

TI_GERICHTE 36.2015.59 vom 18. Februar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2015.59

FR: TI_GERICHTE 36.2015.59 du 18 février 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2015.59 del 18 febbraio 2016

Regeste

Assicurata soffre da anni di dolori alla schiena. La Cassa malati l'ha sottoposta a una perizia bidisciplinare dettagliata e approfondita, che ha stabilito nell'80% la sua capacità lavorativa in qualsiasi attività. Visto che lavorava al 70%, l'inabilità del 20% non le crea un danno economico. NO a IPG

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. 2.8

Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dalla Cassa malati prima dell'emissione della decisione impugnata, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio le conclusioni cui è giunto l'assicuratore malattia sulla base della folta documentazione medica acquisita, in particolare la perizia bidisciplinare del 4 febbraio 2015 fatta allestire dal _____ e per esso dagli specialisti in reumatologia dr. med. _____ e in psichiatria dr.ssa med. _____. Infatti, occorre innanzitutto evidenziare che la Cassa malati, pur di chiarire lo stato di salute dell'assicurata, l'ha fatta peritare in ben due occasioni da due differenti specialisti a distanza di un anno l'una dall'altra e per di più, da ultimo, con una perizia pluridisciplinare che questo Tribunale considera dettagliata ed approfondita, avendo esaminato nel dettaglio e compiutamente lo stato di salute dell'assicurata e la sua capacità lavorativa. Da parte sua, invece, la ricorrente si è limitata a consultare il suo medico curante, il quale ha però sempre scarnamente certificato il grado di incapacità lavorativa, senza mai nemmeno indicare quale malattia stesse alla base di queste inabilità e senza mai redigere un referto in cui spiegasse e analizzasse lo stato di salute della sua paziente (docc. A3, 4, 6, 7, 15-24). Anche i rapporti del dr. med. _____ della Clinica di riabilitazione di _____ non le sono di alcun aiuto, dato che non si pronunciano su una sua capacità lavorativa né nell'attività esercitata né in altre adeguate. L'ultimo dell'8 giugno 2015 (doc. A4), per esempio, espone i sintomi soggettivi e l'esito dell'esame clinico del 5 giugno 2015 e conclude che " Ho spiegato alla sua paziente ancora una volta le differenti problematiche: fibromialgia, disturbo di postura, lombalgia sub acuta su disfunzioni segmentarie basso lombari ed eventualmente anche dell'articolazione ileo sacrale di destra. (...) Propongo, per dare un certo sollievo alla

paziente, un approccio sulla problematica miofasciale eventualmente anche osteopatico. In un secondo tempo si potrebbero introdurre anche degli esercizi in piscina. La paziente continuerà ad assumere del Co-Dafalgan per i dolori e saltuariamente del Voltaren o del Brufen alla sera. ”. Quanto ai due pareri dello psichiatra curante, dr. med. _____, si evidenzia che entrambi danno un quadro piuttosto sommario delle condizioni di salute dell’assicurata. Infatti, il primo del 22 maggio 2014 (doc. 47) riferisce in poche righe unicamente dei disturbi soggettivi lamentati dall’assicurata, pone la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata (ICD-10; F43.21), indica che a causa dei disturbi presenti essa era inabile al 50% e rileva di avere modificato la terapia farmacologica, essendo troppo blanda quella esistente. Il secondo referto, del 2 ottobre 2014 (doc. 59), riporta ancora le impressioni soggettive della ricorrente e le conclusioni del suo psichiatra, secondo cui i disturbi fisici la limitavano in maniera importante nelle sue possibilità di lavorare, rendendola inabile parzialmente, e una sintomatologia depressiva era ancora presente e tendeva a peggiorare. Queste due problematiche si influenzavano quindi a vicenda. A questo proposito va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, 32.1999.124). D’avviso del Tribunale, i due citati pareri dello psichiatra curante, semplici e brevi nel loro contenuto, non rispecchiano tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla citata giurisprudenza, perciò non è possibile confermare le conclusioni dello specialista consultato dall’assicurata. Conclusione opposta va invece tratta nei confronti della perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2015 (doc. 65) allestita dal _____ a richiesta della Cassa malati. Come visto, infatti, sono state analizzate nel dettaglio le condizioni di salute della ricorrente, verificate l’anamnesi in tutte le sue forme, le affezioni presenti al momento della valutazione (dicembre 2014), descritta la giornata dell’assicurata, la terapia farmacologica assunta, le constatazioni oggettive osservate dai periti, gli esiti dei consulti specialistici e riportate le risposte che il dr. med. _____ e la dr.ssa med. _____ hanno dato ai quesiti loro sottoposti. Essi hanno così determinato la capacità lavorativa dell’assicurata non solo per la sua attività di assistente di cura, ma anche per eventuali altre attività adeguate. Entrambi i referti di questi specialisti, integrati nella perizia del _____, possono dunque essere definiti come chiari, completi e dettagliati, ai quali va quindi riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta. Per quanto concerne la recente perizia del dr. med. _____, specialista in medicina del

