

TI_GERICHTE 36.2005.81 vom 11. Januar 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-01-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.81

FR: TI_GERICHTE 36.2005.81 du 11 janvier 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2005.81 del 11 gennaio 2006

Regeste

malattia durante la maternità: diritto a indennità giornaliera in caso di malattia o di maternità?

Erwägungen

E. 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 degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). nel merito 2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'inabilità lavorativa dal 5 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 è dovuta ad una malattia oppure alla maternità. Va rilevato che, malgrado l'insorgente affermi: " il presente ricorso trae spunto anche dalla necessità di chiarire una volta per tutte il confine tra maternità e malattia; alla luce delle modifiche della legge sull'Indennità perdita di guadagno LIPG entrata in vigore lo scorso 1 luglio, si temono per i casi che si verificheranno, problemi per l'indennizzazione dei periodi di assenza nell'imminenza del parto. " (doc. I), alla presente vertenza vanno applicate le norme della LAMal (e della LIPG) valide prima dell'entrata in vigore, il 1. luglio 2005, della modifica del 3 ottobre 2003 della LIPG. Infatti l'art. 2 delle disposizioni finali della modifica del 3 ottobre 2003 della LIPG, prevede che " le nuove disposizioni si applicano anche nei casi in cui il parto avviene durante i 98 giorni precedenti l'entrata in vigore della presente modifica. In questi casi tuttavia le indennità sono pagate soltanto a partire dall'entrata in vigore e soltanto per il periodo restante del diritto all'indennità secondo l'articolo 16d. " Nel caso di specie la vertenza concerne il periodo 5 dicembre 2004 – 18 gennaio 2005, ossia anteriore ai 98 giorni previsti dalla LIPG. Le nuove norme e le relative definizioni non sono pertanto applicabili. 3. A norma dell'art. 1 cpv. 1 LAMal le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la LAMal non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA 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. Il cpv. 2 prevede che sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta. Giusta l'art. 5 LPGA la maternità comprende la

gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. E' considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). E' considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 LPGGA). Per l'art. 72 cpv. 1 LAMal gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. L'art. 72 cpv. 2 LAMal prevede che il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. Giusta l'art. 72 cpv. 3 LAMal l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGGA non è applicabile. A norma dell'art. 72 cpv. 4 LAMal in caso d'incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. E' mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua. Per l'art. 72 cpv.

E. 5

LAMal qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovrindennizzo giusta l'articolo 78 della presente legge e l'articolo 69 LPGGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità sono prolungati in funzione della riduzione. L'art. 72 cpv. 6 LAMal prevede che l'articolo 19 capoverso 2 LPGGA è applicabile unicamente se il datore di lavoro ha partecipato al finanziamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Sono fatti salvi altri accordi contrattuali. Giusta l'art. 74 cpv. 1 LAMal in caso di maternità e di parto gli assicuratori devono pagare l'indennità giornaliera se, fino al giorno del parto, la partoriente era assicurata da almeno 720 giorni senza interruzione superiore a tre mesi. Per l'art. 74 cpv. 2 LAMal l'indennità giornaliera va pagata durante sedici settimane, di cui almeno otto dopo il parto. L'indennità giornaliera non può essere computata nella durata prevista dall'articolo 72 capoverso 3 e va pagata anche dopo la scadenza di questa durata. 4. Le Condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA) applicabili al caso di specie prevedono norme analoghe. In particolare all'art. _____ CGA si trovano le definizioni di malattia, infortunio e maternità, simili a quelle previste dalla LPGGA. L'art. _____ CGA prevede che in caso di gravidanza e parto si corrisponde durante 16 settimane l'indennità giornaliera per la quale la persona assicurata era stata assicurata fino al giorno del parto per almeno 270 giorni, senza interruzione superiore a 3 mesi. Almeno 8 delle 16 settimane devono essere dopo il parto. Per l'art. _____ CGA le prestazioni per maternità non vengono computate alla durata massima delle prestazioni. Se è stato convenuto un periodo di attesa per maternità, questo viene computato alla durata delle prestazioni per maternità (art. _____ CGA). 5. Kieser, in ATSG-Kommentar,

