

TI_GERICHTE 36.2016.88 vom 28. Dezember 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-12-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.88_d20151228

FR: TI_GERICHTE 36.2016.88 du 28 décembre 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2016.88 del 28 dicembre 2015

Regeste

Richiesta di indennità giornaliera per perdita di guadagno respinta non essendo dati i presupposti previsti dalle condizioni generali d'assicurazione

Erwägungen

E. 1

Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi dell'articolo 68.

E. 2

Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

E. 3

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." Giusta l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPG). 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. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPG non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPG, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. 2.3. In concreto il datore di lavoro, nel frattempo fallito, del ricorrente ha sottoscritto il contratto _____ (doc. 2). Per l'art. 1 delle condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA), l'assicurazione collettiva

d'indennità giornaliera di CO 1 accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro a seguito di malattia, di maternità, e se convenuto per contratto, di infortuni. Ai sensi dell'art. 3.1 CGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Secondo l'art. 3.3 CGA è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo di attività. Per l'art. 3.5 CGA è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. L'art. 3.6 CGA prevede che è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Secondo l'art. 10.1 CGA la copertura assicurativa si estingue per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo. Ai sensi dell'art. 10.2 CGA il contratto collettivo d'assicurazione cessa in caso di disdetta (lett. a), in caso di fallimento del contraente (lett. b), in caso di trasferimento all'estero della sede dell'azienda (lett. c), in caso di cessazione dell'attività aziendale (lett. d), al momento di passaggio di proprietà (lett. e). Per l'art. 10.3 CGA per i singoli assicurati la copertura assicurativa si estingue con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate o con la cessazione del rapporto di lavoro con il contraente (lett. a), con il raggiungimento o con il compimento dei 65 anni d'età (lett. b), non appena la continuazione della copertura assicurativa è garantita da un altro assicuratore in base ad un accordo di libero passaggio (lett. c), con il decesso della persona assicurata (lett. d). L'art. 10.4 CGA prevede che per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine dell'assicurazione, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso in corso nell'ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione della prestazione). Con il raggiungimento della capacità al lavoro completa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni. Secondo l'art. 10.5 CGA la continuazione delle prestazioni secondo il paragrafo 10.4 non trova applicazione se il contratto viene continuato presso un altro assicuratore che, in base ad un accordo di libero passaggio, deve garantire il proseguimento della corresponsione delle indennità giornaliere. L'art. 12 CGA regola il passaggio all'assicurazione individuale. Per l'art. 14.1 CGA se il periodo d'attesa è tra 0 e 10 giorni, il contraente deve comunicare l'incapacità all'assicuratore entro 15 giorni dall'inizio della stessa. In caso di periodi d'attesa a partire da 11 giorni, la notifica deve pervenire all'assicuratore entro 35 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro. Entro ulteriori 3 giorni dalla notifica della malattia, deve essere presentato un certificato del medico attestante l'incapacità al lavoro. In caso di notifica tardiva ingiustificata, il diritto alle prestazioni assicurate decorre al più presto a partire dalla ricezione della notifica. Ai sensi dell'art. 14.2 CGA la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni. L'art. 14.3 CGA prevede che le persone assicurate devono intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritardi. In particolare, devono attenersi alle prescrizioni del medico e del personale sanitario. Secondo l'art. 14.6 CGA la persona assicurata deve sottoporsi regolarmente a trattamenti o controlli medici. Inoltre, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi, a spese dell'assicuratore, alle visite mediche che quest'ultimo ritiene necessarie.

L'assicuratore ha il diritto di controllare il rispetto delle prescrizioni del medico tramite visite agli ammalati. 2.4. Con sentenza 9C_24/2013 del 25 marzo 2013, il TF ha rammentato che: " (...)

E. 4

.1 Il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di stabilire in SVR 1998 KV n. 4 pag. 9 consid. 2b - sotto l'egida della LAMaI, ma enunciando principi che rimangono validi anche sotto la LAMal (DTF 128 V 149 consid. 2a pag. 152) - che subisce in particolare una perdita di guadagno il dipendente, nei cui confronti non è (ancora) stato pronunciato il licenziamento ("in ungekündigter Stellung"), che diventa incapace al lavoro a causa di malattia e che non percepisce più il salario dal datore di lavoro. In questi casi, se la persona assicurata perde (in seguito) il proprio posto a causa dell'incapacità di lavoro, la perdita di guadagno consiste (anche dopo il termine di disdetta) nella perdita di salario. In simile evenienza vale infatti la presunzione che detta persona non avrebbe perso l'occupazione se non fosse diventata inabile al lavoro (Gebhard Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und nach VVG [in seguito: Vergleich], in: Adrian von Kaenel [ed.], Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pag. 80; inoltre Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, pag. 500).