lavoro, va qui rilevato quanto segue. Questo referto, più completo degli altri prodotti dall'assicurata visto che riporta l'anamnesi, i disturbi attuali, l'esito dell'esame clinico, le conclusioni e l'ulteriore procedere, tuttavia non pone una diagnosi e neppure si pronuncia sulla capacità lavorativa della ricorrente né come assistente di cura né in altre attività. Il medico ha scattato una fotografia dello stato di salute dell'assicurata ad ottobre 2015, evidenziando che i dolori alla schiena esistevano da sei anni, che clinicamente nessun disturbo era stato oggettivato e che tutte le misure terapeutiche messe in atto non erano state in grado di fermare il graduale aumento dei disturbi e delle conseguenze sulla capacità funzionale dell'interessata. A tutti gli effetti, egli ha osservato, indipendentemente dall'effettiva esistenza di una malattia o di un motivo per cui vi fosse un'incapacità lavorativa, l'assicurata non era in grado di svolgere senza problemi il suo lavoro e così pure le attività domestiche. Determinante, secondo il perito, era quindi cercare una soluzione per permettere all'assicurata di tornare a lavorare e a vivere normalmente e a tale proposito ha suggerito uno stile di vita differente e una rivalutazione della terapia farmacologica in essere. Quanto alla capacità lavorativa dell'interessata, egli ha sollevato dei dubbi sulle valutazioni della dr.ssa _____ e del dr. med. _____, senza però prestare attenzione al fatto che a questi referti fatti allestire dalla Cassa malati ad inizio 2014 ne sono seguiti altri due sempre per conto dell'assicuratore resistente, ma che hanno valutato l'assicurata nel mese di dicembre 2014 e quindi è con questi ultimi che lo specialista di _____ avrebbe dovuto confrontarsi, essendo stati posti alla base della decisione su opposizione impugnata. Inoltre, a differenza dei colleghi che sono intervenuti un anno prima, i periti dr. med. _____ e dr.ssa med. _____ hanno preso in considerazione il mansionario dell'interessata, prodotto proprio da quest'ultima su invito del _____ e accompagnato da uno scritto del dicembre 2014 con cui l'assicurata ha spiegato in dettaglio l'attività che esercitava presso la casa anziani e le sue mansioni (doc. 60), allegato di cui il dr. _____ non sembra però averne ricevuto una copia. Stante quanto precede, le osservazioni del perito nominato dalla ricorrente si basano su presupposti in parte errati che, per di più, sono di carattere generale, nel senso che non danno una nuova valutazione, chiara e completa, dell'assicurata, ma si limitano a suggerire delle possibili soluzioni e dei passi successivi da intraprendere per migliorare la sua capacità lavorativa, senza però stabilirla. Ai fini della vertenza in esame, questo recente referto medico non può dunque essere di aiuto alla ricorrente. Tutto ben considerato, v'anno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti dr. med. _____ e _____ nella perizia bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica) del 4 febbraio 2015. Da un canto, il reumatologo ha confermato i precedenti pareri espressi dal collega _____ rinviando ad essi per il periodo precedente alla sua valutazione. D'altro canto, la psichiatra del _____ si è in parte discostata dai primi risultati ottenuti dalla dr.ssa _____ nel gennaio 2014 e ciò semplicemente perché lo stato di salute della ricorrente era effettivamente peggiorato durante l'anno 2014. La stessa dr.ssa _____ se ne era accorta nella sua seconda perizia del 30 luglio 2014, laddove ha diagnosticato, oltre alla sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F43.22) presente nel referto del 31 gennaio 2014, anche una sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10; F43.22). In effetti, poi, nel dicembre 2014 la nuova perita ha riscontrato una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2), una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F54.4) e un disturbo di personalità evitante-psiconevrotico (ICD-10; F60.6) in fase di scompenso. Se a gennaio 2014 la dr.ssa _____ non aveva individuato alcuna incapacità lavorativa per motivi psichici, a luglio 2014 aveva

ricosciuto un'inabilità al lavoro del 50% dall'aprile 2014, con una ripresa completa dell'attività di assistente di cura prevista dal 1° settembre 2014. A dicembre 2014 la dr.ssa _____, alla luce dello stato di cose esistente a quel momento, ha invece ritenuto esserci ancora un'incapacità lavorativa del 20% in qualsiasi attività lucrativa. Dal profilo reumatologico, il TCA osserva che sia il primo sia il secondo perito consultati dalla Cassa malati non hanno individuato delle patologie oggettivabili; il referto strutturale era infatti regolare. D'altronde, lo stesso dr. med. _____ che, su invito del medico curante dell'assicurata, l'ha visitata a diverse riprese ad anni di distanza (2006, 2011, 2013 e 2014), ha sempre ribadito la medesima posizione, e cioè che un'inabilità lavorativa non risultava giustificata dagli aspetti reumatologici del caso. Altri pareri contrari alle conclusioni a cui sono giunti i medici a cui si è rivolta CO 1 non sono stati prodotti dalla ricorrente, perciò il TCA non può giungere a un diverso risultato. Non va al riguardo dimenticato che il Tribunale federale ha confermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4; STCA 36.2014.25 del 18 agosto 2014). Ancora, il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (STF 9C_605/2008 del 2 giugno 2009, consid. 3.2.5; STF I 514/06 del 25 maggio 2007, consid. 2.2.1). Di conseguenza, nell'evenienza concreta, richiamata l'esposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il _____ che, fondandosi sulle perizie eseguite dai dr. med. _____ e dr.ssa med. _____ nel mese di dicembre 2014, ha compiutamente valutato la copiosa documentazione medica agli atti giungendo a una conclusione logica e priva di contraddizioni. Le valutazioni dei medici fiduciari non sono state del resto validamente smentite da altri certificati allestiti da altri medici. Va al riguardo ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra parte si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto, come esposto, sia il referto del dr. med. _____ non è atto a sovvertire le dettagliate e concrete analisi eseguite dai periti _____ e _____ per conto della Cassa malati, sia i certificati del dr. med.