Basilea-Zurigo-Ginevra 2003, n. 8 seg. ad art. 5, pag. 77 seg., a proposito della differenza tra maternità e malattia, afferma: "a) Weil der Gesetzgeber die Mutterschaft als eigenen Begriff aufgenommen hat, sich aber in manchen Fällen während einer Mutterschaft zudem Beeinträchtigungen der körperlichen oder gesundheitlichen Gesundheit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG ergeben, kommt der Abgrenzung zwischen Mutterschaft und Krankheit besondere Bedeutung zu. Auswirkungen hat die Begriffsunterscheidung in der Krankenversicherung, wo bei Mutterschaft die Kosten besonderer Leistungen übernommen werden (vgl. Art. 29 KVG) und insbesondere auf den Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben wird (vgl. Art. 64 Abs. 7 KVG); zudem sieht Art. 74 KVG ein besonderes Taggeld bei Mutterschaft vor. b) Auszugehen ist davon, dass die komplikationslos verlaufende Mutterschaft nicht als Krankheit betrachtet wird (vgl. BGE 112 V 304; Duc, Les assurances sociales, 95; Locher Grundriss, 78; Eugster, Krankenversicherung, 97, Fn. 205). Darunter fallen insbesondere: - Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft (vgl. 29 Abs. 2 lit. A KVG; BGE 97 V 194, 112 V 304 ff.); - alle medizinischen Massnahmen der Geburtshilfe (insbesondere auch Massnahmen bei Frühgeburt, Kaiserschnitt) (vgl. Art. 29 Abs. 2 lit. b KVG; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 435). c) Als Behandlung einer Krankheit zählen demgegenüber Vorkehren, die im Zusammenhang mit folgenden Sachverhalten stehen: - sämtliche interkurrenten Erkrankungen während einer Schwangerschaft, d.h. gesundheitliche Beeinträchtigungen, die in keinem Zusammenhang mit der Mutterschaft stehen (vgl. BGE 107 V 101; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 343); - Schwangerschaftsabbruch (vgl. BGE 108 V 34; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 154); - gesundheitliche Störungen, die bei einer (zur Mutterschaftsbehandlungen zählenden) Kontrolluntersuchung festgestellt wurden (vgl. BGE 91 V 194); - Spitalpflege wegen Gefahr einer Früh- oder Fehlgeburt (vgl. Eugster, Krankenversicherung, Rz. 343); - Fehlgeburt (vgl. RKUV 1988 323; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 345, Fn. 847). (...) Tritt während einer Mutterschaft eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ein, ist gesetzgeberisch nicht entschieden, wie Taggelder zu erbringen sind. Es wird vom Bestehen eines Anspruch sowohl auf das Taggeld wegen Arbeitsunfähigkeit als auch auf das Mutterschaftstaggeld auszugehen sein; dabei handelt es sich um eine innersystemische, vom Koordinationsystem von Art. 63 ff. ATSG nicht erfasste Koordination, wobei zu beachten ist, dass bei Taggeldkoordination dem Grundsatz der Leistungskumulation eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Kieser, Taggeldkoordination, 259) und dass Art. 122 Abs. 4 KVV von der Möglichkeit des Zusammenfallens verschiedener Taggeldleistungen ausgeht (anders Eugster, Taggeldversicherung, 563 f., wonach Arbeitsunfähigkeiten in der Zeit des Mutterschaftsurlaubes nicht Ansprüche auf Taggelder auslösen). Die Rechtsprechung geht demgegenüber davon aus, dass aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (nur) die vor der Geburt ausgerichteten Taggelder nicht an die 16-wöchige Dauer des Mutterschaftstaggeldes angerechnet werden dürfen (vgl. BGE 124 V 291 ff.), welche Ansicht ausser Acht lässt, dass eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit über die Geburt hinaus andauern kann und auch für diese Zeitspanne nicht von vornherein vom Ausschluss des Krankentaggeldes durch das Mutterschaftstaggeld ausgegangen werden kann." Nella citata sentenza del TFA pubblicata in DTF 124 V 291, l'Alta Corte ha stabilito che la durata di sedici settimane prevista dall'art. 74 cpv. 2 LAMal è imperativa; le indennità giornaliere in caso d'incapacità lavorativa erogate prima del parto a dipendenza di malattia (art. 72 cpv. 2 e 3 LAMal) non possono essere imputate sulla durata legale del diritto alle indennità giornaliere in caso di maternità. In quel caso si trattava di un'assicurata che, il 6 giugno

