

TI_GERICHTE 36.2016.106 vom 21. Dezember 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-12-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.106

FR: TI_GERICHTE 36.2016.106 du 21 décembre 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2016.106 del 21 dicembre 2016

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. 2.11

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2; sentenza 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.2) . Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia

suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b). Alla luce di questa prassi occorre esaminare se confermare il reddito da valido così come determinato dalla Cassa malati (ultimo salario percepito) oppure dall'Ufficio AI (reddito statistico).

2.12. Nell'evenienza concreta, il ricorrente è stato assunto a maggio 2012 con un contratto a tempo indeterminato e quando si è ammalato, l'11 dicembre 2012, era ancora alle dipendenze della ditta _____, che però il 30 novembre 2012 (doc. 121/20-6) l'ha licenziato per il 31 dicembre 2012 (docc. 9 e 11), poiché “ purtroppo le sue attitudini non soddisfano le nostre esigenze, il che ci costringe a disdire il contratto. “. In queste circostanze, l'assicurato ha perso il suo posto presso l'ex datore di lavoro per fine 2012 per motivi estranei all'invalidità e non l'avrebbe di conseguenza conservato nemmeno senza il danno alla salute . Pertanto, indipendentemente dal danno alla salute l'assicurato non avrebbe più potuto percepire lo stipendio versatogli dal datore di lavoro. Potendo dunque presumere che senza il danno alla salute il ricorrente avrebbe continuato a svolgere l'attività di gessatore, ci si deve basare sui dati statistici salariali (STF 8C_934/2015 del 9 maggio 2016 consid. 2.2 e 4.2; STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.3.2, caso in cui l'assicurato è stato licenziato per mancanza di lavoro - a causa dell'imminente conclusione dei lavori e in assenza di altre possibilità di impiego – e quindi per motivi estranei all'invalidità, perciò l'Alta Corte ha stabilito che l'accertamento del reddito senza invalidità non poteva effettuarsi sulla base del salario).

2.13. Dai dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr ., a quest'ultimo proposito, la DTF 142 V 178 , in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08) (RSS 2012 pag. 35, denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; citata DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; citata STF 9C_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato delle costruzioni (ramo 41-43) corrisponde ad un importo di Fr. 65'160.- (Fr. 5 '430 .- x 12 mesi). Dovendo però porsi al momento in cui è sopraggiunto il danno alla salute, occorre adattare all'evoluzione dei salari nominali questo dato (DTF 128 V 174; DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) . L'evoluzione dei salari nominali fra il 2012 ed il 2013 nel settore delle costruzioni (ramo economico F/41-43) corrisponde per gli uomini ad una percentuale annua dello 0,5% (Fr. 65'160.- + [Fr. 65'160.- x 0,5 : 100]) e poi ancora dello 0,5% dal 2013 al 2014 (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica) . Di conseguenza, nel 2014 il reddito da valido sarebbe stato di Fr. 65'813,23 (Fr. 65'485,80 + [Fr. 65'485,80 x 0,5 : 100]). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nel settore delle costruzioni (ramo economico F/41-43) di 41,5 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.233104.html>), il reddito da valido inteso qui come salario lordo medio ipotetico nazionale per un uomo attivo nel settore delle costruzioni ammonta a Fr. 68'281,22 (Fr. 65'813,23 : 40 x 41,5) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999,

consid. 3a). 2.14. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del

E. 2.15

Per quanto concerne il 2014, anno di eventuale ripristino del diritto alle prestazioni (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr. a quest'ultimo proposito, la DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08) (RSS 2012 pag. 35, denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; citata DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; citata STF 9C_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 62'520.- (Fr. 5'210.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere le indennità giornaliere (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2012 (Tabella TA1 2012) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2012 e poi aggiornarlo direttamente al 2014. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2014 a Fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,2) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/data/02.html>; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di

lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdet ail.233104.html>), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 66'138,41 (Fr. 63'442,12 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

E. 2.16

Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato: "

