

TI_GERICHTE 36.2025.18 vom 27. Oktober 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-10-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.18

FR: TI_GERICHTE 36.2025.18 du 27 octobre 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.18 del 27 ottobre 2025

Erwägungen

E. 30

ss ad art. 224 CPC; CHRISTOPH LEUENBERGER, in Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [éd.], 3 e éd. 2016, n° 20 ad art. 224 CPC; GASSER/RICKLI, Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO], Kurzkomentar, 2 e éd. 2014, n° 2 ad art. 224 CPC; NAEGELI/RICHERS, in ZPO, Oberhammer/Domej/Haas[éd.], 2 e éd. 2014, n° 14 ad art. 224 CPC; LAURENT KILLIAS, in Berner Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2012, n os 45 s. ad art. 224 CPC); à défaut de réserve expresse, la règle est valable même lorsque la partie demanderesse modifie sa demande (art. 227 et 230 CPC) ou allègue de nouveaux éléments de fait (art. 229 CPC) (arrêt 5A_618/2015 du 2 mars 2016 consid. 5.2; ERIC PAHUD, in Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO], Kommentar, Brunner/Gasser/Schwander [éd.], 2 e éd. 2016, n° 12 ad art. 224 CPC).” Alla luce della chiara giurisprudenza federale, la domanda riconvenzionale del 16 ottobre 2025 prodotta dopo le conclusioni di causa è manifestamente irricevibile senza che debba essere sottoposta all’attore per una presa di posizione. Di conseguenza tutte le considerazioni contenute nell’atto del 16 ottobre 2025, così come i documenti allegati a suo sostegno (doc. 11 [estratto del conto individuale dell’attore dell’11 marzo 2024] e doc. 12 [decisione dell’Ufficio AI per gli assicurati residenti all’estero del 4 agosto 2025, ricevuto dall’assicuratore il 7 agosto 2025 e che poteva pertanto essere prodotto unitamente alle osservazioni alla perizia del dr. med. _____]), non sono presi in considerazione nell’ambito della presente procedura e sono trasmessi all’assicurato unitamente all’intimazione della sentenza e solo per conoscenza. 2.3. L’assicurato chiede, oltre alla condanna dell’assicuratore al pagamento di indennità giornaliera dal 15 aprile 2024, anche l’accertamento dell’esistenza di un obbligo prestativo dell’assicuratore in suo favore in seguito a malattia sulla base del contratto d’indennità giornaliera contro la perdita di guadagno sottoscritto dal suo datore di lavoro. Per l’art. 88 CPC con l’azione di accertamento l’attore chiede che sia accertata giudizialmente l’esistenza o l’inesistenza di un diritto o di un rapporto giuridico determinato. Affinché l’azione di accertamento ai sensi dell’art. 88 CPC sia ricevibile, l’attore deve avere un interesse di fatto o di diritto degno di protezione alla constatazione immediata della situazione di diritto (cfr. art. 59 cpv. 2 lett. a CPC; cfr. STF 4A_479/2021 del 29 aprile 2022, consid. 1; STF 4A_679/2016 del 22 maggio 2017, consid. 2.1; STF 4A_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3; cfr. anche STF 4A_618/2017 dell’11 gennaio 2018, consid. 5.2 e 8C_246/2018 del 16 gennaio 2019, consid. 6.3.1). Secondo la giurisprudenza (cfr. STF 4A_688/2016 del 5 aprile 2017, consid. 3.1) occorre (1) che vi sia un’incertezza circa i diritti dell’attore (2) che la fine dell’incertezza sia giustificata nel senso che non si può esigere dall’attore che tolleri ancora a lungo la persistenza dell’incertezza perché è d’impedimento nella sua libertà di decisione (3) che l’incertezza possa essere tolta tramite l’accertamento giudiziario (4) che un’azione condannatoria (o esecutiva: “

Leistungsklage”) o formatrice (o in modificazione del diritto: “Gestaltungsklage”) che gli permetterebbe d’ottenere direttamente il rispetto del suo diritto o l’esecuzione dell’obbligazione non sia possibile (cfr. DTF 135 III 375 consid. 2.2 con i rinvii). Nel caso di specie un’azione condannatoria è possibile. Tant’è che con la petizione al punto 1.2 l’interessato chiede proprio la condanna dell’assicuratore al pagamento di almeno CHF 71’999.90 corrispondenti alle indennità giornaliere maturate “ dal 15 aprile 2024 al 15 aprile 2024 ” (sic!) sulla scorta del contratto di assicurazione indennità giornaliera secondo la LCA No. _____, oltre EUR 1’522.00 per i trattamenti fisioterapici a cui l’attore ha dovuto sottoporsi fino al 10 febbraio 2025 (doc. I). Ne segue che nella misura in cui l’attore chiede l’accertamento dell’obbligo prestativo della convenuta in suo favore, in seguito a malattia, sulla base del contratto di assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, no. _____, la petizione è irricevibile. 2.4. Le prestazioni richieste si fondano su un’assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia che rientra nella nozione di assicurazione complementare alla LAMal (DTF 142 V 448, consid. 4.1; STF 4A_593/2024 del 4 marzo 2025, consid. 1.1; STF 4A_539/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 1.1). Queste assicurazioni complementari sono rette dalla LCA, conformemente all’art. 2 cpv. 2 LVAMal (STF 4A_193/2025 del 15 settembre 2025 destinata a pubblicazione, consid. 1; STF 4A_593/2024 del 4 marzo 2025, consid. 1.1; Bonaz Lucile, L’assurance perte de gain maladies en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 52, n. 142 e seguenti). La procedura applicabile è quella prevista dagli art. 243 e seguenti CPC (STF 4A_539/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.1). 2.5. Il 1° gennaio 2022 sono entrate in vigore numerose modifiche della LCA, che si applicano al caso di specie poiché il contratto d’assicurazione ha avuto inizio il 1° ottobre 2022 (doc. 1). 2.6. Per quanto concerne l’indennità contro la perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato che l’art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un’adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (Bonaz Lucile, L’assurance perte de gain maladies en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 114, n. 344 e seguenti; sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.1.1; sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007; sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. Adrian Von Kaenel , Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 109-131, in particolare pag. 111-115). La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian Von Kaenel , op. cit., pag. 116 seg.). Salvo pattuizione contraria, l’obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller , Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 19-45, in particolare pag. 20). Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628). L’art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.1.1; 4A_563/2019 del 14 luglio 2020 pubblicata in DTF 146 III 339 consid. 5.2.3 che cita Ivano

