INSAI c/ CE fu M., U 155/00; 15 marzo 2002 nella causa A. c/ INSAI e INSAI c/ A., U 220 + 238/00; 18 marzo 2002 nella causa INSAI c/ K., U 239/00; 18 marzo 2002 nella causa INSAI c/ P.S., U 235/00; 24 aprile 2002 nella causa INSAI c/ R., U 240/00; 30 aprile 2002 nella causa INSAI c/ P., U 241/00; 8 maggio 2002 nella causa C.-F., U 449/00; 23 maggio 2002 nella causa Winterthur Assicurazioni c/ D., U 234/00. Sostanzialmente, il TFA ha approvato i dati salariali utilizzati dall'INSAI (ora SUVA), dopo avere anche verificato, in applicazione della DTF 126 V 75 segg., che in concreto, l'importo ritenuto dall'assicuratore LAINF appariva plausibile alla luce dei dati dedotti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica, considerata la possibilità di ridurre il salario statistico fino al limite massimo del 25%: "(...) Ai fini di stabilire le ripercussioni economiche dell'impossibilità, per l'assicurato, di svolgere la precedente attività, le istanze inferiori

hanno fatto capo ad un paragone dei redditi, come lo prescrive l'art. 18 cpv. 2 LAINF, già citato. Per quel che riguarda, in particolare, il reddito ipotetico da invalido, i primi giudici, in modifica di quanto stabilito nel provvedimento amministrativo impugnato e prevalendosi della propria giurisprudenza sviluppata in tema di determinazione del salario di riferimento per il calcolo della capacità di guadagno residua, hanno ritenuto l'importo di fr. 35'000.--, che corrispondeva negli anni dal 1994 al 1998 alla retribuzione annua media conseguibile sul mercato del lavoro ticinese da operai o impiegati non qualificati con problemi di salute in attività leggere adeguate. Orbene, la questione dei salari medi fondati su dati statistici, cui pure la predetta prassi giudiziaria ticinese si riferisce, è stata oggetto di una recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni pubblicata in DTF 126 V 75 segg. c) In tale sentenza di principio la Corte ha in sostanza stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. d) Ora, la prassi della Corte cantonale ticinese, secondo cui il presunto reddito d'invalido realizzabile, su un mercato del lavoro equilibrato, da un lavoratore poco o non qualificato in attività confacenti allo stato di salute è valutato senza particolare riferimento alle specifiche del caso concreto, ma secondo criteri uniformi, non soddisfa manifestamente le esigenze poste dalla nuova giurisprudenza precitata (nello stesso senso: sentenze 19 aprile 2001 in re P., I 226/00, 31 gennaio 2001 in re R., I 10/00 e 30 giugno 2000 in re B, I 411/98). Il giudizio querelato non può quindi essere tutelato. e) Per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato, l'istituto ricorrente ha compiuto degli accertamenti presso alcune aziende del Cantone Ticino appurando come in attività leggere, che anche l'interessato sarebbe in grado di esercitare dal profilo sanitario, i dipendenti di tali ditte percepissero un reddito annuo medio pari a fr. 42'030.--. Orbene, il Tribunale federale delle assicurazioni può aderire alla valutazione del guadagno ipotetico di invalido operata dall'INSAI. L'importo stabilito appare plausibile alla luce dei dati statistici sulla struttura dei salari editi dal competente Ufficio federale - dati secondo i quali la retribuzione annua media dei lavoratori di sesso maschile attivi in occupazione semplici e ripetitive nel settore privato ammontava, nel 1997, a fr. 54'245.-- (fr. 4'294.-- : 40 x 41,9 x 12 x 100,5%) - quando si consideri come, ai sensi della giurisprudenza in DTF 126 V 75 sopra indicata, le specifiche circostanze del caso concreto siano suscettibili di comportare una riduzione del salario statistico fino, realizzate tutte le premesse, al limite massimo del 25%. 3.- In tali condizioni, ritenuto che il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità (fr. 50'568.-- annui) non è mai stato contestato dalle parti in causa, la decisione amministrativa in lite che riconosce all'opponente il diritto ad una rendita calcolata su un'invalidità del solo 17% merita di essere ristabilita. (...)." (STFA 22 maggio 2001 nella causa L. c/ INSAI, pag. 4