_____ non sono determinanti per la controversia in esame, mentre i vari referti redatti dal dr. med. _____ vanno nella stessa direzione dei pareri dei colleghi _____ e _____, consultati dall'assicuratore malattia. In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, la ricorrente non ha saputo sufficientemente giustificare, a mano di dettagliata documentazione medica e/o descrizioni di esami clinici effettuati, che il suo stato di salute fosse peggiore rispetto a quello individuato dai medici interpellati dall'assicuratore malattia e che quindi ella sarebbe stata (parzialmente) inabile al lavoro tanto nella sua attività abituale di assistente di cura quanto anche in altre attività fisiche adeguate alle sue condizioni di salute. Nemmeno nelle more istruttorie la ricorrente ha saputo produrre al Tribunale ulteriore documentazione medica che contraddica l'ultimo rapporto del _____, che pertanto mantiene la sua integrale validità siccome redatto alla luce di tutti gli atti all'inserto e da specialisti in materia. L'assicurata non ha dunque comprovato, mediante specifici atti medici, che la soluzione a cui sono giunti il reumatologo e la psichiatra consultati da ultimo dal suo assicuratore malattia non sarebbe credibile, ma sarebbe errata.

2.9. Il TCA osserva ancora da ultimo che in merito alla lamentela della ricorrente riguardo ai dolori risentiti, tutti i reumatologi intervenuti, siano essi in qualità di curanti sia di medici fiduciari, hanno evidenziato la presenza della fibromialgia, essendosi manifestati progressivamente nell'arco degli ultimi anni di osservazione tutti i 18 tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia. Come i suoi colleghi, anche il dr. med. _____ ha infatti diagnosticato una fibromialgia di tipo primario in relazione con una problematica di dolore cronico su una sindrome somatoforme da dolore persistente. Egli ha riconosciuto esservi una chiara discrepanza tra i dolori invalidanti accusati dall'interessata e i reperti clinici e radiologici da considerare praticamente normali sia alla colonna vertebrale sia alle estremità superiori ed inferiori. Secondo la giurisprudenza federale, la fibromialgia, in analogia a quanto stabilito riguardo al disturbo somatoforme da dolore persistente (DTF 132 V 72), non è di regola atta, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9C_830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3). A questo proposito va però osservato che con recente sentenza pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr.

comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). In particolare, per la valutazione della (in)capacità al lavoro nella sentenza del 3 giugno 2015 è stata abbandonata la presunzione secondo cui i disturbi derivanti da una sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono generalmente essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza; cfr. consid. 3.4 e 3.5). L'Alta Corte ha stabilito che la prassi corrente fondata sul modello regola/eccezione è stata sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato (cfr. consid. 3.6). D'ora in poi, la capacità di lavoro realmente esigibile degli assicurati deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti (cfr. consid. 4) (STCA 32.2014.171 del 24 settembre 2015; STCA 32.2014.138 del 15 settembre 2015; STCA 32.2014.126 del 27 luglio 2015). Al considerando 8 il TF ha rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (" In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen ") (STCA 32.2014.171 del 24 settembre 2015). Nella recente STF 9C_816/2014 del 17 dicembre 2015, al considerando 5.3 il Tribunale federale ha esaminato se, viste le patologie di cui era affetta l'assicurata, la nuova giurisprudenza in merito alla valutazione delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281) potesse influire sull'esito della procedura. L'Alta Corte l'ha escluso, giacché l'Ufficio assicurazione invalidità ricorrente non ha fatto valere in alcun modo che il giudizio cantonale non avesse applicato a torto la vecchia giurisprudenza in merito ai disturbi somatoformi. In queste circostanze, visto il principio di allegazione e motivazione valido davanti al Tribunale federale (art. 42 cpv. 2 LTF), lo stesso non ha neppure ritenuto giustificato esaminare il caso alla luce dei criteri elaborati dalla nuova giurisprudenza. Nell'evenienza concreta, come visto, principalmente la vertenza ruota attorno al carattere invalidante delle affezioni alla schiena per le quali il dr. med. _____ ha certificato un'inabilità lavorativa del 50%, disturbi di carattere reumatologico non riconosciuti dai medici fiduciari interpellati dalla Cassa malati. Sono inoltre presenti dei disturbi a livello psichiatrico, nei confronti dei quali non sono però state mosse specifiche contestazioni riguardo alla sindrome da dolore somatoforme, e la dr.ssa med. _____, dopo esame approfondito, ha escluso la presenza di una sofferenza psicologica che coagulasse in una più seria patologia umorale, riconoscendole una percentuale di incapacità lavorativa limitata al 20% al massimo. Di conseguenza, non è