1996, ha dovuto essere ricoverata a causa di una grave complicazione della gravidanza (“rupture prématurée des membranes”), che ha comportato un’inabilità totale al lavoro. Il 6 luglio 1996 ha partorito. Il TFA dopo aver ricordato che “ Dans l'arrêt ATF 116 V 118 - selon lequel le délai d'attente convenu entre les parties n'était déductible de la période de dix semaines prévue par l' art. 14 al. 6 LAMA que pour les indemnités journalières d'un montant supérieur aux minima légaux -, il a considéré qu'il fallait faire preuve de retenue, lorsqu'il s'agit de qualifier une grossesse de pathologique, afin de ne pas prolonger artificiellement, par l'octroi de prestations pour cause de maladie, la durée pendant laquelle l'assurée a droit à la pleine indemnité journalière souscrite du seul fait de sa grossesse et de l'accouchement (DUC, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, p. 356 ch. 468, et les références sous note no 566). ”, ha affermato che “ toute imputation des indemnités journalières dues en cas d'incapacité de travail avant l'accouchement sur la durée légale du droit aux indemnités journalières en cas de maternité est contraire à la loi .” In DTF 127 V 268, in un altro ambito, ossia in merito alla questione a sapere se l’assicuratore poteva chiedere la partecipazione ai costi nel caso di complicazioni intervenute nel corso della gravidanza (art. 29 e 64 cpv. 7 LAMal), l’Alta Corte ha stabilito che la distinzione fra le prestazioni in caso di gravidanza normale e quelle in caso di gravidanza a rischio è compatibile con la ratio legis dell’ordinamento che prevede l’esonero dalla partecipazione alle spese per prestazioni in caso di maternità. Con STFA del 16 giugno 2004 (pubblicata in RAMI 2004/5 pag. 383), l’Alta Corte ha stabilito che conformemente a come il diritto vigente definisce le prestazioni particolari in caso di maternità, in combinazione con il fatto che il legislatore non ha voluto codificare la regolamentazione attuale in materia di partecipazione ai costi, le misure mediche applicate in relazione a un aborto spontaneo non sono escluse dalla partecipazione ai costi. Una soluzione differente deve essere prodotta dal legislatore e non può essere decisa mediante l’evoluzione giudiziaria del diritto vigente. In questa sentenza, al consid. 6, il TFA ha rammentato che “ Es ist dazu vorweg festzuhalten, dass die Behandlung von gesundheitlichen Störungen, die während einer Schwangerschaft auftreten, keine besondere Leistung bei Mutterschaft darstellt, auch wenn die gesundheitliche Störung durch die Schwangerschaft begünstigt ist (BGE 127 V 268 , 97 V 193 Erw. 2, RSKV 1972 Nr. 117 S. 21, nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 14. Oktober 2002, K 14/01). Die in Art. 29 Abs. 2 KVG aufgeführten Leistungen verlieren andererseits ihren Charakter als besondere Leistungen bei Mutterschaft nicht, wenn sie im Rahmen einer Risikoschwangerschaft bzw. einer Schwangerschaft mit Komplikationen erbracht werden (BGE 127 V 268 Erw. 3b letzter Satz) .“ In conclusione sia nell’ambito dell’assicurazione facoltativa perdita di guadagno che nel caso dell’assicurazione obbligatoria di base, occorre distinguere tra la gravidanza “normale” e la gravidanza patologica, tenuto conto tuttavia che la nozione di gravidanza morbosa va interpretata restrittivamente. 6. In concreto l’insorgente chiede che l’assicuratore sia tenuto ad erogarle indennità giornaliere di malattia dal 15 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 e che le 16 settimane di indennità per maternità decorrano dal 19 gennaio 2005. La convenuta respinge le richieste della ricorrente rilevando che il periodo di assenza dal lavoro precedente il parto non era dovuto a malattia, bensì alla gravidanza stessa. Dagli atti emerge che la Dr.ssa Med. _____, specialista FMH ginecologia-ostetricia, curante della ricorrente, il 16 dicembre 2004 ha rilasciato un certificato medico nel quale ha attestato che l’assicurata, di professione infermiera, “ è inabile al lavoro al 100% dal 15.12.04 al parto (termine previsto il 10.02.2005) per contrazioni premature, assoluto riposo (malattia) ” (doc. A3). Il 20 dicembre 2004 il datore di lavoro, nella notifica di malattia trasmessa all’assicuratore, ha informato la convenuta