Ranzanici , Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail, in: Regards croisés sur le droit du travail: Liber Amicorum pour Gabriel Aubert, 2015, pag. 271 e seguenti, in particolare pag. 272-274; sull'aspetto dell'equivalenza si veda anche Adrian Von Kaenel , op. cit., pag. 120 segg. e la DTF 141 III 112 consid. 4.1-4.3). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert , in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO). La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali). 2.7. In concreto, la convenuta ed il datore di lavoro hanno concluso un contratto d'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LCA (doc. 1), che prevede, se date le condizioni, in caso di malattia, il pagamento dell'80% del salario per 730 giorni per caso d'assicurazione, dedotto il termine di attesa di 30 giorni, ciò che è abituale nelle indennità giornaliera sottoposte alla LCA (cfr. anche Bonaz Lucile, op. cit., pag. 225 e seguenti, n. 637 e seguenti). Al contratto si applicano le condizioni generali d'assicurazione (CGA) edizione 01.01.2022 (doc. 1). L'art. _____ CGA prevede che la copertura d'assicurazione è strutturata nella forma di un'assicurazione contro i danni (cpv. 1). L'assicuratore accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia. La copertura d'assicurazione può estendersi all'infortunio, al congedo maternità o ad altri rischi, a condizione che siano indicati nella polizza (cpv. 2). Secondo l'art. _____ CGA le basi giuridiche del contratto sono costituite dalle CGA, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali, dalle disposizioni e dalle dichiarazioni menzionate nella proposta, dalle altre dichiarazioni del contraente e degli assicurati e dai questionari sullo stato di salute, dalla LCA, dal CO. Per l'art. _____ CGA è considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica o mentale o psichica, medicalmente e oggettivamente quantificabile che non sia la conseguenza di un infortunio o dei suoi postumi e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate a una malattia. Secondo l'art. _____ CGA è considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, medicalmente e oggettivamente identificato, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Sono generalmente equiparati a un infortunio i postumi di un infortunio, le ricadute di infortuni, le lesioni fisiche equiparate a un infortunio e le malattie professionali ai sensi della LAINF. L'art. _____ CGA prevede che salvo diversa indicazione, il termine incapacità concerne tanto l'incapacità lavorativa quanto l'incapacità al guadagno. Ai sensi dell'art. _____ CGA l'assicurato in incapacità può pretendere le prestazioni assicurate esclusivamente se subisce una perdita di salario/guadagno a seguito di un danno alla salute (_____). Dal momento in cui la ripresa della professione abituale non è più possibile,

il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno (_____). L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25% (art. _____). 2.8. In concreto, in seguito ad un infortunio occorso il 4 settembre 2019 (contusione dorso lombare a causa di una caduta con una moto), è intervenuta la _____ che ha versato le prestazioni di legge. L'11 gennaio 2024 l'assicuratore contro gli infortuni ha affermato che in base alla valutazione del servizio medico, i disturbi oggi presenti alla schiena non sono più causati dall'infortunio, ma sono da ascrivere a malattia. “ Dobbiamo pertanto chiudere il caso con il 15 gennaio 2024 e mettere un termine al versamento delle prestazioni da tale data ” (doc. XIII/1). L'11 aprile 2024, su incarico dell'assicuratore, AT 1 è stato sottoposto ad una visita ad opera del dr. med. _____, FMH medicina interna, medico di fiducia FMH, certificato SIM EFL, che, posta la diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa di lombalgia ricorrente su bulging discale L4-L5 e pseudo bulging L5-S1 (RMN 19.10.2019), sovraccarico rachide lombosacrale (BMI 37.8) e decondizionamento muscolare, ha stabilito che nell'attività di autista e amministrativa l'assicurato è incapace al lavoro al 50%. Entro tre mesi, con adeguato calo ponderale e terapia analgesica, salvo complicazioni, la capacità lavorativa sarebbe aumentata al 100%. In attività adatte allo stato di salute, secondo le limitazioni indicate nell'allegato, AT 1 è invece stato giudicato abile al 100%, con rendimento ridotto del 10%, fin da subito. Entro tre mesi, con adeguato calo ponderale e terapia analgesica, salvo complicazioni, la capacità lavorativa sarebbe stata del 100% (doc. 6). Al punto 4 il dr. med. _____ ha affermato: “ nessuna relazione tra il trauma del 2019 e la sintomatologia riferita ” (doc. 6, pag. 6), mentre al punto 5 ha indicato che anamnesi, sintomatologia e limiti riferiti, diagnosi e valutazione clinica odierna “ sono coerenti con patologia degenerativa nota e documentata ” (doc. 6, pag. 6). Il medico ha inoltre posto la diagnosi senza effetto sulla capacità lavorativa di “ trauma della strada in moto subiva trauma da caduta con contusione dorso lombare ” e “ trauma della strada del 05.09.2019 ” (doc. 6, pag. 6). Il medico ha evidenziato che “ anamnesi, sintomatologia e limiti riferiti, diagnosi e valutazione clinica odierna sono coerenti con patologia degenerativa nota e documentata. Non è coerente una incapacità lavorativa 50% in attività esclusivamente amministrativa ”. Il 25 aprile 2024 l'assicuratore ha informato AT 1 che dalla visita presso il dr. med. _____, “ emerge che è possibile per lei riprendere un'attività lavorativa in amministrazione sin da subito al 100% con rendimento ridotto del 10% su intera giornata per eventuali pause o cambi di postura. Inoltre le è anche riconosciuta una capacità a svolgere la sua ulteriore mansione di autista al 50% per i prossimi tre mesi ed al 100% dal 15 luglio 2024. Eventuali terapie fisiatriche o di riabilitazione potranno essere svolte fuori dagli orari di lavoro. (...) Pertanto, sulla base di quanto precede l'incapacità lavorativa le sarà riconosciuta al 100% per il periodo che va dal 27 gennaio 2024 al 15 aprile 2024 ” (doc. 7). L'11 luglio 2024 il dr. med. _____ ha confermato la sua valutazione anche dopo aver ricevuto ulteriore documentazione medica (doc. 9). Nell'ambito della presente vertenza questo Tribunale ha ritenuto necessario l'allestimento di una perizia reumatologia atta a stabilire la capacità lavorativa dell'attore dopo il 15 aprile 2024 ed ha nominato il dr. med. _____, FMH reumatologia, quale perito. Nel referto del 24 agosto 2025 lo specialista ha posto la diagnosi reumatologica con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica: spondilolistesi di L5 su S1 di 1° grado secondo Meyerding, su lisi istmica congenita bilaterale L5 e alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare caudale con bulging discale L4/L5 e pseudobulging L5/S1 e le diagnosi reumatologiche senza influsso sulla capacità lavorativa di decondizionamento e sbilancio muscolare, disturbi statici della colonna vertebrale