E. 4.2

La situazione si presenta invece diversamente se il datore di lavoro pronuncia il licenziamento prima che il lavoratore diventa inabile al lavoro per malattia. In tale evenienza la predetta presunzione non si giustifica più. Il lavoratore perderebbe in ogni caso la propria occupazione, a prescindere dalla successiva incapacità lavorativa, la quale in questo modo non assurge più a causa primaria per la perdita di salario dopo la scadenza contrattuale. Al pari del lavoratore disoccupato avente di principio diritto a indennità di disoccupazione ma che a causa della malattia risulta temporaneamente non collocabile e che pertanto non può riscuotere tali indennità (v. DTF 102 V 83), la persona diventata inabile al lavoro dopo avere ricevuto (o espresso lei stessa) il licenziamento subisce ugualmente una perdita di guadagno a carico dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Tuttavia - in entrambe le situazioni - la perdita di guadagno indennizzabile corrisponde (al termine della scadenza contrattuale e sempre che la copertura assicurativa lo preveda) alla perdita dell'indennità di disoccupazione (sul coordinamento tra assicurazione malattia e assicurazione disoccupazione nello specifico contesto cfr. art. 73 LAMal e art. 28 LADI; DTF 102 V 83 segg.; RAMI 1998 no. KV 43 pag. 420 consid. 3a con riferimenti). È riservato il caso in cui la persona interessata è comunque in grado di dimostrare che senza l'inabilità al lavoro avrebbe trovato con ogni verosimiglianza un posto nuovo, concretamente definito (cfr. sentenza citata 9C_311/2010 consid. 1.2 in fine, 9C_332/2007 del 29 maggio 2008 consid. 2.2 in fine e RJAM 1983 n. K 526 pag. 81).

E. 4.3

Dalla situazione appena descritta in cui la persona assicurata vanta di principio il diritto a indennità di disoccupazione ma a causa della malattia non è (temporaneamente) collocabile e non le può riscuotere va infine distinta quella del disoccupato che non può invece neppure rivendicare siffatto diritto, vuoi perché esso si è esaurito o perché la persona interessata non adempie le condizioni relative alla durata contributiva (RAMI 1998 no. KV 43 pag. 420 consid. 3b; cfr. pure sentenza K 121/06 del 16 agosto 2007 consid. 2). In questa ipotesi,

l'interessato che diventa inabile al lavoro non può di principio neppure rivendicare, per la mancata perdita di un reddito sostitutivo, il diritto a indennità giornaliera di malattia, a meno che non fornisca la prova che senza la malattia avrebbe iniziato a lavorare in un posto ben definito (cfr. Eugster, Vergleich, pag. 80 seg. con i riferimenti alla giurisprudenza in materia). In quest'ultimo caso la perdita di guadagno consisterebbe nella perdita di salario.

E. 5.1

La Corte cantonale ha accertato che la nascita del terzo figlio (nel maggio 2011) al termine di una gravidanza difficile, l'assenza di aiuti, le assenze dal lavoro, l'insorgenza di disturbi del sonno, di stati d'ansia e di stanchezza avrebbero condizionato la sua qualità di vita e sarebbero culminate con il licenziamento da lei ritenuto ingiusto e inaspettato. Secondo il giudice di prime cure, inoltre, l'assicurata era già ammalata a partire dal mese di giugno 2012 (recte: 2011), ma nonostante ciò - e malgrado alcuni periodi di assenza dal lavoro - avrebbe proseguito l'attività lavorativa e il licenziamento avrebbe determinato la sua volontà a prendersi cura della sua salute. In tali circostanze - applicando la giurisprudenza sviluppata per i casi esposti sopra al consid. 4.3 -, ha sostenuto che senza la malattia l'assicurata avrebbe continuato la sua attività lavorativa come nel periodo precedente, mentre l'assicuratore non avrebbe fornito la (contro)prova che l'interessata avrebbe rinunciato a nuova occupazione e sarebbe rimasta in disoccupazione. Egli ha poi rilevato che l'interessata, non più presente sul posto di lavoro dal 6 ottobre 2011 e malata dal precedente giugno 2011, aveva diritto a ricevere indennità giornaliera piena - sulla base dell'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso di assicurazione, conformemente all'art. 6.1 CGA - per perdita di guadagno anche dopo la fine del contratto di lavoro avvenuta il 30 aprile 2012 e ciò sino al suo ristabilimento avvenuto con effetto al 1° luglio 2012. Sempre secondo il giudice cantonale, la perdita di guadagno sarebbe dimostrata dal fatto che, con tutta verosimiglianza, senza la malattia, l'assicurata non avrebbe perso il lavoro che aveva ormai da una ventina d'anni (1991).