necessario (nuovamente) approfondire l'aspetto somatoforme secondo i criteri apportati dalla citata nuova giurisprudenza, non trattandosi nel caso in esame della presunzione del superamento del disturbo somatoforme con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile – oramai abbandonata dal TF –, ma di una valutazione conclusiva. Alla valutazione della dr.ssa _____ e del _____ va quindi prestata adesione senza riserve (STCA 32.2015.8 del 2 dicembre 2015; STCA 32.2015.49 del 12 novembre 2015; STCA 32.2014.171 del 24 settembre 2015) . 2.10. Stante quindi la validità assunta dall'ultima valutazione medica del 4 febbraio 2015, fondandosi sull'opinione dei due specialisti in materia il TCA ritiene che dal 1° ottobre 2014 la ricorrente sia abile all'80% di un tempo pieno non solo nella sua ultima attività di assistente di cura, ma anche in altre attività adeguate. Più specificatamente, ciò significa che poiché lavorava al 70% al momento dell'insorgenza della malattia, la ricorrente disponeva ancora di una capacità lavorativa del 30% di un tempo pieno. Ritenuto che il grado di inabilità lavorativa accertato dai medici è inferiore alla sua restante capacità lavorativa, la stessa non subisce alcun danno dalle limitazioni lavorative riscontrate medicalmente. Infatti, poiché dal profilo psicosomatico la ricorrente può lavorare all'80% di un orario previsto del 100% (20% di circa 8 ore al giorno), la sua percentuale lavorativa del 70% non viene affatto intaccata, nel senso che l'assicurata non subisce alcun danno economico dall'incapacità di lavorare al 20% di un tempo pieno. Ne discende, dunque, che dal 1° ottobre 2014 l'insorgente non ha più diritto di ricevere delle indennità giornaliere per perdita di guadagno per la malattia sorta il 13 ottobre 2013. Il ricorso deve di conseguenza essere respinto.

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 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; Maurer , Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Tomo I, pag. 286 segg.). 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 guadagno si 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 (Scartazzini , Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 228). In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione malattia vige il principio – già comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente esigibili. Del resto, deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina, questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter , Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata). Infine, il fatto di essere assicurato per un'indennità giornaliera di un determinato importo e di avere pagato i relativi premi non conferisce ancora il diritto al versamento della somma assicurata in caso di incapacità lavorativa (DTF 110 V 322 consid. 5, 105 V 196; RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1987 no. K 742 pag. 275 consid. 1, 1986 no. K 702 pag. 464 consid. 2a; Eugster , Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 539). Occorre infatti ancora che l'assicurato subisca una perdita di guadagno in misura tale da giustificare il pagamento dell'importo assicurato (RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1998 no. KV 43 pag. 421 consid. 2a; STF 4A_344/2007

dell'11 marzo 2008 consid. 3.3; STFA K 146/03 del 4 maggio 2004 consid. 3.1). In caso di sovraindennizzo, le prestazioni assicurate possono essere ridotte conformemente agli art. 78 cpv. 2 LAMal e 122 OAMal. 2.5. Nel caso di specie, dalla folta documentazione agli atti risulta che l'insorgente sin dal 2006 lamenta dolori all'intero rachide e che per questi disturbi è stata oggetto di diversi esami medici e, fra i vari specialisti consultati, è stata visitata anche dal dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, non solo nel 2006 (doc. 26), ma anche nel 2011 (doc. 29) e nel 2013 (doc. 33), perdurando nel tempo i dolori alla schiena. Lo specialista ha ritenuto che l'assicurata sofferisse di una sintomatologia del dolore cronico, solo in minima parte spiegabile con le affezioni strutturali evidenziate. Trattandosi di un dolore centrale e come tale restò alle cure fisioterapiche, l'esperto ha proposto di introdurre un trattamento algomodulatore centrale, psicofarmacoterapia come pure l'opzione di un approccio psicodinamico al problema. Il reumatologo ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% dal 4 al 14 dicembre 2013. Infine, ha suggerito di esperire una perizia bidisciplinare (doc. 34). La Cassa malati ha interpellato il dr. med. _____, malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione FMH, medicina manuale, e la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia per chiarire il grado d'incapacità dell'assicurata. Il reumatologo ha visitato personalmente l'assicurata il 14 gennaio 2014 e in pari data (doc. 35) ha allestito il suo referto. Dopo avere esposto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, attuale, lo stato reumatologico, lo stato neurologico periferico e la diagnosi, infine ha reso la sua valutazione. Posta da un lato una sindrome panvertebrale cronica in/con turbe statiche del rachide (tendenzialmente piatto), insufficienza del portamento, alterazioni degenerative discrete limitate alla colonna lombare e d'altro lato una tendenza al reumatismo generalizzato delle parti molli (fibromialgia), lo specialista ha ritenuto che all'origine dell'incapacità lavorativa dell'assicurata vi fosse una sintomatologia dolorosa cronica che coinvolge principalmente il rachide. Ricordate le conclusioni tratte dal collega _____, il reumatologo interpellato dalla Cassa malati ha riportato che la sofferenza dell'assicurata sarebbe presente sia a riposo sia sotto carico con difficoltà a restare in piedi a lungo, a lavorare con il busto piegato o ad alzare pesi, attività regolarmente richieste nel lavoro. Egli ha interpretato la sintomatologia come espressione di un disequilibrio tra carico e caricabilità in una paziente che già per costituzione presenta una resistenza fisica contenuta. L'esperto ha condiviso il parere del reumatologo curante sull'assenza di alterazioni strutturali significative e ha affermato che le limitazioni che il collega ha stabilito riflettono in gran parte quelle imposte dalla costituzione dell'assicurata, perciò ha valutato la capacità funzionale in modo analogo e ha quindi elencato per ogni tipo di movimento fisico l'abilità dell'assicurata. Il dr. med. _____ ha concluso che le risorse fisiche della paziente erano principalmente determinate dalla sua costituzione. L'obiettivo era per intanto di reinserirla nell'attività di assistente di cura nella misura del suo impiego, senza però che il perito potesse escludere che vi fossero mansioni non del tutto compatibili con le limitazioni stabilite, visto che non aveva un mansionario a disposizione. Pertanto, il reumatologo fiduciario ha stabilito che la capacità lavorativa dell'assicurata continuava ad essere del 50% fino al 31 gennaio 2014, dopodiché aumentava al 75% fino al 28 febbraio 2014 e dal 1° marzo 2014 sarebbe stata totale. Infine, egli ha suggerito un secondo tentativo con un farmaco antidepressivo allo scopo di modulare la soglia del dolore e di migliorare la qualità del sonno. La dr.ssa _____ ha avuto un colloquio con l'assicurata il 24 gennaio 2014 e nel suo referto del 31 gennaio seguente (doc. 36) ha esposto l'anamnesi familiare, socio-lavorativa, clinica e sviluppo della malattia, i disturbi soggettivi, lo status psichico e la diagnosi (sindrome somatoforme da dolore persistente