dell'incapacità lavorativa della ricorrente dal 15 dicembre 2004. Quale motivo ha indicato: " gravidanza, data presumibile del parto 10.02.2005 " (doc. 2). Nel certificato medico trasmesso all'assicuratore, la specialista ha indicato quale diagnosi " contrazioni premature " e quale causa la maternità (e non la malattia). Per quanto concerne la prognosi, ha precisato: " buona " (doc. 4) Il 30 dicembre 2004 il medico fiduciario di CO 1, Dr. med. _____, FMH in medicina interna e medicina manuale, ha risposto, succintamente, a tre domande postegli dall'assicuratore nel seguente modo: " Ritieni giustificata l'attuale IL completa e fino a quando (alla data del parto)? Sì Pensa che i disturbi accusati dall'assicurata siano in relazione alla gravidanza (sic)? Sì Oppure sono riconducibili ad una malattia? No." (doc. 6) Il medico fiduciario non ha aggiunto nessuna osservazione. Il 19 gennaio 2005, tre settimane prima della data prevista, è nata _____. In data 29 settembre 2005 il TCA ha posto alcune domande alla dr.ssa med. _____, la quale ha così risposto: "1. Il periodo di assenza dal lavoro di RI 1 dal 15 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 (giorno precedente il parto), era dovuto ad una malattia oppure alla gravidanza? Malattia 2. Se era dovuto a malattia, di quale malattia soffriva? Si trattava di una malattia grave? Quali conseguenze poteva aver la malattia sul decorso della gravidanza? Oligoamnios e sospetta ipotrofia fetale: gravidanza da monitorare. Oltre a contrazioni premature. 3. Se il periodo di assenza era dovuto a malattia, per quale motivo nel formulario di CO 1 è stato indicato "maternità" in luogo di "malattia"? Sì, c'è stato un errore." (doc. X) Successivamente il TCA ha richiamato la cartella medica della ricorrente e l'ha trasmessa, unitamente alle risposte della curante, al medico fiduciario, il quale ha affermato che : " In base ai documenti, specialmente al documento X da lei citato, la dr.ssa _____ afferma che si tratta di un oligoamnios o meglio una gravidanza dove il liquido fetale intra amniotico è diminuito. La dr.ssa nello stesso tempo afferma una sospetta ipotrofia fetale. Quest'ultima non è confermata secondo documento XIII/3 e XIII/4. La dr.ssa indica anche contrazioni premature. In questo senso ritengo che l'assenza dal posto di lavoro sia principalmente dovuta a problemi legati direttamente alla gravidanza e in base ai documenti messi a disposizione, non vedo cause o concause d'origine morbosa/malattia, che potrebbero essere la ragione dell'assenza sul posto di lavoro. Pertanto sulla base di quanto ritengo che la problematica della Signora RI 1 sia dovuta a maternità." (doc. XVI) 7. Come ancora recentemente ribadito dal TFA (STFA del 20 aprile 2005, K 24/04), per quanto concerne la valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., l'Alta Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00). Al riguardo va tuttavia precisato che non si