E. 5.2

L'assicuratore ricorrente, oltre a lamentare un accertamento arbitrario dei fatti per il motivo che il primo giudice avrebbe ammesso l'esistenza di una malattia inabilitante già prima del 6 ottobre 2011, evidenzia l'importanza di operare una distinzione giuridica fra la situazione - come quella in esame - di un assicurato abile al lavoro al momento della ricezione della disdetta del contratto di lavoro, il quale sa di doversi attivare poiché da una determinata data non sarà più alle dipendenze del datore di lavoro, e quella del lavoratore che invece riceve la disdetta in piena inabilità lavorativa, e dal quale non si può esigere che si attivi per cercare un nuovo impiego.

E. 6.1

Anzitutto occorre premettere che la situazione in esame non va valutata, come ha invece ritenuto il giudice cantonale, alla luce delle condizioni poste al consid. 4.3 poiché, per quanto pacificamente ammesso da tutte le parti in causa, l'opponente avrebbe potuto rivendicare le indennità di disoccupazione specialmente previste dall'ordinamento applicabile in materia in favore dei lavoratori frontalieri italiani in Svizzera rimasti disoccupati a seguito della cessazione del rapporto di lavoro. In effetti, come evocato dalla stessa autorità giudiziaria di primo grado, l'art. 3 cpv. 2 della legge italiana n. 147 del 5 giugno 1997 stabilisce il trattamento speciale nella misura non superiore al 50 per cento del salario lordo medio annuo sottoposto a contribuzione, comprensivo di eventuali indennità

per malattia e infortunio, con esclusione degli assegni per il nucleo familiare, percepito in Svizzera nell'anno precedente lo stato di disoccupazione.

E. 6.2

Va poi sottolineato che l'incapacità lavorativa a causa di malattia è stata attestata per la prima volta il 6 ottobre 2011. Non è vero, come contesta CO 1, che il giudice di prime cure avrebbe ammesso una inabilità lavorativa già nel giugno 2011, avendo egli fatto risalire a tale epoca unicamente l'insorgenza della malattia. È nondimeno importante ricordare che, in mancanza di riscontro oggettivo in tal senso, questa incapacità non può essere fatta retroagire a un periodo precedente al 6 ottobre 2011. Alla luce di tali considerazioni appare però evidente che la fattispecie si identifica con la casistica esposta al consid. 4.2 e non con quella descritta al consid. 4.1. L'opponente non ha manifestamente perso il proprio posto di lavoro a causa dell'incapacità di lavoro, che è subentrata solo successivamente. Né tale incapacità è intervenuta in un momento in cui non era (ancora) stato pronunciato il licenziamento ("in ungekündigter Stellung"), l'interruzione del rapporto di lavoro essendo già stata notificata all'interessata in precedenza, e più precisamente il 30 settembre 2011. Ciò significa che, secondo le regole suesposte, l'assicurata poteva di principio soltanto fare valere la perdita di guadagno corrispondente all'indennità di disoccupazione (ammessa da controparte), a meno che non fosse stata in grado di dimostrare che, senza l'inabilità per malattia, avrebbe trovato, tra il 1° maggio e il 30 giugno 2012, con ogni verosimiglianza un posto nuovo concretamente definito. Nel qual caso ella avrebbe potuto rivendicare quale perdita di guadagno la relativa perdita di salario. Cosa che però il primo giudice - che è partito da altre (erronee) premesse - non ha rilevato né risulta altrimenti dagli atti.