ICD-10; F45.4). Nella sua valutazione la psichiatra di fiducia della Cassa malati ha rilevato che il persistere di una sintomatologia algica nonostante le cure intraprese, le limitazioni fisiche e il diminuito senso dell'autonomia, le difficoltà riscontrate nello svolgimento del proprio lavoro oltre alle normali attività quotidiane e ricreative, le preoccupazioni e le incertezze per il proprio stato di salute e futuro professionale, hanno comportato una condizione di disagio e malessere psicologico, di sconforto e demoralizzazione, con sentimenti di apprensione, di inadeguatezza di aumentato senso di vulnerabilità, senza però sfociare in una vera e propria condizione ansiosa o depressiva a livello diagnostico. Non sono stati evidenziati in comorbidità con il disturbo algico elementi clinici significativi per un disturbo a carattere invalidante inquadrabile nell'ambito di un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità secondo i criteri dell'ICD-10. Inoltre, non si è rilevata una compromissione significativa del funzionamento familiare o una marcata perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Le difficoltà riscontrate erano essenzialmente legate ai suoi problemi fisici, perciò la psichiatra fiduciaria ha ritenuto molto importante che l'interessata venisse seguita per l'aspetto somatico, affinché potesse essere stabilita la cura più adeguata, migliorare il dolore e recuperare una qualità di vita soddisfacente. Pertanto, il disturbo algico non è risultato essere di gravità tale da determinare una restrizione significativa della capacità di lavoro; a livello psichico si rilevavano le condizioni necessarie e le risorse psichiche affinché si potesse esigere da parte dell'assicurata un particolare impegno per sormontare il dolore e mettere in valore la sua capacità di lavoro nel rispetto delle limitazioni obiettivate dal reumatologo interpellato dall'assicuratore malattia. A seguito del fallito tentativo di ripresa lavorativa al 75% attestato dal medico curante, il dr. _____ ha ribadito il 24 febbraio 2014 (doc. 41) che la capacità funzionale dell'interessata rimaneva quella stabilita in precedenza, visto che aveva riscontrato una funzionalità dell'apparato locomotorio sostanzialmente nella norma, con limitazioni dettate principalmente dalla sua costituzione fisica. Il dr. med. _____ si è nuovamente espresso il 15 aprile 2014 (doc. 44) su invito del medico curante dell'assicurata, ricordando come il collega interpellato dalla Cassa malati abbia confermato le sue diagnosi. Ora, rispetto alle sue precedenti valutazioni, il reumatologo ha osservato un'estensione della sindrome fibromialgica, con 12 su 18 punti fibromialgici positivi; per il resto, l'esame clinico non si è discostato altrimenti in modo rilevante dai precedenti esami. A suo dire, la sindrome fibromialgica generalizzata richiedeva a quel punto un approccio farmacologico algomodulatore centrale più deciso dell'attuale che seguiva la paziente, mentre non v'era un particolare approccio terapeutico somatico da mettere in atto. Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto in cura l'assicurata dal 4 aprile 2014 e il 22 maggio 2014 (doc. 47) ha attestato una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata F43.21, con ansia, insonnia, abbassamento dell'umore, astenia, aumentata affaticabilità, disturbi della concentrazione e della memoria che incidono direttamente sulla sua capacità di fare fronte adeguatamente alla sua professione, perciò l'ha ritenuta abile unicamente al 50% e le ha modificato la cura farmacologica. Anche alla luce del referto del collega, il 4 giugno 2014 (doc. 50) il dr. med. _____ non ha modificato la sua presa di posizione riguardante la capacità lavorativa dell'interessata, tenendo sempre conto degli aspetti somatici e più precisamente reumatologici-ortopedici del caso. Di conseguenza, a suo dire, l'inabilità lavorativa del 50% dal 18 febbraio 2014 attestata dal dr. med. _____ non risultava giustificata dal profilo reumatologico. Il 14 luglio 2014 la dr.ssa med. _____ ha avuto un nuovo colloquio con l'interessata e nel referto del 30 luglio 2014 (doc. 52) ha riportato i disturbi soggettivi e lo status psichiatrico,