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 sviluppata in

base all'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 lavoro 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). 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. 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 dall'11 dicembre 2012 lamenta dolori all'intero rachide che hanno portato allo sviluppo di una sindrome depressiva. Per questi disturbi l'assicurato è stato oggetto di numerose valutazioni mediche non solo da parte di propri medici curanti e dei medici fiduciari della Cassa malati, ma anche da parte di specialisti intervenuti su mandato dell'Ufficio AI a seguito della sentenza di rinvio del Tribunale federale amministrativo, che ha disposto di completare l'istruttoria con accertamenti medici, conclusione ripresa anche da questo stesso TCA nel suo giudizio dell'11 aprile 2016 (36.2016.3). La Cassa malati ha richiamato l'intero incarto dell'Ufficio AI (doc. 265) e ha preso atto delle risultanze della perizia medica pluridisciplinare ordinata l'11 dicembre 2015 (doc. 265/6 e 13), che ha avuto luogo presso il Servizio Accertamento Medico e altri specialisti il 3 maggio 2016 (doc. 265/14), il 3 giugno 2016 (doc. 265/20) e l'11 giugno 2016 (doc. 265/20), a seguito della quale nel referto del 16 agosto 2016 (doc. 265/26) i periti hanno concluso che dalla valutazione psichiatrica, reumatologica, neurologica e neuropsicologica è emersa una capacità lavorativa del 50% come gessatore dal giugno 2014 stante una presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto (doc. 265/30), mentre in attività fisicamente medio-leggere che non implicino particolari sforzi per il rachide la capacità lavorativa è stata stabilita nel 75% dal luglio 2015, anche in tal caso sotto forma di presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto. Dal giugno 2014 al giugno 2015 l'assicurato ha invece presentato una capacità lavorativa dell'80% in attività adatte (doc. 265/31). Ad ogni modo, l'assicuratore malattia ha ritenuto comunque di doversi attenere ai pareri medici del dr. med. _____ e della dr.ssa med. _____ allestiti negli anni precedenti, ritenendoli chiari, completi ed esaustivi e quindi non rilevando motivi, anche alla luce della predetta perizia pluridisciplinare, per scostarsi dalle conclusioni a cui essi sono giunti. Ciò varrebbe a maggior ragione sulla base sia del rapporto del 10 ottobre 2016 (doc. 268) del dr. med. _____, che ha confermato le sue precedenti valutazioni, sia dell'agire della dr.ssa med. _____ che, interpellata al riguardo, ha trasmesso alla Cassa malati il suo precedente parere del 10 novembre 2015, come a significare che lo confermava. Da parte sua, il ricorrente ribadisce la sua inabilità lavorativa totale sia per motivi fisici sia psichici, tesi suffragata dai numerosi certificati dei suoi medici curanti. 2.6. Nel precedente giudizio dell'11 aprile 2016 (36.2016.3 consid. 6) il TCA ha già esposto nel dettaglio i referti medici più significativi, quali i rapporti del 20 dicembre 2013 (doc. 57) e del 24 agosto 2015 (doc. 185) del dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, i pareri del dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa malati, che si è espresso il 27 agosto 2014 (doc. 99) e l'11 novembre 2014 (doc. 110) come pure successivamente, e il rapporto del 10 novembre 2015 dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, sui quali la Cassa malati si basa tuttora per fondare il proprio rifiuto al versamento di indennità giornaliera anche dopo il 31 maggio 2014. Il Tribunale ha inoltre ricordato i pareri dell'11 marzo 2014 (doc. 81), del 19 aprile 2014 (doc. 82) e del 19 ottobre 2015 (doc. 203) del dottor _____, medico chirurgo di _____, e quelli del 26 settembre 2014 (doc. 104) e del 27 marzo 2015 (doc. 124) di _____ di _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, entrambi medici curanti del ricorrente. Con il ricorso l'assicurato ha