E. 6.3

A titolo meramente abbondanziale si osserva inoltre che anche la conclusione del primo giudice secondo cui senza la malattia - depressione post partum - l'assicurata non avrebbe perso il lavoro che aveva ormai da una ventina d'anni, oltre a essere tratta da premesse non calzanti alla fattispecie in esame, appare in realtà contraddetta dagli atti. Salta in effetti agli occhi che l'assicurata medesima aveva riferito il 18 aprile 2012 al perito dott.ssa G._____ che le molte assenze dal posto di lavoro accumulate durante la difficile gravidanza (ante partum, quindi) avrebbero probabilmente condizionato il suo licenziamento al rientro dal congedo di maternità (perizia, pag. 3, "Lamentele soggettive"). Questa affermazione rende più che dubbia la correlazione tra la depressione post partum (che in ogni caso, lo si ripete, è diventata inabilitante solo dopo il 6 ottobre 2011) e la perdita del lavoro provocata dal licenziamento espresso il 30 settembre 2011.

E. 6.4

Infine, la correttezza della soluzione qui proposta risulta (indirettamente) dimostrata anche dalla DTF 102 V 83 che presenta ampie analogie con la fattispecie qui in esame. In quell'occasione si era trattato di accertare la perdita di guadagno di un assicurato che, già affetto da disturbi cardiovascolari e da una diminuzione dell'acuità visiva, aveva rassegnato (il 27 gennaio 1975 per la fine dello stesso mese, trovandosi egli ancora nel periodo di prova) le proprie dimissioni al datore di lavoro perché la sua vista non gli permetteva di svolgere adeguatamente le mansioni affidategli. Il giorno dopo (28 gennaio) l'interessato si ammalò e divenne inabile al lavoro fino al 2 marzo 1975. Dopo che l'ufficio cantonale del lavoro lo aveva ritenuto non collocabile per il periodo 1° febbraio - 2 marzo 1975, l'assicurazione d'indennità giornaliera per perdita di guadagno in caso di malattia gli

riconobbe unicamente il minimo previsto dagli statuti adducendo che anche qualora non si fosse ammalato egli non avrebbe comunque trovato lavoro e non avrebbe guadagnato nulla. Ora, in quell'ambito il Tribunale federale delle assicurazioni, dopo avere accertato che l'interessato non poteva essere ritenuto persona senza attività lucrativa, rilevò l'esistenza di una perdita di guadagno costituita dalla perdita delle indennità di disoccupazione (e non del salario precedente).” 2.5. In concreto oggetto del contendere è la questione di sapere se l'assicuratore è tenuto a versare all'insorgente le indennità giornaliere sulla base del contratto di assicurazione collettiva sottoscritta dalla fallita _____ (doc. I). Egli non chiede infatti il passaggio nell'assicurazione individuale, sostenendo che esso avverrà semmai al momento della sua guarigione. Secondo il ricorrente, essendo ammalato quando era ancora alle dipendenze del suo ex-datore di lavoro e continuando ad essere incapace al lavoro a causa di malattia, l'assicuratore sarebbe tenuto a versare le prestazioni pattuite. Va a questo proposito rilevato che con scritto del 2 maggio 2016, quando, per la prima volta, ha notificato la presenza di una malattia all'assicuratore, il suo rappresentante ha affermato che “ essendo che il Signor RI 1 è stato licenziato per il 31.10.2015, a causa del fallimento della società il predetto desidera principalmente far valere il diritto di libero passaggio, una volta guarito ed in caso che non dovessero trattarsi più di infortunio ma di malattia, vi chiediamo di prendere il caso a vostro carico, in base al contratto collettivo (doc. 5, sottolineature del redattore). Dopo aver ricevuto lo scritto del 31 maggio 2016 dell'assicuratore che indicava i motivi per cui un passaggio nell'assicurazione individuale non sarebbe possibile, lo stesso rappresentante ha affermato che “ con il nostro scritto del 2 maggio 2016, vi abbiamo informato che il nostro assistito, era stato licenziato il 31.10.2015 e avrebbe voluto far valere il suo diritto di libero passaggio una volta guarito. Dato ché, sulla base del vostro regolamento, non è possibile ottenere il libero passaggio una volta guarito, non abbiamo nulla da obiettare ” (doc. 8). Nel ricorso l'interessato ha ribadito che “ continuando la malattia del nostro assistito, iniziata prima del fallimento del datore di lavoro, le prestazioni, riguardante la perdita di salario per malattia, devono essere corrisposte, tramite contratto collettivo (... , sottolineatura del redattore) ”. 2.6. Nel caso di specie il ricorrente, muratore e carpentiere, è stato vittima di un infortunio il 9 settembre 2015. Dal referto del 21 giugno 2016 della dr.ssa med. _____, FMH in neurologia, risulta che l'interessato ha subito un “ trauma cranico minore, non associato ad una perdita di coscienza, dunque non classificabili come trauma cranico commotivo. E' già stato sottoposto ad una TAC cerebrali in urgenza risultata nella norma ed una successiva RMN cerebrale pure normale, che mostrava unicamente una minima sinusite mascellare e sfenoidale, con ipertrofia della mucosa dei turbinati di sinistra ” (allegato doc. 17). Con decisione formale del 28 dicembre 2015 la _____, in seguito alla visita effettuata presso il dr. med. _____, specialista FMH in fisiatria, il 16 dicembre 2015 e sulla base dell'esito della risonanza magnetica del 18 dicembre 2015 ha stabilito che “ non sono più ravvisabili postumi infortunistici riconducibili all'infortunio in oggetto ” e che “ siamo in presenza di una patologia di competenza dell'assicuratore malattia ” (doc. 4). A questo proposito il dr. med. _____ ha affermato che la RM “ non ha evidenziato alcun segno di lesione traumatica cerebrale come indicato dal radiologo, non evidenti residui emoiderici in sede intra-cranica. Inoltre vi sono delle piccole alterazioni aspecifiche della sostanza bianca sottocorticale in sede frontale bilaterale di possibile significato vascolare, come si riscontrano nei soggetti emicranici ”. Lo specialista ha concluso che “ in relazione a tali rilievi biologici, ritengo che i disturbi accusati dal paziente non siano più in causalità con l'infortunio del 09.09.2015. La sintomatologia emicranica accusata dal paziente verrà

