

TI_GERICHTE 36.2025.51

TI Tribunale d'appello, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.51

Volltext

Raccomandata

Incarto n.36.2025.51

cs/sc

Lugano

10 febbraio 2026

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Christian Steffen, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 13 ottobre 2025 di

RI1, _____

contro

la decisione su opposizione del 15 settembre 2025 emanata da

CO1, _____

in materia di assicurazione sociale contro le malattie

ritenuto in fatto

considerato in diritto

Ai sensi dell'art. 6 LPGA, 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 d'attività.

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 (art. 7 cpv. 1 LPGA). Per

valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

2.3. Per quanto concerne l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera, l'art. 67 LAMal prevede che:

"1Le 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 degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal.

2Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

3L'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."

Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità.

L'art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa.

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 LPGA). 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 LPGA 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 LPGA, 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.

2.4. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI ■ giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430)■ è considerato

incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b).

L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGa (sentenza del 22 giugno 2004, U 193/03, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti).

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

Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c).

Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato.

L'incapacità di guadagnosi distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato.

L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività.

Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento [citata anche nella sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3]), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177 n. 503 con rinvio alla STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3).

Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177, n. 503 con rinvio alla STF 9C_595/2008 del 5 novembre 2008, consid. 4.1; cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440).

Al termine del periodo di adattamento il grado d'incapacità di guadagno dipende dalla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute (malattia) e il reddito esigibile in un'attività adeguata (cfr. sentenza 8C_889/2014 del 23 febbraio 2015, consid. 3.2; DTF 114 V 281).

2.6. Come visto al considerando precedente, nella misura in cui la persona assicurata è completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività e la sua situazione valetudinaria è stabile, le incombe l'obbligo di ridurre il danno e di mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua in un'attività adatta e confacente al suo stato di salute (cfr. anche sentenza 8C_702/2018 dell'11 luglio 2019).

L'art. 6 cpv. 2 seconda frase LPGa prevede infatti che in caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

Il cambiamento d'attività deve essere esigibile e l'assicuratore deve indicare i profili professionali o le attività esigibili per l'assicurato (sentenza 8C_702/2018 dell'11 luglio 2019, consid. 3.3, con riferimenti alla sentenza 8C_714/2018, consid. 4.4.4 e alla sentenza U 301/02 consid. 1.4 con rinvio alla DTF 124 V 181 consid. 1a).

Nella valutazione dell'esigibilità del cambiamento della professione occorre valutare se il cambiamento è oggettivamente (ossia ragionevolmente: *vernünftigerweise*); cfr. Kieser, Kradolfer, Lendfersop. cit., n. 78 ad art. 6 con rinvio alla DTF 114 V 298 dove il cambiamento di attività ordinato dalla Cassa dopo 6 mesi non è stato messo in discussione) possibile. Ciò significa che dal punto di vista medico-teorico l'attività indicata deve poter essere svolta, che questa attività nel mercato del lavoro concreto deve essere offerta in maniera sufficiente. Importante è soprattutto che l'attività possa effettivamente essere esercitata nel luogo di lavoro della persona assicurata (cfr. DTF 134 V 23); diversamente dall'assicurazione per l'invalidità non va preso in considerazione il mercato di lavoro equilibrato teorico, poiché l'esigibilità deve sempre tener conto del caso concreto (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 175, n. 499; cfr. anche Kieser, Kradolfer, Lendfersop. cit., n. 83 e seguenti ad art. 6). Occorre anche esaminare se la nuova attività può essere svolta senza misure di reintegrazione (cfr. sentenza 9C_141/2009, consid. 2.1.1 in: SVR 2010 IV Nr. 9).

La psichiatra ha affermato:

2.8. 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).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

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 (= 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 LPGGA, 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).

A questo proposito la dottrina (Häberli Ch. / Husmann D., Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 169 e seguenti) rammenta che, differentemente da quanto accade nell'assicurazione invalidità, nell'ambito delle indennità giornaliere per perdita di guadagno in caso di malattia, non si fa riferimento al teorico mercato equilibrato del lavoro. Non è sufficiente che un'attività adatta sia, dal punto di vista medico, teoricamente esigibile; la persona assicurata deve avere la concreta possibilità di esercitare l'attività leggera ed adatta al suo stato di salute nel reale mercato del lavoro. Un determinato posto di lavoro non deve esistere solo teoricamente, bensì anche concretamente. Considerato che le indennità giornaliere per malattia, a differenza della rendita AI, non costituiscono una prestazione a lungo termine, può essere fatto riferimento solo al mercato del lavoro concreto (Anders als in der IV wird im Krankentaggeld-Bereich nicht auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abgestellt, was sich schon aus dem Wortlaut von Art. 6 ATSG (Arbeitsunfähigkeit) gegenüber Art. 7 ATSG (Erwerbsunfähigkeit) ergibt. Es genügt nicht, dass eine angepasste Tätigkeit bloss medizinisch-theoretisch möglich ist; der Versicherte muss vielmehr eine reale Chance haben, die Verweisungstätigkeit bei gegebener Arbeitsmarktsituation real ausüben zu können. Eine entsprechende Stelle darf also nicht nur theoretisch und statistisch vorhanden sein, sondern muss tatsächlich existieren; die versicherte Person muss ihre Restarbeitsfähigkeit in einer solchen Stelle sofort realisieren können. Da Krankentaggelder anders als Invaliditätsrenten keine Langzeitleistungen darstellen, ist allein die Bezugnahme auf den konkreten Arbeitsmarkt sachgerecht; cfr. anche Bonaz Lucile, op. cit., pag. 184, n. 521).