segg.). Nel caso in esame, in ossequio alla più recente giurisprudenza federale, occorre dunque basarsi sui dati statistici e, concretamente, sull'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2000 (l'ultima edizione disponibile), edita dall'Ufficio federale di statistica. Al proposito va rilevato che, secondo una recente sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, ad esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (STFA inedita del 26 giugno 2003 nella causa R., consid. 3.1, I 600/01; DTF 129 V 222 = SVR 2003 IV Nr. 24; STFA del 18 ottobre 2002 nella causa L., consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11; STFA del 9 agosto 2002 nella causa S., consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita del 13 giugno 2003 nella causa G., consid. 4.2, I 475/01). A mente del TCA tale criterio deve valere anche in materia di assicurazione contro le malattie. In concreto, l'eventuale diritto all'indennità giornaliera sulla base del confronto dei redditi è iniziato il 10 agosto 2002, ossia al termine del periodo di tre mesi entro il quale l'assicurata avrebbe dovuto trovare un lavoro adeguato alla propria capacità lavorativa (doc. _). Perciò vanno considerati i dati concernenti l'anno 2002. L'Alta Corte, nella citata sentenza del 13 giugno 2003 nella causa G. (I 475/01), a proposito delle tabelle da applicare ha affermato: " (...) 4.3. Per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto egli guadagnerebbe effettivamente nel momento determinante se fosse sano (sentenza del 23 maggio 2000 in re T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Di regola è quindi determinante il livello medio del salario nel settore interessato e nella situazione professionale concreta. Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Se vi è carenza di elementi concreti, ci si deve fondare su valori medi empirici. I salari di diversi settori dell'economia e con esigenze diverse vengono accertati nell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica. Da questi valori risulta quanto potrebbe guadagnare una persona nelle medesime condizioni professionali dell'assicurato. Nell'ambito della valutazione dell'invalidità tuttavia ci si deve fondare su queste tabelle, considerando anche i fattori personali e professionali rilevanti per la remunerazione nel caso concreto (sentenza citata del 23 maggio 2000 pag. 2 consid. 2b; Meyer-Blaser, op. cit. pag. 180). 4.4. Per quanto riguarda in particolare il reddito ipotetico da invalido il Tribunale federale delle assicurazioni applica i dati pubblicati nell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (cfr. DTF 124 V 322), in particolare i redditi lordi standardizzati (tassi di salario; tabelle gruppo A), fondandosi sul valore mediano (valore centrale; DTF 126 V 77 consid. 3b/bb). In alcuni casi ad essa sottoposti questa Corte ha in particolare applicato o confermato implicitamente l'applicazione della tabella A1 (cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a; 124 V 323 consid. 3b/bb; SVR 2001 IV no. 10 pag. 27, sentenza del 19 dicembre 2002 in re B, I 222/02, sentenza del 30 gennaio 2001 in re S., I 637/99). In una sentenza pubblicata in RAMI 2000 no. U 405 p. 399 il Tribunale federale delle

assicurazioni ha tuttavia precisato che non esiste un principio secondo cui ci si debba sempre fondare sulla tabella A1. In effetti le circostanze del caso concreto determinano quale sia la tabella da applicare nel caso esaminato. E' pertanto ammissibile ad esempio applicare la tabella TA7, che indica i valori per una determinata attività, se così facendo è possibile determinare in maniera più precisa il reddito da invalido (in proposito si veda anche consid. 4c non pubblicato in DTF 128 V 174). Questa Corte, infine, ha pure ritenuto non criticabile applicare la tabella TA13, che riferisce dei salari in relazione alle grandi regioni (sentenza del 10 agosto 2001 in re R., consid. 3c/aa, I 474/00, del 27 marzo 2000 in re P. consid. 3c, I 218/99 del 28 aprile 1999 in re T. consid. 4c, I 446/98). Alla luce di quanto sopra esposto non vi è pertanto alcun motivo di applicare in concreto la tabella A1, come chiesto dal ricorrente, invece della A14, ritenuto che quest'ultima meglio rispecchia la realtà economica regionale. L'applicazione della tabella regionale TA14 non è quindi criticabile, mentre la TA7 non permette nel caso concreto di stabilire il reddito in maniera più precisa. Su questo punto, in quanto infondato, il ricorso va pertanto respinto.