trattata come malattia”. Sulla base di quest’ultima considerazione, l’assicurato, per il tramite di RA 1, il 2 maggio 2016, oltre a segnalare ad CO 1 di aver subito un aggravamento della salute, a causa dell’infortunio del 9 settembre 2015, in seguito al quale è stata informata la _____, ha chiesto il versamento di indennità giornaliera per malattia. 2.7. In concreto, dagli atti medici prodotti dalle parti emerge quanto segue. Al citato scritto del 2 maggio 2016 l’insorgente ha allegato un certificato, che sostiene essere stato rilasciato dal “ dott. _____ ” il 20 aprile 2016 (doc. 5), dove il medico afferma che l’insorgente “ riferisce di accusare, in seguito all’infortunio occorsogli in data 09.09.2015 (trauma cranico non commotivo), cefalea frontale tensiva ricorrente e dolori toracici diffusi oltre che in corrispondenza dello sterno, ove aveva riportato una piccola infrazione. Si chiede una visita da parte vostra per la definizione del caso .” Questo certificato, privo di qualsiasi elemento medico oggettivo non è atto a comprovare un’incapacità lavorativa del ricorrente dovuta a malattia. Esso si esaurisce infatti in una descrizione delle lagnanze dell’insorgente, nonché in una richiesta di visitare l’interessato. Neppure il certificato del 30 maggio 2016 del dr. med. _____, FMH medicina interna, attivo presso l’_____ (allegato doc. 9), è d’aiuto all’assicurato. Lo specialista, dopo aver descritto l’anamnesi attuale, remota e sociale ed aver riportato l’esame clinico, ha rilevato che il ricorrente ha riportato “ disturbi di concentrazione, disturbi di memoria, insonnia cefalea, capogiri, parestesie ai 4 arti, dolori toracici ed epigastrici ” ed ha proposto una valutazione neurologica presso la Clinica _____. A questo proposito la dr.ssa med. _____, FMH in neurologia, dopo aver visitato, in data 16 giugno 2016, il ricorrente, ha rilevato che “ non vedo comunque limitazioni della capacità lavorativa sul piano strettamente neurologico ” (allegato doc. 17). Il 27 luglio 2016 anche il dr. med. _____, neurologia FMH, dopo aver evidenziato che il paziente ha subito un trauma cranico “ senza perdita di conoscenza ed un trauma toracico chiuso ”, che “ le radiografie del torace e la TAC dell’encefalo normale, particolarmente nessuna lesione traumatica fresca ”, che “ nella radiografia del torace, niente di particolare, non è descritta una frattura nello sterno ”, che “ nei mesi dopo il trauma il paziente era a casa, inabile al lavoro, senza una terapia specifica ” ha affermato che “ l’esame neurologico è completamente normale e l’elettroencefalografia non ha mostrato un’asimmetria dell’attività di base né argomenti per una lesione focale ” (allegato doc. 17). Tuttavia, se dal punto di vista neurologico non vi è alcuna evidenza circa un’incapacità lavorativa del ricorrente, i medici hanno sottolineato anche la possibile presenza di una patologia psichica. Il dr. med. _____ afferma che “ già da diversi mesi il paziente non sta bene e attualmente soffre di disturbi del sonno, è nervoso e cefalea in maniera variabile tipo tensiva. Lui è preoccupato per il futuro e per l’inabilità lavorativa rispettivamente non trova un nuovo lavoro. Al centro dei disturbi attuali è una componente neuro-psicologica con l’impressione che la memoria regredisce, lui dice di avere problemi dell’orientamento geografico, deve concentrarsi in modo intenso per l’orientamento. Ho preso nota che lui ha scritto diverse offerte di lavoro nel senso che si sente subito abile al lavoro malgrado i disturbi menzionati sopra ”. Lo specialista afferma che “ i sintomi del paziente con insonnia, disturbi della memoria e cefalea (parzialmente tensiva, parzialmente emicrania), sono solo parzialmente e indirettamente da valutare in relazione al trauma cranico. L’impressione di avere problemi della memoria è da valutare in relazione alla depressione con tendenza di pseudo-demenza. La terapia è trattare la depressione (...) detto così devo presumere che i disturbi attuali sono da valutare come reazione psico-somatica sul trauma cranico con tendenza alla depressione, frustrazione, particolarmente in una situazione dove lui ha perso il lavoro ”. Anche la dr.ssa med.