prodotto dei certificati sia antecedenti (docc. A6-A15) sia successivi (docc. A16-A26) al precedente giudizio di merito di questo Tribunale (11 aprile 2016). Fra questi ultimi, si osserva che il dott. _____ ha sempre attestato una lombalgia cronica con deficit funzionali e una sindrome ansiosa depressiva certificando di volta in volta una prognosi di 30 giorni e un'inabilità lavorativa del 100%. La dr.ssa _____ del _____ ha certificato tra aprile e agosto 2016 che l'assicurato proseguiva un percorso di sostegno psicologico per le problematiche precedentemente relazionate - riferendosi verosimilmente alla sua estesa relazione clinica del 15 maggio 2015 (doc. A9), puntualizzata il 14 dicembre 2015 (doc. A10) -, che nell'attestato del 26 agosto 2016 (doc. A24) ha riferito essere tuttora persistenti avendo assunto carattere cronico. Da ultimo, il dottor _____, specialista in psichiatria attivo presso l' _____, nei suoi identici rapporti del 27 luglio 2016 (doc. A25), del 25 agosto 2016 (doc. A26) e del 20 ottobre 2016 (doc. A29) ha affermato quanto segue: " (...) è regolarmente in cura con lo scrivente a partire dal 20 luglio 2015 con visite di controllo a cadenza mensile per una grave e invalidante sintomatologia a carattere ansioso e depressivo insorta dopo un incidente sul lavoro avvenuto nel mese di dicembre del 2012 (ultima valutazione in data 27 luglio 2016). Si conferma quanto affermato nelle precedenti certificazioni rispetto all'eziologia, alla patogenesi e al decorso del quadro clinico ansioso-depressivo. Allo stato attuale il paziente si presenta lucido e ben orientato nei parametri spazio-temporali in assenza di sintomi della sfera psicotica in fase attiva. Il tono dell'umore appare ancora profondamente deflesso e l'ideazione è centrata su tematiche a sfondo depressivo con sentimenti di inadeguatezza e chiusura delle prospettive per il futuro. Tale situazione si è ulteriormente aggravata a causa del fatto che il paziente continua a sentirsi completamente incompreso rispetto alla sua situazione di malessere da parte delle istituzioni _____. Questo atteggiamento ha riacutizzato sentimenti depressivi con idee di morte che il paziente riesce a tenere lontane solo pensando ai suoi affetti più cari. La terapia psicofarmacologica con Paroxetina, incrementata a gennaio fino a 40 mg/die, appare ancora assolutamente necessaria mentre è stata confermata la terapia ipnoinducente con Flurazepam 30 mg/sera. La sintomatologia continua a essere inquadrabile da un punto di vista diagnostico come un gravissimo Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti Persistente (F43.23 secondo il DSM V); la situazione clinica può essere considerata ormai cronicizzata e poco suscettibile di ulteriori miglioramenti nonostante la regolare prosecuzione delle cure farmacologiche e psicoterapiche." Il dottor _____ ha ribadito il 25 ottobre 2016 (doc. A30) che persisteva un'incapacità lavorativa del 100% come gessatore. Oltre a questi referti va ricordato il rapporto del 10 ottobre 2016 (doc. 268) del dr. med. _____, citato dalla Cassa malati, che in sostanza si riconferma nelle sue precedenti valutazioni. Il chirurgo ortopedico, che si è pronunciato alla luce dei più citati recenti certificati medici messi a sua disposizione rilasciati dai curanti dottori _____, medico chirurgo, e _____, specialista in psichiatria, ha concluso che essi non apportavano nuovi elementi di giudizio tali da modificare le considerazioni espresse a suo tempo in ambito ortopedico. In particolare: " Come ritenuto dal dr. _____ nel rapporto del 26.9.2014, lo studio di risonanza magnetica della colonna lombare eseguito il 15.11.2013 si limita a confermare i riscontri già documentati dall'esame TAC del 6.4.2013. I certificati medici redatti dal dr. _____ il 4.12.2015, 11.12.2015, 8.4.2016, 2.5.2016, 4.7.2016, 5.8.2016 e 2.9.2016 fanno unicamente riferimento a una lombalgia cronica con deficit funzionali, senza apportare alcun elemento di giudizio oggettivo/oggettivabile suscettibile di condurre a un cambiamento giustificato del tenore delle considerazioni di pertinenza ortopedica/neuro-ortopedica espresse in precedenza. Nei suoi diversi rapporti il