(appiattimento della colonna dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare) e adipositas magna (peso corporeo 127 Kg / statura: 175 cm). Il perito ha poi riassunto gli atti, l'anamnesi personale, l'anamnesi secondo la presentazione del periziando e l'anamnesi sistematica. Relativamente all'anamnesi sociale lo specialista ha affermato: " (...) È sposato, padre di 2 figli, gestisce una società _____, prima dell'insorgenza dei disturbi guidava, mentre ora si dedica praticamente soltanto a lavori d'ufficio e d'inverno al marketing." Il perito ha aggiunto che " il periziando indica di essere gestore di una società _____ e che prima dell'insorgenza del disturbo guidava in prima persona, mentre ora si dedica unicamente ai lavori d'ufficio " ed ha affermato: " (...) Come autista con compiti di carico e scarico per esempio di bagagli, lo giudico inabile al lavoro al 100% in via definitiva, a seguito dei limiti di carico sopraprofilati, mentre come autista, senza obbligo di carico e scarico di bagagli, lo giudico abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questa attività, con rendimento del 100%, premesso che la durata delle trasferte non superi i 30 minuti, limite applicabile anche alle trasferte in automobile per motivi privati, dal 15.4.2024. Come direttore di un'azienda, con compiti dirigenziali amministrativi, giudico il periziando abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, ma con una diminuzione del rendimento del 10%, a seguito della maggiore necessità di pause, di alternare le posizioni corporee, le posizioni statiche al movimento, a partire dal 15.4.2024. (...) Come si evince dal confronto delle diagnosi poste durante l'attuale rivalutazione peritale con quelle esposte il 15.4.2024, il Dr. _____ non inserisce nella diagnosi reumatologica con influsso sulla capacità lavorativa quella di spondilolistesi di L5 su S1 su lisi istmica congenita bilaterale di L5, a mio modo di vedere rilevante per spiegare le caratteristiche del dolore lamentate dal periziando, determinante una minore caricabilità della colonna vertebrale, dei limiti funzionali più importanti, mentre il sovraccarico del rachide lombosacrale ed il decondizionamento muscolare riferito dal Dr. _____, nelle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, non incidono sostanzialmente sulle risorse fisiche del periziando dal lato strettamente reumatologico, per cui le ritengo senza influsso sulla capacità lavorativa. Le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, elencate dal Dr. _____, di appendicectomia, frattura da trauma sportivo clavicola destra (2003), trauma della strada in moto subiva trauma da caduta con contusione dorsolombare, trauma della strada del 5.9.2019, sono dati anamnestici, riportati nel rispettivo paragrafo dello scritto peritale. b) È corretta la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa posta dal dr. med. _____ di trauma della strada in moto del 5 settembre 2019 (trauma da caduta con contusione dorso lombare)? La diagnosi citata si riferisce ad un dato anamnestico e non diagnostico, per cui come reumatologo non ho ritenuto utile inserirlo nelle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. 2. Dal lato reumatologico qual è stata l'evoluzione del grado di capacità lavorativa dovuta a malattia (ossia non conseguenza dell'infortunio e dei suoi postumi) di AT 1 dal 15 aprile 2024 nella sua attività di direttore della _____ e di autista di _____? Ritengo le patologie strutturalmente spiegabili di pertinenza reumatologica maggiormente incisive sulla capacità funzionale e di carico residua del periziando, ciò che di conseguenza porta ad una valutazione parzialmente diversa della capacità lavorativa per le singole attività abituali, rispettivamente per un lavoro adatto allo stato di salute tenente pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico (più restrittivi) da me profilati, rispetto alla valutazione peritale precedente del 15.4.2024; in concreto, come autista con compiti di carico e scarico per esempio di bagagli, giudico il periziando inabile al lavoro al