Ora in ambito di indennità giornaliera per malattia di diritto privato, il Tribunale federale in una sentenza 4A_228/2019 del 2 settembre 2019, applicata più volte in ambito LCA da questo Tribunale (cfr., fra le tante, la STCA 36.2022.49 del 6 novembre 2023; STCA 36.2024.26 del 21 ottobre 2024), ha statuito sul caso di una persona a cui l'assicuratore, il 12 ottobre 2016, aveva rifiutato di continuare a versare le indennità giornaliera oltre il 31 ottobre 2016 poiché, sulla base di una perizia, era emerso che l'interessato poteva ricominciare a lavorare nella precedente attività di conducente di camion già dal 12 settembre 2016.

In seguito alla successiva perizia giudiziaria allestita dal Tribunale cantonale, era invece risultato che l'assicurato non poteva svolgere la precedente professione di camionista, ma unicamente un'attività leggera e confacente al suo stato di salute e ciò dal mese di agosto 2015.

Il Tribunale cantonale ha allora condannato l'assicuratore al versamento delle indennità complete fino al loro esaurimento, anteriore alla data del giudizio cantonale, poiché l'assicuratore non aveva avvisato l'assicurato del suo obbligo di ridurre il danno e non gli aveva assegnato alcun termine per cambiare professione.

L'assicuratore ha adito il TF contestando la decisione cantonale, poiché dalla perizia giudiziaria era emerso che già dal mese di agosto 2015 l'interessato avrebbe potuto esercitare un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, ossia ancora prima della notifica dell'incapacità lavorativa. Inoltre, quando il 28 agosto 2018 la perizia gli è stata trasmessa, non avrebbe più potuto assegnare un termine per cambiare attività poiché il versamento di prestazioni non era più d'attualità.

L'Alta Corte ha respinto l'impugnativa, stabilendo che spetta all'assicuratore notificare alla persona assicurata l'obbligo di ridurre il danno e concedergli un termine per cambiare attività. Niente avrebbe impedito l'assicuratore, nel caso di specie, di domandare all'assicurato, il quale riteneva, correttamente, di non più essere in grado di riprendere la precedente attività, di mettersi alla ricerca di una attività compatibile con il suo stato di salute e di assegnargli un termine a questo scopo (consid.2.3.2: ■Il ressort de l'arrêt entrepris que la recourante n'a jamais adressé à l'intimé d'avertissement au sujet du changement de profession commandé par l'obligation de ce dernier de diminuer le dommage causé par son invalidité et ne lui a jamais imparti de délai pour ce faire. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas, se contentant de faire valoir que l'intimé était déjà apte à reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avant même que son incapacité soit signalée à l'assureur et que l'expertise judiciaire faisant état d'une capacité de travail complète dans une telle activité n'est parvenue à l'assurance qu'en date du 28 août 2018. Elle ne peut être suivie. Avant de se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire sur ce point, la recourante soutenait que l'intimé était apte à reprendre son activité de chauffeur poids lourds à 100%. L'expertise judiciaire a permis d'invalider cette hypothèse, sur laquelle la recourante fondait son refus de continuer à verser à l'intimé des indemnités journalières, et d'établir que l'intimé n'était apte au travail que dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon la jurisprudence précitée, il appartient dans pareille situation à l'assureur de rendre attentif l'assuré au changement de profession dont il estime qu'il peut raisonnablement être attendu de l'assuré et donner un délai à ce dernier pour s'adapter à ces nouvelles conditions. Le fait que la capacité de travail de l'assuré dans une autre activité adaptée à son état de santé ait été établi de manière rétroactive par une expertise judiciaire, dont il n'est pas rare que les conclusions interviennent à un moment où

le versement des indemnités journalières n'est plus d'actualité, n'y change rien. Rien n'empêchait la recourante de demander à l'intimé, qui estimait quant à lui - à raison - ne pas être en mesure de poursuivre son activité, de se mettre à la recherche d'une activité compatible avec son état de santé et de lui impartir un délai pour ce faire. Le fait qu'en cas de désaccord entre les parties sur la question de la capacité de travail de l'assuré un certain temps soit nécessaire avant que la vérité judiciaire ne soit établie n'exonère pas l'assureur des devoirs susmentionnés s'il veut pouvoir fonder sa décision de cesser l'indemnisation de l'assuré sur la possibilité réelle de ce dernier d'exercer une autre activité rémunérée adaptée à son état de santé■).

Questo TCA non ha alcun motivo per non applicare tale giurisprudenza anche nell■ambito della LAMal.

In queste condizioni la decisione su opposizione impugnata va modificata nel senso che l■insorgente ha diritto alle indennità giornaliere per malattia anche dopo il 15 giugno 2025 secondo le percentuali attestate dalla dr.ssa med. _____, fino al ripristino della capacità lavorativa, in via subordinata fino all■esaurimento delle prestazioni o, in via ancora più subordinata, fino al termine del periodo di adattamento che l■assicuratore potrà assegnare all■assicurato secondo la procedura esposta in precedenza (cfr. anche consid. 2.5 e 2.6).

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario di Camera

Daniele Cattaneo

Gianluca Menghetti

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