dr. _____ descrive un quadro psichiatrico in continuo progressivo peggioramento, ricondotto a un'incomprensione da parte delle istituzioni _____ alla situazione venutasi a creare alla fine dell'anno 2012 (licenziamento, episodio di bloccaggio iperalgico). Si tratta di aspetti di pertinenza psichiatrica nei quali non entro in materia.”. Parallelamente, l'assicurato è stato visitato da alcuni specialisti su mandato dell'Ufficio assicurazione invalidità. Infatti, sulla base di quanto deciso dal Tribunale federale amministrativo, l'UAI ha effettuato ulteriori accertamenti medici sottoponendo il ricorrente a una perizia pluridisciplinare, che ha avuto luogo ad inizio maggio e a inizio giugno 2016 presso il _____ e altri specialisti. Nel rapporto peritale del 16 agosto 2016 (doc. 265/26) vengono riassunti i numerosi certificati medici messi a disposizione degli esperti dal giorno dell'inizio dell'inabilità lavorativa fino al 3 giugno 2016, posta l'anamnesi (familiare, personale, sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, sistemica) e descritte le constatazioni obiettive (status del perito _____, reperti degli esami di laboratorio, radiologici e neurologici, valutazione psicodiagnostica). La diagnosi era di sindrome depressiva persistente (ICD-10, F34.1); sindrome cervico e lombovertebrale cronico-ricidivante con/su: discrete alterazioni degenerative soprattutto a livello L4-L5 e L5-S1, senza deficit neurologici di tipo radicolare. Vengono poi esposti gli esiti delle singole consultazioni specialistiche a cui è stato sottoposto il ricorrente. Nel dettaglio, nella sua valutazione psichiatrica la dr.ssa med. _____, che ha incontrato due volte l'assicurato a distanza di un mese (in maggio e in giugno 2016), si è soffermata sull'anamnesi e sui documenti a sua disposizione; ha inoltre disposto l'esame neuropsicologico effettuato dal dott. _____. La psichiatra ha esposto l'anamnesi personale e patologica, i dati clinici soggettivi, la farmacoterapia e lo status psichico. Quale diagnosi ha posto una sindrome depressiva persistente (ICD-10, F34.1), evidenziando di non avere riscontrato un quadro depressivo di tale entità da giustificare una ricaduta rilevante sul funzionamento cognitivo, ma di avere registrato, in accordo con altri colleghi che l'hanno visitato, una certa discrepanza tra quanto denunciato e i dati oggettivi. Pertanto, a suo dire, se l'assicurato risultava cognitivamente gravemente compromesso con aspetti peraltro poco coerenti tra loro, se non di origine dalla sofferenza psichiatrica, la spiegazione dovrà essere trovata altrove. Nelle sue conclusioni, la perita si è confrontata con il parere della collega dr.ssa _____ e con la posizione del dr. med. _____, che ha trovato l'assicurato dimostrativo nel mostrare i suoi dolori e presentare aspetti e reazioni dolorose inadeguate. Essa non ha condiviso la posizione del reumatologo quando ha ritenuto che la prevalenza della percentuale di incapacità lavorativa fosse da attribuire ad aspetti psichiatrici, né la diagnosi posta deponeva in tal senso. A dire della psichiatra, il quadro doloroso non poteva ascriversi ad un quadro somatoforme da dolore persistente, ma anche se fosse stato così, il quadro psichiatrico non era tale da produrre un effetto sommatorio e più gravi ripercussioni sulla capacità lavorativa. Dal punto di vista strettamente psichiatrico l'assicurato manifestava un quadro depressivo persistente, di lieve qualità, misto a sfumati aspetti ansiosi; era lievemente depresso, ansioso, affaticato e facile alla stanchezza, meno resiliente. Ne derivava una inabilità lavorativa del 25% e, non considerando in tale inabilità aspetti relativi a un quadro somatoforme, l'esperta ha concluso che la percentuale eventualmente riconosciuta dai colleghi reumatologi dovrà essere adeguatamente integrata a questa. Pertanto, rispondendo alle domande poste, ha considerato che l'incapacità lavorativa per motivi psichici era del 25%, nel senso di diminuzione del rendimento, dal luglio 2015, mentre per il periodo precedente risultava difficile esprimersi a posteriori. La specialista ha inoltre ritenuto l'interessato abile al 75% in tutte le altre attività teoricamente