100% in via definitiva dal 15.4.2024, mentre come autista senza obbligo di carico e scarico di bagagli, lo giudico abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di attività, con rendimento del 100%, premesso che la durata delle trasferte non superi i 30 minuti, limite applicabile anche alle trasferte in automobile per motivi privati. Come direttore di un'azienda, con mansioni dirigenziali amministrative, giudico il periziando abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, ma con una diminuzione del rendimento del 10%, a seguito della maggiore necessità di pause, di alternare le posizioni corporee, le posizioni statiche al movimento, dal 15.4.2024. 3. AT 1 potrebbe svolgere un'altra attività lucrativa, rispetto a quella descritta al quesito 2, confacente al suo stato di salute derivante da malattia (ossia non conseguenza dell'infortunio e dei suoi postumi)? In caso di risposta affermativa, che tipo di attività, in che percentuale e da quando? In un lavoro adatto allo stato di salute, tenente pienamente conto delle risorse fisiche descritte sopra, dal sottoscritto, giudico il periziando abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100% dal 15.4.2024. (...)” 2.9. Circa l'aspetto medico, va rammentato che, prima della modifica dell'art. 177 CPC, entrata in vigore il 1° gennaio 2025, in una sentenza 4A_178/2015 dell'11 settembre 2015, pubblicata in DTF 141 III 433, il Tribunale federale ha stabilito che una perizia privata non costituisce un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e che nel processo civile le perizie di parte (Privatgutachten) devono essere considerate alla stessa stregua di semplici allegazioni di parte. Dal 1° gennaio 2025 è entrata in vigore una modifica dell'art. 177 CPC, secondo il quale sono documenti gli atti idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti, come scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, nonché le perizie private delle parti. Nel Messaggio concernente la modifica del Codice di diritto processuale civile svizzero (Migliorare la praticabilità e l'applicazione del diritto), pubblicato in FF 2020, pag. 2407 e seguenti, in particolare pag. 2459 – 2460, figura (sul tema cfr. anche: Laura Kunz/ Pia Meier: Das Arbeits(un)fähigkeitszeugnis, in: Jusletter 13 novembre 2023, pag. 32): " (...) L'articolo 168 capoverso 1 CPC contiene un elenco esaustivo dei mezzi di prova ammessi nel processo civile (cosiddetto numerus clausus dei mezzi di prova); sono mezzi di prova ammessi, oltre alla testimonianza, all'ispezione oculare, alla perizia, alle informazioni scritte, all'interrogatorio e alle deposizioni delle parti, anche i documenti. L'articolo 177 CPC definisce gli atti considerati come documenti ai sensi del CPC: secondo il testo di legge si tratta di scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti. In base a questa disposizione di legge, il Tribunale federale ha deciso che le perizie delle parti e le perizie private – vale a dire le perizie di esperti non ordinate e ottenute dal giudice secondo gli articoli 183 e seguenti CPC, ma commissionate da una parte medesima – non sono considerate documenti secondo l'articolo 177 CPC e quindi non costituiscono mezzi di prova ai sensi dell'articolo 168 capoverso 1 CPC. Ciò risulta dal fatto che, durante l'elaborazione del CPC, le perizie di parte e le perizie private non sono state escluse soltanto come perizie ma anche globalmente come mezzi di prova. Questa decisione è in contraddizione con gran parte della dottrina ed è quindi anche servita per criticare la giurisprudenza del Tribunale federale. Secondo il nostro Consiglio questa situazione giuridica non è soddisfacente e deve pertanto essere modificata. Proponiamo quindi di sancire espressamente nella legge la qualità di documento delle perizie private delle parti. Di conseguenza, in condizioni generali tali perizie di parte o perizie private sono

considerate come documenti e costituiscono in quanto tali mezzi di prova ammessi secondo l'articolo 168 capoverso 1 lettera b CPC. In quanto mezzi di prova anche queste perizie soggiacciono al libero apprezzamento delle prove da parte del giudice conformemente all'articolo 157 CPC e quindi nel caso concreto il loro valore probatorio dipenderà dall'insieme delle circostanze di cui tenere conto (p. es. rapporti delle parti con il perito nonché assegnazione del mandato, processo e svolgimento della perizia, specializzazione del perito ecc.). Viene così migliorato un punto essenziale del diritto in materia di prova del CPC. Questa modifica è coerente anche sotto il punto di vista della giurisprudenza in materia di assicurazioni sociali sulle perizie private e di parte. La maggior parte dei partecipanti alla consultazione ha approvato questa proposta.” (sottolineatura del redattore) La modifica si applica a tutte le procedure pendenti al 1° gennaio 2025 (art. 407f CPC; cfr. Raphael Kathriner, Aktuelle Fragen zur arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit in: plädoyer 6/2024, pag. 42 e seguenti, in particolare pag. 46). Secondo la dottrina con la modifica di legge una differenziazione tra perizie private in senso stretto e altri referti medici sarebbe difficilmente attuabile. La nuova regola del CPC deve essere compresa nel senso che anche certificati medici non motivati devono essere ritenuti quali prove. Il loro valore probatorio può tuttavia variare notevolmente e va preso in conto nell'ambito dell'apprezzamento delle prove. La dottrina ritiene inoltre che le linee guida per la valutazione delle prove valide per le assicurazioni sociali potranno essere riprese nell'ambito del diritto civile (Raphael Kathriner, op. cit, pag. 46). A questo proposito va rammentato che per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne

mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei 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. 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 (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.10. Per quanto concerne la perizia, l'art. 183 cpv. 1 CPC prevede che il giudice può, ad istanza di parte o d'ufficio, chiedere una o più perizie. Sente dapprima le parti. Ai periti si applicano i motivi di riconsuazione previsti per chi opera in seno a un'autorità giudiziaria (art. 183 cpv. 2 CPC). Qualora faccia capo a conoscenze specialistiche interne al tribunale, il giudice deve preventivamente informarne le parti e dar loro la possibilità di esprimersi (art. 183 cpv. 3 CPC). Secondo l'art. 184 cpv. 1 CPC, il perito è tenuto alla verità e deve presentare tempestivamente la propria perizia. Ai sensi dell'art. 185 cpv. 1 CPC il giudice dà al perito le istruzioni necessarie e gli illustra, per scritto o nel corso dell'udienza, i quesiti sottopostigli. Dà modo alle parti di esprimersi sui quesiti sottoposti al perito e di proporre modifiche od aggiunte (art. 185 cpv. 2 CPC). Mette a disposizione del perito gli atti necessari e gli assegna un termine per la presentazione della perizia (art. 185 cpv. 3 CPC). Per l'art. 186 cpv. 4 CPC il giudice dà modo alle parti di chiedere la delucidazione o un completamento della perizia. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario se quest'ultimo non risponde alle domande che gli vengono poste, non giustifica le sue conclusioni, nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni, se la perizia presenta dei difetti così evidenti da poter essere riconosciuti anche senza una conoscenza speciale oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (cfr. DTF 141 IV 369, consid. 6.1, sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. 2.11. In una sentenza 4A_117/2021 del 31 agosto 2021, pubblicata in DTF 148 III 105 (cfr. anche STF 4A_144/2021 del 13 settembre 2021, consid. 4.2.1), il Tribunale federale ha stabilito che secondo la regola generale dell'art. 8 CC, che vale anche nell'ambito del contratto di assicurazione, l'avente diritto deve provare i fatti che "giustificano la pretesa assicurativa" (cfr. la nota marginale in tedesco dell'art. 39 LCA) e cioè segnatamente l'esistenza di un

contratto d'assicurazione, l'insorgere di un caso di assicurazione e l'estensione della pretesa (cfr. anche STF 4A_470/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.3). All'assicuratore incombe invece l'onere di provare i fatti che gli permettono di ridurre o rifiutare la prestazione contrattuale o che rendono il contratto d'assicurazione non vincolante nei confronti dell'avente diritto. Per una pretesa incapacità lavorativa legata all'insorgenza del caso di assicurazione vale il grado della prova ordinario. Di conseguenza la prova è apportata, se il tribunale è convinto secondo criteri oggettivi dell'esattezza dell'allegazione fattuale. È sufficiente che non sussistano più seri dubbi sull'esistenza del fatto allegato o che i dubbi eventualmente rimanenti appaiano leggeri (consid. 3.3.1). L'assicurato che chiede il versamento delle indennità giornaliere deve comprovare il persistere della sua incapacità lavorativa secondo il principio della verosimiglianza preponderante (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3, con riferimento alla DTF 141 III 241 consid. 3.1; cfr. anche DTF 147 III 73). La posizione della persona assicurata è favorita dal fatto che non viene contestata l'incapacità al lavoro fino ad una determinata data. Non spetta tuttavia all'assicuratore comprovare il ripristino totale o parziale della capacità lavorativa. Nell'ambito del suo diritto alla controprova, l'assicuratore deve tutt'al più apportare degli elementi propri ad insinuare dei dubbi e a far vacillare la verosimiglianza preponderante che l'assicurato si sforza di stabilire; questo genere di dubbi può sgorgare già dalle allegazioni delle parti, rispettivamente da perizie private (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3 con riferimenti alla DTF 130 III 321 consid. 3.4 e alla sentenza 4A_85/2017 del 4 settembre 2017, consid. 2.3). 2.12. Nel caso di specie questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni del perito, dr. med. _____. Il referto (doc. XX), privo di contraddizioni, coerente ed approfondito, presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c con riferimenti): lo specialista ha espresso la sua valutazione in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame accurato del caso (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2). Il perito, esperto nell'ambito qui in discussione, ha minuziosamente esaminato la fattispecie, prendendo in considerazione tutta la documentazione messa a sua disposizione, visitando l'attore il 20 agosto 2025 e rispondendo puntualmente a tutte le domande poste dal Tribunale. Dopo aver posto la diagnosi reumatologica con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica: spondilolistesi di L5 su S1 di 1° grado secondo Meyerding, su lisi istmica congenita bilaterale L5 e alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare caudale con bulging discale L4/L5 e pseudobulging L5/S1, il perito ha riassunto tutti gli atti messi a sua disposizione, ha descritto l'anamnesi personale, secondo la sua presentazione, sistematica e sociale ed ha riportato l'esito dell'esame reumatologico (alla colonna vertebrale, alle articolazioni periferiche) e dell'esame neurologico cursorio. Il perito ha poi illustrato la sua valutazione ed ha risposto alle domande del Tribunale relative all'evoluzione del grado di capacità lavorativa dell'attore dovuta a malattia, ossia non conseguenza dell'infortunio e dei suoi postumi. Il dr. med. _____ ha accertato che l'assicurato, come autista con compiti di carico e scarico per esempio di bagagli, è inabile al lavoro al 100% in via definitiva, a seguito dei limiti di carico ivi indicati. Per contro, come autista, senza obbligo di carico e scarico di bagagli, l'attore è abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questa attività, con rendimento del 100%, premesso che la durata delle trasferte non superi i 30 minuti, limite applicabile anche alle trasferte in automobile per motivi privati, dal 15.4.2024. Infine, come direttore di un'azienda, con compiti dirigenziali amministrativi, lo specialista ha stabilito