_____ tra le diagnosi principali indica un probabile stato depressivo reattivo secondario alle preoccupazioni sul piano professionale (“ associati dolori toracici dopo trauma del torace chiuso senza fratture costali ” e “ disturbi mnestici soggettivi e insonnia di induzione e di mantenimento del sonno ”) ed afferma: “ (...) Il paziente non è stato più seguito dal punto di vista neurologico ed è in buona salute. Lavorava presso la ditta _____ di _____ come muratore, quando è rimasto vittima di un infortunio del quale ha riportato una contusione in sede frontale e al torace con una sbarra di acciaio. Ha sentito un forte colpo in sede frontale e al torace che l’ha fatto cadere. Non ha avvertito perdita di conoscenza anche se si è sentito per un attimo come “stordito”. E’ stato soccorso dai colleghi, che l’hanno accompagnato in pronto soccorso all’Ospedale di _____ dove è stato sottoposto ad una TAC nativa risultata normale. Non è stato trattenuto in osservazione, veniva eseguita anche una radiografia del torace che non mostrava fratture. Da allora il paziente è rimasto in infortunio, purtroppo subito dopo (poche settimane) la ditta per la quale lavorava è fallita e il paziente ha perso il posto di lavoro. Non è stato previsto nessun piano occupazione e il paziente si trova attualmente senza un’occupazione. A causa di un problema assicurativo-legale non dispone neppure di un’assicurazione di disoccupazione. Dal momento del trauma (dopo circa 6-8 settimane) accusa difficoltà a dormire, è molto preoccupato per la sua situazione professionale, non è riuscito a trovare nessuna occupazione, di notte si sveglia spesso a causa di queste preoccupazioni sentendosi molto agitato e triste. In questo contesto nota un peggioramento delle cefalee che erano già presenti prima del trauma ma sono diventati più frequenti. Il paziente descrive una cefalea frontale come “casco” intermittente, che si presenta due volte alla settimana a tratti è molto intensa (intensità 8/10), di solito non si associa a nausea e può accompagnare ad una lieve foto e fonofobia. Se la cefalea è più lieve il paziente può continuare le sue attività, per contro se intensa deve sdraiarsi e riposare ed assume antiinfiammatori con lieve beneficio. La cefalea può durare fino a 2-3 ore e poi si risolve gradualmente. Le cefalee attuali sono simili a quelle del passato ma hanno presentazione più frequente (prima non si presentavano più di una volta alla settimana). Per quanto riguarda i disturbi mnestici il paziente riferisce di essere come assente, è sempre concentrato sui pensieri che riguardano il lavoro e la sua situazione, a volte si perde in auto, tuttavia è in grado di seguire la contabilità, è in grado di seguire le sue pratiche assicurative, non ha cambiato carattere anche se i familiari notano che sia più triste che prima. Questi disturbi sono apparsi progressivamente, dopo il trauma cranico, con latenza di circa due mesi. (...) Valutazione Trattasi di un paziente 49 enne rimasto vittima di un trauma cranico minore, non associato ad una perdita di coscienza, dunque non classificabili come trauma cranico commotivo. E’ già stato sottoposto ad una TAC cerebri in urgenza risultata nella norma ed una successiva RMN cerebrale pure normale, che mostrava unicamente una minima sinusite mascellare e sfenoidale, con ipertrofia della mucosa dei turbinati di sinistra. Attualmente il paziente riferisce una cefalea con caratteristiche emicraniche, disturbi mnestici e disturbi del sonno. La cefalea si può classificare come un’emicrania senz’aura ed era già presente prima del trauma ma si è accentuata a distanza di circa 6-8 settimane senza cambiarne caratteristiche. Non si tratta quindi di una cefalea può classificarsi come post-traumatica, ma vi è stato verosimilmente un peggioramento nel contesto di una situazione di stress dopo la perdita del posto di lavoro. Considerato il tipo di trauma (minore, non commotivo), gli accertamenti neuroradiologici normali e l’esame neurologico normale, non ritengo indicati ulteriori esami come valutazione neuropsicologica; penso che i sintomi siano in relazione con la reazione depressiva e le preoccupazioni del paziente per la sua situazione. Un sostegno