esigibili e ha evidenziato che v'erano discrepanze tra i sintomi descritti e la valutazione clinica. Infatti, l'assicurato non è apparso così compromesso sul piano cognitivo come risultato dal test, né così depresso o ansioso da motivare elevate percentuali di incapacità lavorativa. Non v'era una esagerazione dei sintomi né simulazioni tout court, ma una tendenza vistosa alla drammatizzazione e all'uso funzionale di aspetti di sofferenza anche oggettivi. Il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e in reumatologia, ha visitato l'interessato l'11 maggio 2016 ponendo nel suo rapporto del 17 maggio 2016 l'anamnesi (sociale, reumatologica da terzi), i dati soggettivi e oggettivi (stato generale, sistema locomotore, sistema nervoso cursorio, laboratorio, radiologia) e la diagnosi (con ripercussione sulla capacità lavorativa: sindrome del dolore cronico, DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme; sindrome cervico-/e lombovertebrale cronico-ricidivante su: discrete alterazioni degenerative soprattutto a livello L4-L5 e L5-S1. Diagnosi non reumatologiche con possibile ripercussione sulla capacità lavorativa: sindrome ansiosa depressiva reattiva). Per il reumatologo l'assicurato soffriva di cronici diffusi dolori, indipendenti dall'attività svolta e mai migliorati malgrado l'esecuzione di trattamenti fisioterapici e medicamentosi. Non v'era perciò a quel momento alcuna chiara relazione tra i suoi dolori e l'intensità delle attività svolte. Il quadro clinico era inoltre caratterizzato dalla presenza di una diffusa dolenzia di carattere fibromialgico. In presenza di un'evidente patologia psichiatrica, l'esperto ha ritenuto che i suoi dolori fossero principalmente imputabili a una sindrome somatoforme. Le sole modiche patologie degenerative riscontrate a livello della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche non potevano infatti minimamente spiegare i suoi cronici intensi dolori e soprattutto l'assenza di un'adeguata risposta alle corrette terapie eseguite. Il perito ha dunque confermato la valutazione del dr. med. _____ che nel dicembre 2013 ha valutato l'assicurato inabile al lavoro al 50% come gessatore. Per un'attività medio-leggera che non implichi particolari sforzi per il rachide (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), il consulente dell'AI l'ha giudicato abile all'80% e gli ha consigliato un corretto programma di ginnastica medica, non raccomandando invece un trattamento chirurgico. Dal profilo neurologico il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha esaminato il ricorrente il 1° giugno 2016 e ha reso il suo parere il 7 seguente, ponendo l'anamnesi, lo stato neurologico e le sue conclusioni. Non è stata posta alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, mentre quale diagnosi senza influsso è stata indicata una sindrome panvertebrale cronica più pronunciata in sede lombare, senza associati deficit neurologici di tipo radicolare. Nella sua valutazione, che ha tenuto conto della valutazione neuropsicologica del dott. _____, l'esperto ha concluso che l'assicurato era abile al 100% in qualsiasi attività, non avendo rilevato reperti sicuri oggettivi indicativi di un danno delle strutture centrali o periferiche. Inoltre, malgrado il dato anamnestico di dolori molto intensi, l'interessato ha mostrato di muoversi in modo abbastanza sciolto, senza una sintomatologia algica più importante ed evidente durante l'esame. Dalla valutazione neuropsicologica esperita il 3 giugno 2016 dal dottor _____, neuropsicologo, che non ha potuto eseguire il test di Milton, è emerso un quadro di grave e globale compromissione cognitiva che, tuttavia, doveva essere interpretata con cautela poiché v'erano dubbi sulla completa attendibilità delle prestazioni fornite dall'assicurato. Era immaginabile che l'assicurato presentasse realmente una riduzione dell'efficienza mentale, che veniva però espressa in maniera esagerata a causa della sottostante patologia psichiatrica. A causa di ciò non è stato possibile procedere con la somministrazione dell'inventario di personalità. In