diagnosticando una sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10; F43.22) e una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4). L'esperta interpellata dalla Cassa malati ha osservato che a seguito del tentativo di ripresa della propria attività, l'interessata ha presentato un aggravamento della sintomatologia algica con conseguente sviluppo di una sintomatologia ansiosa depressiva di tipo reattiva, le cui manifestazioni cliniche predominanti risultavano essere caratterizzate dalla presenza di un sentimento di riduzione del tono dell'umore, della capacità di provare piacere, interessi, ansia, alterazioni del sonno, con calo di energie, facile affaticabilità, difficoltà di concentrazione, scarsa autoefficacia. Il quadro psicopatologico obiettivato a quel momento rientrava a livello diagnostico nell'ambito di un disturbo disadattivo, strettamente reattivo alla condizione medica, i cui sintomi ansioso-depressivi apparivano preminenti, ma a livelli non più elevati di quelli specificati per la sindrome mista ansioso-depressiva. Inoltre, non è stata osservata una compromissione significativa del funzionamento familiare o una perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Dal profilo terapeutico risultava indicata e necessaria la continuazione delle cure psichiatriche in corso tramite un adeguato sostegno psicologico e psicofarmacologico, così come verificare se l'attività di assistente di cura fosse effettivamente compatibile con la capacità funzionale e di carico residua stabilita dal dr. med. _____. Dal profilo psichiatrico, l'esperta ha confermato il grado di inabilità del 50% vigente a quel momento, osservando che la prognosi lavorativa in considerazione della forma reattiva e di entità lieve del disturbo nonché delle misure terapeutiche in corso era da considerarsi favorevole, con verosimile possibilità di ripresa completa della propria attività lavorativa dal 1° settembre 2014, purché compatibile con le limitazioni obiettivate a livello reumatologico. Nel suo parere dell'8 settembre 2014 (doc. 54) il dr. med.

_____ della Clinica di riabilitazione di _____ ha posto la diagnosi principale di sindrome cervico-toracale cronica su turbe statiche del rachide, riscontrando una sindrome panvertebrale con blocchi segmentari e iperalgici a livello lombare su disturbo della postura e insufficienza posturale associati a deconditioning. Il quadro clinico indicava anche una componente di dolore centrale dovuto alla disfunzione centrale della percezione del dolore, con tender points della fibromialgia positivi. Il curante ha infine evidenziato le possibilità terapeutiche e medicamentose. Nel referto del 2 ottobre 2014 (doc. 59) il dr. med.

_____ ha riportato soggettivamente un progressivo peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurata, mentre oggettivamente uno stato di tensione ed esasperazione della paziente conseguenti alla persistenza dei disturbi e all'assenza di una terapia che la aiutasse ad alleviarli. Il tono dell'umore era deflesso, l'emotività labile, oltre ad apatia, abulia e perdita degli interessi, con un ritiro sociale sempre più marcato. Una sintomatologia depressiva era così ancora presente e tendeva a peggiorare. Questa patologia psichica, unita alla sintomatologia dolorosa, d'avviso dello psichiatra curante comportava la parziale inabilità lavorativa manifestata dall'assicurata; probabilmente la problematica fisica e psichica si influenzavano negativamente a vicenda. CO 1 ha quindi fatto valutare l'assicurata da altri specialisti, attivi presso il _____ di _____. Esposta l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata, le constatazioni obiettive, gli esami radiologici effettuati, alla luce dei pareri dei due nuovi esperti intervenuti è stata posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2), sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4), disturbo di personalità evitante-psiconevrotico (ICD-10; F60.6) in fase di scompensazione. Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa sono state menzionate la fibromialgia di tipo primario