che l'assicurato è abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, ma con una diminuzione del rendimento del 10%, a seguito della maggiore necessità di pause, di alternare le posizioni corporee, le posizioni statiche al movimento, a partire dal 15.4.2024. In un'attività adatta, con i limiti ivi descritti, il reumatologo ha stabilito che l'interessato è abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100% dal 15.4.2024. Il perito ha anche spiegato i motivi per i quali, per quanto concerne le diagnosi e le valutazioni della capacità lavorativa si è in parte scostato dalle valutazioni del dr. med. _____, il quale, del resto non è specialista in reumatologia ma in medicina interna. Il dr. med. _____ ha inoltre precisato che la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa posta dal dr. med. _____, di trauma della strada in moto del 5 settembre 2019 (trauma da caduta con contusione dorso lombare), si riferisce ad un dato anamnestico e non diagnostico e di conseguenza non ha ritenuto utile inserirlo nelle diagnosi. Questo Tribunale, anche in assenza di documentazione medica specialistica oggettiva e motivata contraria alle conclusioni del referto, successiva alla redazione della perizia, non ha alcun motivo per scostarsi dalle predette valutazioni. 2.13. Le richieste di delucidazione proposte dall'attore nelle osservazioni del 15 settembre 2025 non possono trovare accoglimento. Per quanto concerne la domanda relativa alla questione di sapere se la mansione di direttore di azienda comporterebbe verosimilmente, se prolungata nel tempo, un peggioramento del suo stato di salute anche dal lato psichiatrico e più in generale di sapere se è necessario effettuare anche una valutazione psichiatrica, questo TCA rileva che agli atti non è stata prodotta alcuna certificazione medica specialistica relativa ad una incapacità lavorativa di natura psichiatrica. Non vi è pertanto alcun motivo per un approfondimento in tale ambito. Del resto il dr. med. _____ non è psichiatra. Inoltre, in concreto, oggetto del contendere è l'eventuale diritto a indennità giornaliera dal 15 aprile 2024 e non eventuali sviluppi di possibili future patologie che esulano dall'aspetto reumatologico. Non risulta neppure necessario chiedere al perito la differenza tra la mansione di direttore di azienda e la mansione di autista senza obbligo di scarico e di carico bagagli. Da una parte il perito deve unicamente rispondere a questioni di ordine medico e meglio in relazione alla capacità lavorativa dell'attore nelle differenti mansioni da lui esercitate e non definire le differenti attività prese in considerazione. D'altra parte la differenza è evidente. L'autista è un conducente di autoveicoli per conto di privati o in servizio pubblico e in generale è la persona alla guida di una vettura (cfr. www.treccani.it), mentre un direttore d'azienda (manager) si occupa di coordinare l'insieme delle operazioni che consentono di raggiungere lo scopo della società e deve possedere competenze trasversali in ambito economico, strategico, contabile e giuridico (cfr. anche www.ifc.ti.ch/corsi/tutti-i-corsi/dettaglio/2425pmg1140002_management). 2.14. In queste condizioni, per quanto d'interesse per la procedura in esame, questo Tribunale deve in primo luogo concludere che l'interessato è abile al lavoro al 100%, con riduzione del rendimento del 10%, nella sua attività di direttore d'azienda, con compiti amministrativi. Per contro quale autista l'attore va considerato inabile al lavoro al 100%, ritenuto che un'attività limitata ad un tragitto di soli 30 minuti senza possibilità di caricare e scaricare i bagagli per un autista di _____ è difficilmente realizzabile. In secondo luogo il TCA deve constatare che le sopraccitate incapacità lavorative derivano esclusivamente da una malattia e non sono dovute né all'infortunio del 4 settembre 2019 né ai suoi postumi. Al perito è infatti stato chiesto di indicare le incapacità lavorative dovute alla sola malattia (ossia non conseguenza dell'infortunio e dei suoi postumi). Del resto, già il dr. med. _____, incaricato dalla

stessa convenuta di valutare lo stato di salute dell'interessato, aveva affermato che non vi era "nessuna relazione tra il trauma del 2019 e la sintomatologia riferita" (doc. 6, pag. 6), che anamnesi, sintomatologia e limiti riferiti, diagnosi e valutazione clinica odierna "sono coerenti con patologia degenerativa nota e documentata" (doc. 6, pag. 6, sottolineatura del redattore) ed aveva posto la diagnosi senza effetto sulla capacità lavorativa di "trauma della strada in moto subiva trauma da caduta con contusione dorso lombare" e "trauma della strada del 05.09.2019" (doc. 6, pag. 6). Vanno ora esaminate le conseguenze delle conclusioni tratte dal Tribunale in merito al contenuto della perizia del 24 agosto 2025 del dr. med. _____ circa l'eventuale diritto ad ulteriori indennità giornaliere per l'attore.