psicologico è a mio avviso indicato. Anche l'introduzione di una terapia profilattica per l'emicrania idealmente a base di un farmaco antidepressivo con l'effetto favorevole sulle cefalee possa rivelarsi utile. Non vedo comunque limitazioni della capacità lavorativa sul piano strettamente neurologico." (sottolineature del redattore; allegato doc. 17) La patologia psichica è pertanto insorta in seguito alla perdita del posto di lavoro e meglio dopo il licenziamento, avvenuto con effetto al 31 ottobre 2015 (doc. 5: "[...] essendo che il Signor RI 1 è stato licenziato per il 31.10.2015 [...]") o il 31 ottobre 2015 (doc. 8: "[...] il nostro assistito, era stato licenziato il 31.10.2015 [...]"). Ciò è confermato anche dalla curante, Dr.ssa med. _____, medico chirurgo – psichiatra, specialista in psicologia clinica, la quale il 19 luglio 2016 ha affermato che " il paziente lamenta una sintomatologia caratterizzata da deflessione del tono dell'umore, ansia con ideazione ossessiva incentrata sulla difficoltà a trovare lavoro e disturbo del sonno. Tale sintomatologia si sarebbe sviluppata dopo l'interruzione del rapporto di lavoro " (doc. 15, sottolineatura del redattore). L'interessato ha sviluppato una patologia psichica in reazione alla perdita del lavoro, la cui incidenza sulla capacità lavorativa non è stata quantificata dai medici che si sono succeduti. La questione non merita tuttavia approfondimento. Infatti, se la patologia, di cui comunque manca una diagnosi secondo i parametri scientifici (ICD 10), è insorta quando l'interessato non era più alle dipendenze del suo datore di lavoro, come afferma la curante (doc. 15: "[...] Tale sintomatologia si sarebbe sviluppata dopo l'interruzione del rapporto di lavoro "), egli non può rivendicare alcuna prestazione derivante dall'assicurazione collettiva di perdita di guadagno, poiché secondo l'art. 10.3 lett. a CGA per i singoli assicurati la copertura assicurativa si estingue con l'uscita dalla cerchia degli assicurati o con la cessazione del rapporto di lavoro con il contraente. Anche la dr.ssa med. _____, la quale rileva come " vi è stato verosimilmente un peggioramento nel contesto di una situazione di stress dopo la perdita del posto di lavoro " (allegato doc. 17) evidenzia che " questi disturbi sono apparsi progressivamente, dopo il trauma cranico, con latenza di circa due mesi " e che " la cefalea si può classificare come un'emicrania senz'aura ed era già presente prima del trauma ma si è accentuata a distanza di circa 6-8 settimane senza cambiarne caratteristiche ", ossia, rammentato che l'infortunio è avvenuto il 9 settembre 2015, dopo il 31 ottobre 2016. Il ricorrente non ha diritto a prestazioni neppure se la patologia è invece insorta prima del licenziamento, causando un'incapacità lavorativa. Infatti, in tal caso ci troveremmo nell'ipotesi di cui al consid. 4.3 della citata sentenza 9C_24/2013 del 25 marzo 2013 (cfr. consid. 2.4 della presente sentenza). L'insorgente, secondo quanto affermato dalla dr.ssa med. _____ nel suo referto del 21 giugno 2016 " a causa di un problema assicurativo-legale, non dispone neppure di un'assicurazione disoccupazione " (allegato doc. 17). Egli non ha neppure comprovato, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che senza la malattia avrebbe iniziato a lavorare in un posto ben definito. Per cui, in assenza di un danno comprovato, non ha diritto ad alcunché (cfr. anche art. 14.2 CGA). Infine, abbondanzialmente, non va dimenticato che l'insorgente ha segnalato la fattispecie all'assicuratore solo con scritto del 2 maggio 2016 (doc. 5). Ora, per l'art. 14.1 CGA se il periodo d'attesa è tra 0 e 10 giorni, il contraente deve comunicare l'incapacità all'assicuratore entro 15 giorni dall'inizio della stessa. In caso di periodi d'attesa a partire da 11 giorni, la notifica deve pervenire all'assicuratore entro 35 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro. Entro ulteriori 3 giorni dalla notifica della malattia, deve essere presentato un certificato del medico attestante l'incapacità al lavoro. In caso di notifica tardiva ingiustificata, il diritto alle prestazioni assicurate decorre al più presto a partire dalla ricezione della notifica. In concreto non solo