conclusione, sentiti tutti i periti intervenuti, quale valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa il ricorrente è stato ritenuto dal giugno 2014 abile al 50% come gessatore (doc. 265/29) a causa della patologia al rachide cervico e lombovertebrale. A livello psichico l'assicurato era limitato a causa del fatto che appariva lievemente depresso, ansioso, affaticato e facile alla stanchezza e meno resiliente. Il grado di capacità lavorativa era inteso come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto. In attività fisicamente medio-leggere che non implicano particolari sforzi per il rachide, la capacità lavorativa è stata stabilita nel 75% con l'inizio della presa a carico psichiatrica, ossia dal luglio 2015, intesa come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto. Dal giugno 2014 al giugno 2015 l'assicurato era abile all'80% (doc. 265/30). I periti hanno infine consigliato la modifica della terapia psicofarmacologica e l'esecuzione regolare di un corretto programma di ginnastica medica e hanno osservato delle discrepanze fra la sintomatologia, l'anamnesi e la valutazione clinica, notando in particolare come l'assicurato non apparisse così compromesso sul piano cognitivo come risultato nel test. Nel suo rapporto finale del 22 agosto 2016 (doc. 265/27) il dr. med. _____, del Servizio Medico Regionale, ha preso atto della perizia pluridisciplinare e ha concluso che la situazione reumatologica risultava essere come da valutazione del dr. med. _____ e quindi l'esigibilità lavorativa partiva al più tardi da quella valutazione fiduciaria. La problematica psichica è invece sorta dal luglio 2015 con impedimento del 25%. Data una sindrome depressiva persistente F34.1 e una sindrome cervico e lombovertebrale cronico-ricidivante con discrete alterazioni L4-S1 e assenza di deficit neurologici, il medico SMR ha concluso per un'incapacità lavorativa del 100% dall'11 dicembre 2012 e del 50% dal 15 ottobre 2013 (valutazione del dr. med. _____), intesa come riduzione del rendimento, nell'attività abituale. In attività adeguate, riconosciuta un'incapacità lavorativa totale dall'11 dicembre 2012, dal 15 ottobre 2013 al giugno 2015 è stata ritenuta un'inabilità lavorativa del 20%, aumentata al 25% dal luglio 2015, intesa come riduzione del rendimento.