può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b). 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). 8. In concreto l'assicuratore ritiene che l'assenza dal posto di lavoro dal 15 dicembre 2004 sia da far risalire unicamente alla gravidanza della ricorrente, poiché la dottoressa curante avrebbe sempre attestato che l'inabilità lavorativa non era dovuta ad una malattia. La convenuta sostiene inoltre che solo in un secondo tempo l'insorgente, visto il rifiuto della Cassa di versare le indennità richieste, avrebbe modificato la propria versione dei fatti, indicando nella malattia la causa della sua assenza. Va a questo proposito rammentato come le dichiarazioni della prima ora rilasciate spontaneamente, in generale, sono meno condizionate e più attendibili delle descrizioni fornite più tardi, poiché consciamente o inconsciamente influenzabili da riflessioni inerenti al diritto delle assicurazioni o di altra natura fatte in un secondo tempo. Questa massima non è una regola probatoria formale, bensì unicamente un ausilio interpretativo di giudizio di cui tenere conto nell'ambito del libero apprezzamento delle prove. Tale massima può essere applicata unicamente quando non siano da attendersi altri elementi cognitivi risultanti da ulteriori accertamenti dei fatti (STFA del 22 giugno 2005 nella causa B., U 243/04; cfr. RAMI 2004 pag. 547; Bühler, *Der Unfallbegriff*, in: Alfred Koller [Hrsg.], *Haftpflicht-und Versicherungsrechtstagung 1995*, San Gallo 1995, pag. 267 seg.). Effettivamente, la Dr.ssa med. _____, il 20 dicembre 2004 aveva indicato che l'assenza dal lavoro andava fatta risalire alla gravidanza, ossia alle contrazioni premature. La stessa curante aveva inoltre indicato che la prognosi era buona (doc. 4). Tuttavia con l'impugnativa la ricorrente ha prodotto un certificato medico della specialista, dove già il 16 dicembre 2004 la professionista affermava che l'inabilità lavorativa era dovuta ad una malattia (doc. A3: " per contrazioni premature, assoluto riposo (malattia) "). Interpellata dal TCA, la specialista ha poi precisato che, oltre alle contrazioni premature, l'inabilità lavorativa era dovuta anche alla oligoamnios, ossia ad una gravidanza dove il liquido fetale intra amniotico è diminuito, nonché all'ipotrofia fetale. L'indicazione " maternità " contenuta nel certificato medico trasmesso all'assicuratore sarebbe dovuta ad un errore (doc. X). Nella fattispecie non si è in presenza di una modifica della prima versione dei fatti, poiché già il 16 dicembre 2004 la curante indicava un'altra causa per l'assenza dal posto di lavoro della ricorrente. C'è semmai stata poca precisione nell'indicare l'esatto motivo dell'inabilità lavorativa. Dagli ulteriori accertamenti effettuati da questo TCA è infatti emerso che dal 15 dicembre 2004 l'interessata soffriva di una patologia che avrebbe potuto mettere in pericolo la gravidanza (oligoamnios e sospetta ipotrofia fetale), che andava monitorata costantemente e che avrebbe verosimilmente potuto avere esiti incerti per la nascita se l'assicurata non avesse osservato un periodo di riposo forzato prima del parto. Le valutazioni della curante, seppure anch'esse succinte, appaiono convincenti. Infatti la professionista, specialista FMH in ginecologia-ostetricia, che ha seguito l'assicurata durante tutta la gravidanza ed ha avuto modo di approfondire tutte le problematiche riguardanti la stessa, con riferimento in particolare all'oligoamnios e alla sospetta ipotrofia fetale, ha indicato chiaramente che l'inabilità lavorativa dell'insorgente dal 15 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 era dovuta a malattia. La valutazione eseguita dal Dr. med. _____, specialista in medicina interna (che dal _____ è stato