la segnalazione di un'eventuale incapacità lavorativa è stata inoltrata tardivamente, quando il contratto d'assicurazione collettiva non era più in essere, ma nessuno degli atti medici prodotti dall'insorgente contiene indicazioni circa la presenza di un'incapacità lavorativa dovuta a malattia. Il certificato del 20 aprile 2016 attribuito al curante, dr. med. _____, fa stato unicamente della presenza di alcuni disturbi per i quali si chiede una visita (allegato doc. 5), quello del 30 maggio 2016 del dr. med. _____ contiene l'anamnesi del ricorrente, la descrizione dell'esame clinico e la richiesta di una valutazione presso la dr.ssa med. _____ (allegato doc. 9), il certificato della psichiatra curante dr.ssa med. _____ del 19 luglio 2016, che rileva di aver visitato il medesimo giorno il ricorrente, descrive le lagnanze dell'interessato ma non si esprime circa una possibile incapacità lavorativa (doc. 15). Come visto la dr.ssa med _____ ha stabilito che dal punto di vista neurologico non vi è alcuna incapacità lavorativa (allegato doc. 17). Infine, anche il dr. med. _____, pur rilevando la possibile presenza di una componente psichica non fa stato di alcuna incapacità lavorativa (allegato doc. 17). Alla luce di tutto quanto sopra esposto l'insorgente non ha diritto a ricevere indennità giornaliera sulla base del contratto collettivo d'assicurazione. Il ricorso va di conseguenza respinto. 2.8. CO 1, con la risposta, ha richiamato l'incarto della _____. Dagli atti emerge che l'assicuratore contro gli infortuni ha trasmesso all'assicuratore l'intero incarto su CD e quest'ultimo l'ha prodotto, perlomeno parzialmente, al TCA (allegati al doc. 17). Del resto gli atti medici sono stati riassunti dal dr. med. _____ nel suo referto del 27 luglio 2016 (allegato al doc. 17). Questo TCA ritiene del resto che la documentazione agli atti, non contestata, è sufficiente per decidere nel merito della vertenza e ulteriori accertamenti risultano superflui. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

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