2.7. 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). 2.8. Alla luce dei referti medici esposti, ed in particolare del rapporto peritale pluridisciplinare del 16 agosto 2016, questo Tribunale conclude che lo stato di salute del ricorrente, contrariamente a quanto da esso sostenuto, presentava un'incapacità lavorativa del 50% come gessatore dal giorno in cui, il 15 ottobre 2013, il medico fiduciario della Cassa malati l'ha esaminato. Di uguale parere è infatti anche il perito che l'ha visitato nel maggio 2016 su mandato dell'Ufficio assicurazione invalidità. Per quanto concerne la capacità lavorativa residua, ossia l'abilità del ricorrente a svolgere altre attività più leggere ed adeguate al suo stato di salute, il dr. med. _____, perito reumatologo intervenuto per conto dell'assicurazione invalidità, l'ha giudicato abile all'80% dal 15 ottobre 2013, mentre il dr. med. _____ l'ha ritenuto, sempre da quella data, abile al 100%. Per giustificare la discrepanza nella sua valutazione, il perito ha affermato che " Ritengo invece di poter riconoscere una lieve incapacità lavorativa di circa il 20% per lo svolgimento di una professione fisicamente medio-leggera, che non implichi particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), incapacità lavorativa motivata soprattutto dal riconoscimento di una sindrome del dolore cronico e non tanto da vere e proprie limitazioni funzionali dovute alle patologie descritte. (...) Questa limitazione della sua capacità lavorativa risale verosimilmente già dal dicembre 2013, quando egli è stato visitato dal dr. _____. Negli atti medici non vi sono indicazioni che possano confermare un peggioramento subentrato da allora. ". Affermando che l'incapacità lavorativa è motivata soprattutto dalla presenza di una sindrome del dolore cronico, la valutazione del dottor _____ prende quindi in considerazione anche l'aspetto psichico dell'assicurato. In effetti, il reumatologo non solo ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa individuando strictu sensu dal profilo reumatologico una sindrome cervico-/e lombovertebrale cronico-ricidivante, ma anche una sindrome del dolore cronico rispettivamente una differente diagnosi di sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme. Inoltre, lo specialista si è pure pronunciato su una diagnosi non reumatologica con possibile ripercussione sulla capacità lavorativa, indicando una sindrome ansiosa depressiva reattiva. Da parte sua, il dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, che ha visitato l'assicurato il 15 ottobre 2013 su invito della Cassa malati, ha posto le diagnosi di sindrome lombo-vertebrale (eventualmente lombo-spondilogeno) in presenza di incipienti alterazioni degenerative/discopatie L4-L5 e lombo-sacrali, anamnesi di episodi ricidivanti di bloccaggi iperalgici, nessuna componente radicolare; sindrome algica compartimento anteriore/condropatia rotulea ginocchio sinistro. Evidentemente, essendo specialista in un'altra branca medica, non era compito del chirurgo ortopedico individuare delle componenti psichiche nelle limitazioni fisiche dell'assicurato. Per contro, un reumatologo è in grado di riscontrare delle problematiche psichiche e di relazionarle con una diffusa dolenzia qualificandola di carattere fibromialgico, come quella lamentata dall'assicurato. A questo proposito, nella sua valutazione (pag. 6) il dr. med. _____ ha affermato quanto segue: " Ci troviamo perciò di fronte ad un paziente che soffre di cronici diffusi dolori, indipendenti dall'attività svolta e mai migliorati malgrado l'esecuzione di trattamenti fisioterapici e medicamentosi. Non vi è perciò al momento alcuna chiara relazione tra i suoi dolori e l'intensità delle attività svolte. Il quadro clinico è