2.15. Dalle tavole processuali emerge che AT 1, nato il _____ 1981, laureato (bachelor) in economia e commercio presso l'Università _____, è stato assunto dalla società _____ dal 1° maggio 2011, dapprima al 20%, e poi dal 1° gennaio 2014 al 100%, in qualità di direttore ed autista professionale per un salario mensile lordo di fr. 15'000 suddiviso in 12 mensilità (allegato doc. E). L'orario di lavoro è di 40 ore settimanali distribuiti su 5 giorni a settimana da lunedì a domenica dalle 0.00 alle 23.59 (allegato doc. E). Dal registro di commercio emerge che la società _____ è stata iscritta il _____, che l'interessato ne è il direttore con diritto di firma individuale sin dalla sua iscrizione e che sua moglie dal _____ è socia e gerente senza diritto di firma della società e detentrica dell'intero capitale sociale di fr. 20'000 suddiviso in 20 quote (doc. E). Scopo della società è _____ (doc. E). Nell'annuncio dell'incapacità lavorativa del 27 gennaio 2024 quale attività è stata indicata quella di "ufficio/guida veicolo" (doc. 3). Nella documentazione per il dr. med. _____, un funzionario della convenuta, ha scritto nelle osservazioni: "la situazione di questa persona ci sembra molto dubbia. È stato in infortunio dal 04.09.2019 al 26.01.2024. Attualmente è abile al 50%, ma non si capisce con chiarezza che attività svolge. Quando ha ricevuto la convocazione non mi ha dato nessuna conferma e quindi ho dovuto chiamarlo e a quel punto mi ha detto che non era disponibile poiché la settimana prossima c'è il salone del mobile e quindi non era in grado di presentarsi (...)" (doc. 4). Durante la visita presso il dr. med. _____, l'attore ha affermato che l'attività "attuale" svolta era di natura amministrativa ed era esercitata nella misura del 50%, corrispondente alla capacità lavorativa attestata dai suoi curanti. In occasione dell'esame peritale, l'attore ha affermato di essere sposato e di gestire una società _____ ed ha aggiunto che prima dell'insorgenza dei disturbi guidava in prima persona mentre ora si dedica praticamente soltanto a lavori d'ufficio e d'inverno al marketing. In un referto del 23 novembre 2020 e nel successivo del 5 settembre 2022 del dr. _____, medico chirurgo, specialista in ortopedia e traumatologia di _____, figura che l'interessato è direttore noleggiatore _____ (plico doc. D), mentre il 21 agosto 2020 il dr. med. _____, caposervizio presso il _____ ha affermato che l'interessato "gestisce un'azienda di _____" e "pertanto si ritrova a condurre autoveicoli per gran parte della giornata" (plico doc. D). Dal sito internet _____ (per l'indirizzo internet cfr. doc. E, contratto di lavoro, sotto la firma), emerge che "_____ è un servizio di _____".

2.16. Chiamato ora a stabilire la ripartizione tra le varie mansioni dell'assicurato prima del danno alla salute, questo Tribunale deve concludere, per i motivi che seguono, che l'interessato svolgeva in sostanza unicamente l'attività di direttore della _____. L'attore ha conseguito una laurea (bachelor) in economia e commercio ed appare quale direttore con diritto di firma individuale della società, la cui proprietaria è sua moglie, sin dall'iscrizione a registro di commercio il _____ (doc. E). L'azienda è attiva in tutta Italia, organizza vari servizi quali il _____. La ditta, attiva in tutta la

Penisola, necessita della presenza costante di un direttore per impostare la sua organizzazione, la sua strategia, la protezione della sua reputazione e per garantire che le attività funzionino senza impedimenti. Il direttore deve inoltre preoccuparsi del marketing e della pubblicità dell'azienda ed essere costantemente raggiungibile per risolvere eventuali problemi. Al direttore competono in prevalenza delle mansioni amministrative (in primo luogo, i contatti con la clientela), nonché di sorveglianza e di verifica del lavoro espletato dai propri autisti. Un suo coinvolgimento diretto nell'esecuzione materiale di un'attività di carattere manuale costituisce generalmente l'eccezione. Nel caso di specie la figura di direttore di una società di servizi, contrariamente a quella di autista, è conforme alla formazione dell'attore, conclusasi con una laurea (bachelor) in economia e commercio. L'orario di lavoro, limitato a 40 ore settimanali, alla luce dell'importante e variegato ruolo dirigenziale, non gli permette di svolgere, se non in maniera estremamente limitata ed accessoria, anche l'attività di tassista per la quale la società dispone del resto già di 8 autisti professionisti formati appositamente a questo scopo. La complessità nella conduzione della ditta e la grande responsabilità di cui è gravato l'attore, sono comprovate dall'alto livello salariale. Dal 2015 l'assicurato percepisce un reddito mensile di fr. 15'000, pari a fr. 180'000 all'anno, una retribuzione di tutto rispetto se paragonata al livello salariale ticinese e che non corrisponde certo a quella usualmente conseguita da un autista di _____.

Per la Tabella TA1 RSS 2022 (salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso, settore privato), un lavoratore uomo attivo nel settore del trasporto terrestre (ramo economico 49-52 [la posizione 493200 comprende il trasporto con taxi e altri tipi di noleggio di autovetture con autista {cfr. la classificazione NOGA, ossia la nomenclatura generale delle attività economiche}]), al livello 4, ossia il massimo livello che comprende le attività che prevedono la risoluzione di problemi e l'assunzione di decisioni complesse che presuppongono un'ampia conoscenza fattuale e teorica in un ambito specifico, conseguiva nel 2022 un salario mensile (per 12 mensilità) di fr. 8'567 al mese. Secondo la Tabella RSS 2022 T17 (salario mensile lordo [valore centrale], secondo i gruppi di professioni, l'età e il sesso, settore privato e pubblico insieme), in Svizzera, nel 2022, i conduttori di veicoli e di macchinari mobili tra i 30 e 49 anni, conseguivano un salario mensile di fr. 5'616 (posizione 83). L'elevato livello salariale non può pertanto che riferirsi ad un'attività manageriale svolta dall'interessato. Tale soluzione, del resto, non viene smentita dalla documentazione medica. L'interessato si è sovente presentato come gerente di una società _____ o come direttore della società _____. Egli, pur affermando di svolgere anche l'attività di autista di _____, non ha indicato una percentuale precisa per l'esercizio di tale lavoro. Anche nei confronti del dr. med. _____ e del dr. med. _____ l'attore si è limitato ad affermare che attualmente svolge un'attività amministrativa nella misura del 50%, senza sostenere, tuttavia, di aver svolto l'attività di direttore, prima del danno alla salute, solo in tale misura. Alla luce di tutto quanto sopra esposto deve pertanto essere concluso che l'attore era attivo quale direttore al 100% e solo occasionalmente fungeva anche da autista di _____.