nell'ambito di una sindrome somatoforme da dolore persistente e cervico-toraco-lombalgie nell'ambito di minime alterazioni statiche soprattutto in relazione con il quadro fibromialgico. La dr.ssa _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha avuto un colloquio di 60 minuti con l'interessata il 6 dicembre 2014 e nel suo referto ha riportato l'anamnesi personale e patologica, i dati clinici soggettivi, la farmacoterapia, lo status psichico e la citata diagnosi. A tale riguardo, l'esperta ha rilevato che il quadro somatoforme da dolore cronico si collocava in una dimensione in cui esisteva una sofferenza psichica caratterizzata da note miste ansioso-depressive su una base personologica fragile, evitante, psiconevrotica; esisteva scarsa vita sociale, i rapporti erano pochi e faticosi; c'era una sofferenza fisica che non mostrava miglioramenti nel corso degli anni ma, anzi, che peggiorava; tale espressione concreta-somatica a suo avviso era uno spostamento su un registro corporeo di un disagio psico-emozionale che non era abile a contattare; la terapia avrebbe potuto essere ottimizzata visto che l'espressività somatica e la sua gestione potevano peggiorare in corso di co-presenza di aspetti misti ansioso, ma soprattutto depressivi; è stato evidenziato un peggioramento del quadro dal 2008 in poi dal profilo psichiatrico ed infine è stata raccontata una fatica nel quotidiano, ma non un collasso. L'esperta ha risposto alle domande sottoposte, rilevando come l'incapacità lavorativa fosse del 20% per l'ultima attività svolta e per tutte le altre teoricamente esigibili e che questo limite era presente dal 1° ottobre 2014 senza sostanziali modifiche. Vista la fase di scompenso, trattandosi di un limite funzionale era necessario ridurre i tempi di esposizione. L'assicurata era apparsa soprattutto affaticata, difettosa nella caricabilità psico-fisica, poco capace di raccogliere le forze e la spinta a procedere. Nell'ultima attività esercitata, l'esigibilità oraria era ridotta del 20% sul normale orario previsto del 100% (20% di circa 8 ore al giorno), quindi era abile all'80% del tempo di lavoro con rendimento pieno. La stessa conclusione è stata tratta per delle attività adeguate. La psichiatra ha inoltre consigliato un'ulteriore modifica della terapia farmacologica con un aggiuntivo aumento della posologia dell'antidepressivo e un lavoro psicologico costante e frequente. Lo stato di salute dell'assicurata era infatti passibile di ulteriore peggioramento. Nelle sue conclusioni, la specialista ha evidenziato una struttura premorbosa caratterizzata da tratti personologici evitanti, psiconevrotici ma con nel complesso un discreto funzionamento fino ai fatti più recenti; una personalità poco-affatto differenziata, semplice. A suo dire, un dato fortemente destabilizzante sarebbe derivato per l'assicurata dalle conclusioni del dr. med. _____ che le rimandava in maniera ancora più chiara del collega _____, il fatto che le potevano essere riconosciuti limiti di capacità lavorativa per i soli aspetti somatici in assenza di una patologia psichiatrica maggiore. Dai colloqui clinici non è emersa una sofferenza psicologica che coagulasse in una più seria patologia umorale. Pertanto, non era possibile riconoscerle una percentuale di incapacità lavorativa per motivi psichiatrici se non al 20% al massimo. La terapia in atto poteva però aiutare a contenere gli elementi di autopassivazione che potevano erroneamente leggersi all'esterno come depressivi, ma che a suo avviso – e della collega _____ - non lo erano. Perciò, non riconoscerle una incapacità lavorativa in toto rischiava solo di produrre un peggioramento della manifestazione delle note dinamiche in corso, con peggioramento clinico e un circolo vizioso dal quale era improbabile uscire. Il 20% di incapacità lavorativa avrebbe avuto il senso di riconoscere un limite oggettivo, di solleccitarla in quanto “riconosciuta malata” ad assumere una terapia farmacologica più incisiva, ad un lavoro psicologico più energico che le avrebbe fornito gli strumenti di lettura della realtà e di reazione. Dal 2013, ma soprattutto dalla seconda metà del 2014, il peggioramento clinico andava ascritto a dinamiche interne

che mal contattava e gestiva e che deviava su note somatoformi. Il confronto con il fatto che quegli aspetti non trovavano accoglimento in un riconoscimento dell'incapacità lavorativa sembrava avere aperto ad una compromissione maggiore della tenuta personologica di base, indotto un disturbo da disadattamento misto che, in comorbidità con il quadro somatoforme e i tratti disfunzionali personologici di base a quel momento scompensati, ha prodotto la percentuale di incapacità lavorativa del 20% sul normale orario previsto del 100%. Il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e in riabilitazione, ha avuto modo di visitare l'interessata il 9 dicembre 2014 e nel suo referto ha posto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, professionale, i dati soggettivi, l'affezione attuale, i dati oggettivi con lo status reumatologico, gli esami radiologici esperiti dal perito stesso e quelli di altri colleghi, e ha diagnosticato (solo) delle patologie senza ripercussione sulla capacità lavorativa, quale una fibromialgia di tipo primario nell'ambito di una sindrome somatoforme da dolore persistente e cervico-toraco lombalgie nell'ambito di minime alterazioni statiche soprattutto in relazione con il quadro fibromialgico. Il reumatologo ha ricordato gli antecedenti clinici dell'assicurata e ha rilevato che i dolori si sono estesi alla colonna vertebrale e hanno poi interessato la zona cervicale, toracale e lombare. È subentrata poi una sintomatologia dolorosa anche alle estremità superiori ed inferiori e nel corso degli anni tutti i tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia si sono manifestati. V'era poi una chiara discrepanza tra i dolori invalidanti accusati e i reperti clinici e radiologici da considerare praticamente normali sia alla colonna vertebrale sia alle estremità superiori e inferiori. Il perito ha quindi ritenuto che l'interessata presentasse dal 1° marzo 2014 una capacità lavorativa completa per quanto riguarda l'attività professionale svolta di assistente di cura e anche per l'attività di casalinga; capacità lavorativa da intendere come attività da svolgere sull'arco di un'intera giornata con una redditività al 100%. Antecedentemente alla sua valutazione facevano stato le incapacità lavorative determinate dai medici curanti e dal collega dr. med. _____ il 14 gennaio 2014. In conclusione, i periti del _____ hanno stabilito che l'assicurata era abile al lavoro con rendimento pieno e una riduzione del tempo di lavoro del 20% nell'ultima attività esercitata dall'ottobre 2014. In attività adeguate, l'interessata manteneva una capacità lavorativa dell'80%, nel senso di 80% di presenza di una normale giornata di lavoro. Da ultimo, nelle more procedurali è pervenuto al TCA il referto del 9 gennaio 2016 (doc. D) redatto dal dr. med. _____, specialista in medicina del lavoro, sicurezza sul lavoro, protezione della salute, previdenza, che ha visitato l'interessata il 16 ottobre 2015 e ha esposto l'anamnesi, i disturbi attuali, l'esito dell'esame clinico, le sue conclusioni e il procedere. Il medico ha osservato che la paziente ha un'anamnesi di più di sei anni di dolori alla schiena e una fibromialgia accertata e dichiarata. Il referto strutturale era praticamente regolare e non spiegava i disturbi. Tutte le misure terapeutiche non hanno fermato il graduale aumento di disturbi e della compromissione funzionale, che hanno portato l'interessata a una vita limitata in maniera importante, soprattutto nelle mansioni professionali e casalinghe. Clinicamente erano evidenti alla digitopressione dei tender points specifici e tipici sintomi addizionali come disturbo del sonno e gambe sempre in movimento. Di fatto, l'assicurata era compromessa nella funzione lavorativa e nella vita quotidiana. Ma, secondo l'esperto, non bisognava fermarsi a questa constatazione, ma cercare per la paziente una via d'uscita, la quale doveva imparare che lo stile di vita (fumo) e la ripresa delle attività fisiche sono elementi indispensabili del processo di guarigione dalla malattia. Occorreva dunque rivalutare la terapia farmacologica e approfondire la diagnostica e la terapia secondo le raccomandazioni della Lega svizzera contro il reumatismo. Per quanto concerne la