designato medico fiduciario della convenuta e dunque con chiaro rapporto di dipendenza economica dall'assicuratore: cfr. STCA del 28 novembre 2003, inc. 36.03.6), non esperto in materia, non è stata effettuata sulla base di una visita durante la gravidanza, ed è inoltre generica, concisa e priva di motivazione. Non può di conseguenza essere seguita da questo Tribunale. A sostegno delle proprie affermazioni non ha prodotto nessuna attestazione medica specialistica atta a sovvertire le spiegazioni fornite dalla curante, medico esperto in materia. Va inoltre evidenziato come nella causa pubblicata in DTF 127 V 268 l'assicuratore ricorrente aveva indicato che la presenza di dolori e sanguinamenti ("vaginaler Blutungen und vorzeitiger Portioreifung bzw. wilder Wehen") alla 28., rispettivamente 29. settimana era sintomo di una gravidanza non "normale" ("Vorliegend seien in der 28. bzw. 29. Schwangerschaftswoche Wehen aufgetreten. Es liege deshalb kein normaler Schwangerschaftsverlauf vor."), ciò che il TFA non sembra aver messo in discussione. In concreto le contrazioni premature sono state accertate il 14 dicembre 2004, ossia tra la 31esima e la 32esima settimana, mentre il parto era previsto per il 10 febbraio 2005. Inoltre vi era una diminuzione del liquido fetale intra amniotico e una sospetta ipotrofia fetale. Anche nel caso di specie la gravidanza va pertanto definita patologica. Certo, nel caso giudicato dal TFA, l'assicurata ha dovuto essere ricoverata in ospedale, mentre in concreto l'insorgente ha "solo" dovuto stare a casa a riposarsi. Tuttavia, la circostanza che l'interessata non avrebbe potuto continuare a svolgere la propria attività lucrativa conferma che non si trattava di una gravidanza normale, tenuto conto oltretutto che la ricorrente, nata nel _____, è giovane (_____), ciò che, in casi normali, dovrebbe favorire e non rendere più difficile la gravidanza. Va a questo proposito rammentato che, di regola, solo „die komplikationslos verlaufende Mutterschaft nicht als Krankheit betrachtet wird“ (cfr. Kieser, in ATSG-Kommentar, Basilea-Zurigo-Ginevra 2003, n. 8 seg. ad art. 5, pag. 77 segg.). In queste condizioni, d'avviso di questo TCA, alla luce della documentazione medica raccolta agli atti, è dimostrato secondo il principio della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 nella causa B., C 49/00, consid. 2c; STFA del 22 agosto 2000 nella causa B., C 116/00, consid. 2b; STFA del 23 dicembre 1999 nella causa F., C 341/98, consid. 3; SZS 1993 pag. 106 consid. 3a; RCC 1986 pag. 202 consid. 2c, RCC 1984 pag. 468 consid. 3b, RCC 1983 pag. 250 consid. 2b; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung", in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 31-32; Scartazzini, "Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale", Basilea 1991, pag. 63), che l'insorgente è stata inabile al lavoro dal 15 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 a causa di una malattia e non della maternità. L'assicuratore è di conseguenza tenuto a corrispondere l'indennità di malattia dal 15 dicembre 2004 al 18 gennaio 2005 e l'indennità di maternità dal 19 gennaio 2005 per sedici settimane. Il ricorso va pertanto integralmente accolto e alla ricorrente, rappresentata da un sindacato, vanno assegnate le ripetibili adeguate all'impegno (art. 61 LPG).

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