Questo Tribunale rileva inoltre, ma solo a titolo abbondanziale e senza che questo abbia una qualsiasi incidenza sull'esito del presente procedimento, giacché le parti non l'hanno richiamata agli atti, che in una procedura relativa all'assicurazione contro gli infortuni innanzi al TCA, l'attore, allora rappresentato da un altro legale, aveva affermato di non svolgere "attività di autista, se non dinanzi ad una comprovata impossibilità per l'azienda di organizzare un trasporto tramite altro autista" (cfr. STCA 35.2016.21 del 20 giugno 2016, consid. 1.5). Va infine segnalata la STCA 35.2017.123 del 5 marzo 2018 (il cui

ricorso è stato respinto dal Tribunale federale con la STF 8C_279/2018 del 20 marzo 2019), dove questo Tribunale ha stabilito che l'assicurato - visto il suo importante e variegato ruolo dirigenziale, retribuito in maniera considerevole e privo di limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico, tuttora esigibile in misura completa - non subiva discapito economico alcuno, senza che fosse necessario procedere al raffronto dei redditi auspicato dal patrocinatore del ricorrente. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, accertato che l'attore va considerato quale direttore dell'azienda con compiti amministrativi al 100% e che l'incapacità lavorativa in tale mansione è del 10% dal 15 aprile 2024, a giusta ragione l'assicuratore ha negato il versamento di ulteriori prestazioni. Infatti, l'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25% (art. _____ CGA). 2.17. L'assicurato ha anche chiesto di condannare l'assicuratore al pagamento di EUR 1'522 per trattamenti fisioterapici a cui ha dovuto sottoporsi fino al 10 febbraio 2025. Egli tuttavia, a parte produrre la fattura del 10 febbraio 2025 di _____ di Euro 1'522 (doc. O), né nella petizione, né nei successivi allegati, spiega le ragioni per le quali la convenuta dovrebbe procedere al rimborso delle citate prestazioni. Considerato che spetta all'assicurato provare i fatti che "giustificano la pretesa assicurativa" e segnatamente l'insorgere del caso di assicurazione e l'estensione della pretesa (cfr. anche STF 4A_470/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.3) e che in concreto l'interessato non ha citato alcuna norma che obbligherebbe l'assicuratore, che chiede la reiezione integrale della petizione, a farsi carico dei costi della fisioterapia, anche questa domanda va respinta. 2.18. L'attore in sede di petizione, oltre al richiamo dell'incarto dall'assicuratore, comprese le CGA, prodotto con la risposta, ed alla sua audizione, aveva domandato l'allestimento di una perizia ortopedica. In sede di udienza, essendo stato sentito, ha limitato le sue richieste probatorie alla perizia giudiziaria di natura ortopedica. Il Tribunale ha deciso di far allestire una perizia reumatologica. Le parti non si sono opposte (cfr. del resto circa la vicinanza tra perizia ortopedica e reumatologica la STF 8C_856/2010 del 27 giugno 2011, consid. 5.2, con rinvio alla STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 4, pubblicata in RtiD 2010 II pag. 208). Questo TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, peraltro neppure richieste, ritenuto che la documentazione agli atti è sufficiente per decidere nel merito della vertenza ed ulteriori accertamenti non modificherebbero l'esito della procedura. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incarto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche sentenza 4A_172/2022 del 31 agosto 2022, consid. 2.4; sentenza 4A_491/2020 dell'11 aprile 2022, consid. 7.2; sentenza 4A_587/2015 del 15 febbraio 2017, consid. 3.1; sentenza 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016, consid. 2; sentenza 4A_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A_175/2015 del 4 maggio 2015). 2.19. In queste condizioni la petizione va integralmente respinta. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'assicuratore, rappresentato dal servizio giuridico interno, non vanno assegnate le ripetibili (STF 4A_473/2022 del 19 gennaio 2023, consid. 4.4 con riferimenti; cfr. sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47; sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche STCA 36.2022.19 del 2 giugno 2022; STCA 36.2020.56 del 25 gennaio 2021; STCA 36.2020.24 del 17 agosto

2020; STCA 36.2019.89 del 13 novembre 2019; STCA 36.2017.109 del 5 marzo 2018; STCA 36.2017.68 del 23 aprile 2018; cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche Viktor Rüegg/Michael Rüegg , Basler Kommentar, ZPO, Basilea 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701). A AT 1 non vanno assegnate ripetibili in relazione alla domanda riconvenzionale inoltrata dall'assicuratore il 16 ottobre 2025 poiché, non essendo stato invitato a determinarsi in merito, non è incorso in spese per tale procedura (cfr. sul tema, fra le tante: STF 4F_4/2025 del 26 marzo 2025, consid. 7). 2.20. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013 (cfr. anche STF 4A_273/2021 del 17 aprile 2023, consid. 1), l'Alta Corte ha affermato che: " (...) Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)." Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

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