4.5. Infine resta da stabilire se all'interno della tabella TA14, va tenuto conto della colonna 1+2 riguardante i lavori più esigenti e i compiti più difficili rispettivamente lavoro indipendente molto qualificato, come chiesto dall'assicurato, oppure della colonna 3 (conoscenze professionali specializzate), come ritenuto dal Tribunale cantonale. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha in particolare accennato a questo tema in DTF 126 V 81 consid. 7a. In tale occasione questa Corte si è chiesta se, alla luce della formazione professionale e scolastica dell'interessato, che aveva frequentato il ginnasio e ottenuto il diploma di tecnico della circolazione, non si dovesse applicare la colonna 3, invece della 4 (attività semplici e ripetitive). Trattandosi di un caso limite è stato confermato quanto statuito dal tribunale di prima istanza. Alla luce di queste considerazioni, nel caso di specie non può essere senz'altro applicata la colonna 1 combinata con la 2. In effetti da un lato in questa categoria non è stata operata una chiara distinzione tra i redditi conseguibili con lavori più esigenti e compiti più difficili rispettivamente con il lavoro indipendente e molto qualificato. Di conseguenza i redditi indicati vanno considerati una media delle due categorie e quindi non risultano senz'altro adeguati alla situazione professionale dell'assicurato, in quanto considerano una categoria di redditi, in particolare la 1, che l'assicurato non può senz'altro conseguire in quanto troppo elevati. D'altro lato, anche se non si può negare che l'assicurato svolga la propria attività in maniera indipendente, non si può affermare, già alla luce della generale esperienza della vita, che i compiti siano molto qualificati. E' invece senz'altro corretto ritenere che egli dispone di conoscenze professionali specializzate, come rettamente indicato dalla Corte cantonale, alla luce del diploma conseguito di metalcostruttore (cfr. in proposito anche sentenza del 30 gennaio 2001 in re S. consid. 3b, I _____). (...)." Nella presente fattispecie possono dunque essere ritenuti i salari statistici relativi al Canton Ticino. Secondo i dati del 2000, il salario mediamente percepito in quell'anno riportato su una media di 41,8 ore settimanali (cfr. per questo aspetto, STFA del 10 agosto 2001 nella causa R., I 474/00, consid. 3c)aa) per un'attività leggera e ripetitiva nel settore privato corrisponde a Fr. 50'498.- (Fr. 4'027.- : 40 x 41,8 x 12) per gli uomini ed a Fr. 36'328.- (Fr. 2'897.- : 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato). Nel settore privato e pubblico l'ammontare è di Fr. 51'702.- (Fr. 4'123.- : 40 x 41,8 x 12) per gli uomini e di Fr. 36'679.- (Fr. 2'925.- : 40 x 41,8 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 privato e pubblico). Nel caso concreto, per calcolare il reddito da invalida di _____ sulla base dei recenti citati dati statistici, si deve partire da un salario di Fr. 36'328.- percepito dalle donne nel settore privato per 41,8 ore settimanali di lavoro.