determinazione del grado della capacità lavorativa, il medico interpellato dalla ricorrente ha evidenziato che la dr.ssa _____ ha tratto le proprie conclusioni fondandosi sui criteri di Förster, ciò che significa che essa non ha fornito elementi clinici alla sua conclusione, ma solo elementi formali. Secondo il dr. med. _____, in merito alla diagnosi posta dalla psichiatra (pag. 8) di sindrome somatoforme che sarebbe (sempre) senza ripercussione sulla capacità lavorativa e perciò nemmeno necessiterebbe di una completa valutazione medica, tale perizia non conterrebbe gli elementi indispensabili per concludere o escludere una compromissione della capacità lavorativa. Lo specialista di _____ ha inoltre rilevato che il dr. _____ non aveva a disposizione un mansionario e che quindi non poteva escludere una incompatibilità completa. Ciò nonostante, il reumatologo ha concluso per una capacità del 100% per il futuro, mentre a quel momento era del 50%. Egli ha poi osservato come il mansionario agli atti sia generale e non indichi le mansioni particolari e del caso di specie, fermo restando che è notorio che in una casa anziani un'assistente di cura in genere ha a che fare con pesi importanti e pesanti. Al riguardo, però, il reumatologo di fiducia della Cassa malati si è espresso chiaramente sulla sua capacità lavorativa. In conclusione, l'esperto in medicina del lavoro ha evidenziato il 9 gennaio 2016 che per la valutazione e l'apprezzamento della capacità lavorativa v'è necessità di indagini ulteriori. Ha quindi suggerito che l'ex datore di lavoro indichi le mansioni, il carico e le manipolazioni richieste alla collaboratrice; senza queste informazioni la determinazione della capacità lavorativa è senza fondamento. Occorre un programma di riabilitazione più ampio, perciò a parte la riabilitazione psico-fisica, si deve includere un assessment iniziale delle funzioni in relazione allo stato di salute nonché la definizione degli obiettivi professionali. Tra questi due punti di riferimento ed orientamento, ha affermato lo specialista, diventa possibile sviluppare una terapia e un trattamento teso alla ripresa funzionale a tutti i livelli.

2.6. Il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Per la valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il

TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dal giudice o dall'amministrazione, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la

procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. In discussione rimane in concreto la continuazione di uno stato di impedimento a riprendere l'attività lavorativa dal 1° ottobre 2014. Secondo la Cassa malati, infatti, non vi sarebbe più una malattia invalidante, perché i medici fiduciari che ha consultato hanno ritenuto l'assicurata abile dal 1° ottobre 2014 all'80% sia nell'attività da ultimo esercitata sia in attività adeguate, ciò che, alla luce delle Condizioni Generali d'Assicurazione applicabili, comporta un'interruzione del versamento delle indennità giornaliere, visto che esse insorgono soltanto se l'incapacità lavorativa è di almeno il 25% (art. 13.1 CGA). D'avviso della ricorrente, invece, i suoi medici curanti hanno attestato che l'inabilità lavorativa, in misura di almeno il 50%, è persistita anche dopo il 30 settembre 2014, perciò ha diritto di continuare a percepire indennità giornaliera fino ad esaurimento. Nel caso di specie, dai pareri medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sullo stato di salute dell'assicurata e sui rimedi attuabili sono discordanti le une dalle altre. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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 (DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191; DTF 122 V 160, consid. 1c). 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, 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.

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