Conformemente alla giurisprudenza federale (DTF 126 V 81 consid. 7a), adeguando questo importo in base all'indice dei salari nominali (cfr. "La vie économique 8/2003", Tabella B 10.3 pag. 91), si ottiene nel 2001 un salario medio pari a Fr. 37'240.- (Fr. 36'328.- : 2190 (indice dei salari nominali nel 2000) x 2245 (nel 2001)), mentre nel 2002 esso assomma a Fr. 38'086.- (Fr. 37'240.- : 2245 x 2296 (indice nel 2002)). Bisogna ancora adeguare il salario conseguito dall'interessata nel 2001 (ultimo dato certo disponibile) da valida all'anno 2002 - dovendo sempre paragonare i dati relativi ai salari dello stesso anno - secondo un tasso evolutivo dell'1,8% (cfr. "La vie économique 8/2003", Tabella B 10.2 pag. 91). Di conseguenza, dalle tavole processuali emerge uno stipendio annuo netto ascrivibile alla ricorrente ammontante a Fr. 28'800.- (doc. _), a cui vanno ad aggiungersi i contributi sociali di Fr. 1'650.-, il premio per l'assicurazione infortuni di Fr. 1'635.- ed il premio per la malattia pari a Fr. 1'511,40 (doc._). Ne deriva così uno stipendio annuo lordo assommante a Fr. 33'596,40. Per l'anno 2002 si ottiene perciò un ammontare, indicizzato, di Fr. 34'201,13 (Fr. 33'596,40 : 100 x 1,8 + Fr. 33'596,40). Partendo da un salario rivalutato di Fr. 38'086.- e ritenuta - per il momento in cui è stata emanata la decisione su opposizione - un'esigibilità del 100%, ammettendo inoltre una riduzione del 25%, viste l'età dell'assicurata, la nazionalità e l'importanza delle limitazioni funzionali, il reddito ipotetico dell'insorgente risulta essere di Fr. 28'564,50 (Fr. 38'086.- - (Fr. 38'086.- : 100 x 25)). Confrontando quest'ultimo reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuta la malattia con l'importo di Fr. 34'201,13 corrispondente al reddito indicizzato conseguito da valida, emerge un'incapacità al guadagno pari al 16,48% ((Fr. 34'201,13 – Fr. 28'564,50) x 100 : Fr. 34'201,13), ossia un grado inferiore al 25% richiesto dalle CGA. Ciò non permette quindi alla Cassa malati _____ di versare ulteriori indennità all'insorgente.

2.10. 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 consid. 3d; DTF 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1987 pag. 105 segg.; STFA del 28 gennaio 1994, non pubblicata). Come detto, 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 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). La Cassa malati _____ ha scritto all'assicurata il 7 maggio 2002 (doc. _) comunicandole che le avrebbe versato le indennità ancora fino al 10 agosto 2002 – concetto ribadito con la decisione su opposizione del 25 giugno 2002 (doc. _). Così facendo la Cassa le ha concesso per la ricerca di un'attività adeguata un termine di tre mesi come richiesto dalla citata giurisprudenza. La decisione impugnata, presa in ossequio alla giurisprudenza federale, merita di conseguenza conferma.

2.11. In conclusione, il grado d'invalidità di _____, determinato confrontando il reddito conseguito nel 2001 – aggiornato al 2002 - con il reddito che avrebbe potuto percepire nel 2002 se non fosse intervenuta la malattia, risulta essere del 16,48%, quindi inferiore al grado del 25% previsto dalle Condizioni particolari BE sottoscritte nel 1998 (doc. _). In queste circostanze il ricorso va integralmente respinto.

2.12. L'insorgente chiede l'assunzione di ulteriori prove (doc. _: richiamare dai medici che l'hanno visitata la documentazione medica, esperire un accertamento peritale ed ordinare verifiche mediche). Questo TCA non ritiene necessaria l'erezione di una perizia e l'assunzione di altri referti medici. Infatti, come evidenziato al considerando 2.7., sia il medico fiduciario della Cassa dr. _____ che il medico curante dr. _____ sono concordi nell'affermare che l'assicurata potrebbe svolgere in maniera completa (100%) un'attività lucrativa leggera. Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora

l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 5 giugno 2003 nella causa V.C. e R.G., H 268/01 e 269/01; STFA del 13 maggio 2003 nella causa T.T.C. SA, H 218/01; DTF 122 II 469 consid. 4a; DTF 122 III 223 consid. 3c, DTF 120 Ib 229 consid. 2b; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (SVR 2001 IV n. 10 pag. 28 consid. 2b; riguardo al previgente art. 4 vCost. fed., ora art. 29 cpv. 2 Cost. fed.: DTF 124 V 94 consid. 4b; DTF 122 V 162 consid. 1d; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, considerato come la presente causa abbia potuto essere decisa sulla scorta degli atti già a disposizione di questo TCA che appaiono chiari e non contestati nel loro contenuto, lo stesso rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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