inoltre caratterizzato dalla presenza di una diffusa dolenzia di carattere fibromialgico. In presenza di un'evidente patologia psichiatrica ritengo che i suoi dolori siano principalmente imputabili ad una sindrome somatoforme. Le sole modiche patologie degenerative riscontrate a livello della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche non possono infatti che minimamente spiegare i suoi cronici intensi dolori e soprattutto l'assenza di un'adeguata risposta alle corrette terapie già eseguite.”. Va rilevato che nella sua perizia psichiatrica la dr.ssa med. _____ non ha condiviso la posizione del reumatologo, laddove egli ha ritenuto che la prevalenza della percentuale di incapacità lavorativa dell'assicurato fosse da attribuire ad aspetti psichiatrici e che vi fosse un quadro somatoforme da dolore persistente. Tuttavia, prima di procedere alla discussione dello stato di salute dell'assicurato esponendo tutti i pareri medici specialistici e quindi di pronunciarsi sulla valutazione medico-teorica globale, viene precisato che “ Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del _____ e tra la Dr.ssa med. _____ e il Dr. med. _____ in data 10.8.2016 alle ore 11:50, tramite teleconferenza. ” (doc. 265/17). Alla luce di ciò, questo Tribunale ritiene di potersi fondare sulle conclusioni tratte dal perito reumatologo. Esse fanno infatti parte di una valutazione pluridisciplinare e come tali possono poi, se del caso, essere perfezionate nell'ambito della valutazione globale che ne discende dopo che tutti gli specialisti intervenuti si sono consultati fra di loro. Inoltre, in presenza di disturbi cervico e lombovertebrali, nel caso di specie un medico reumatologo risulta più specialista di un chirurgo ortopedico. Per questo motivo può quindi essere fatto affidamento al referto peritale del dr. med. _____ e accantonata l'opinione non solo del dr. med. _____, specialista in ortopedia, e del dottor _____, non specialista in materia siccome medico generico, il quale si è sempre limitato a riferire una lombalgia cronica con deficit funzionali e una sindrome ansiosa depressiva reattiva. In effetti, a fronte di una valutazione peritale da parte di un reumatologo, le loro valutazioni di medici non specialisti in reumatologia non possono qui per giurisprudenza avere pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.188 del 30 settembre 2015; STCA 36.2014.54 del 9 febbraio 2015; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.35 del 28 ottobre 2013; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012) . Per quanto concerne lo stato di salute del ricorrente dal profilo psichico, con il ricorso sono stati prodotti alcuni certificati allestiti dalla dr.ssa _____, in cui essa afferma soltanto che l'assicurato stava seguendo un percorso di sostegno psicologico per le problematiche a suo tempo rilevate e che erano ancora presenti. Non viene però data alcuna informazione sull'abilità lavorativa dell'interessato. Sul suo referto peritale del 15 maggio 2015 (doc. 199/94-8) già si è espressa la consulente psichiatrica interpellata dalla Cassa malati nella sua valutazione del 10 novembre 2015 (doc. 209), così come sui pareri dello psichiatra dottor _____, che ha in cura l'interessato dal 20 luglio 2015. D'avviso del Tribunale, i pareri dello psichiatra curante, semplici e brevi nel loro contenuto, simili, se non addirittura identici, l'uno dall'altro, non rispecchiano tutti i criteri di affidabilità e di completezza richiesti dalla giurisprudenza, perciò non è possibile confermare le conclusioni dello specialista consultato dall'assicurato. 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 premorbo, 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Inoltre, tutti i referti prodotti dal ricorrente non si confrontano minimamente con le conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ nominati dall'Ufficio AI, 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 nella primavera 2016 dai dr. med. _____, _____, _____ e _____, ha compiutamente valutato la copiosa documentazione medica agli atti giungendo a una conclusione logica e priva di contraddizioni. Occorre ancora evidenziare che questi esperti si sono espressi per esteso, hanno valutato compiutamente e diffusamente le condizioni di salute dell'assicurato, e hanno allestito dei rapporti chiari e completi, che prendono in considerazione tutti gli aspetti soggettivi e oggettivi della persona, così come i risultati dei test e dei reperti clinici e delle analisi mediche a cui è stato sottoposto. Infine, tutti gli specialisti che hanno visitato e valutato lo stato di salute del ricorrente si sono consultati tra di loro e, concordemente, sono giunti a stabilire la capacità lavorativa dell'assicurato sia nell'attività precedente sia in altre adeguate, ciò che invece non tutti i curanti dell'interessato hanno fatto, limitandosi a pronunciarsi solo sull'attività di gessatore. Va inoltre 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, i referti dei dottori _____, _____ e _____ non sono atti a sovvertire le dettagliate e concrete analisi eseguite dai periti del _____ nominati dall'UAI, che in sostanza vanno nella stessa direzione dei pareri dei colleghi dr. med. _____ e _____, che sono intervenuti su mandato della Cassa malati. In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, il 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 dall'Ufficio AI e che quindi egli fosse (totalmente) inabile al lavoro tanto nella sua attività abituale di gessatore quanto anche in altre attività fisiche adeguate alle sue condizioni di salute. Nemmeno nelle more istruttorie il ricorrente ha saputo produrre al Tribunale ulteriore documentazione medica che contraddica la perizia pluridisciplinare del _____, che pertanto mantiene la sua integrale validità siccome redatta alla luce di tutti gli atti all'inserto e da specialisti in materia. L'assicurato non ha dunque comprovato, mediante specifici atti medici, che la soluzione a cui sono giunti il reumatologo e la psichiatra consultati dal suo assicuratore malattia e, da ultimo, dall'assicurazione invalidità, non sarebbe credibile, ma errata. Non va da ultimo dimenticato di rilevare che anche il medico del Servizio Medico Regionale si è allineato alle loro posizioni, facendole proprie nel suo rapporto finale del 22 agosto 2016, che è servito da base di giudizio per l'Ufficio AI. Va pertanto concluso che il ricorrente, affetto da una sindrome depressiva persistente F34.1 e da una sindrome cervico e lombovertebrale cronico-ricidivante con discrete alterazioni L4-S1 e assenza di deficit neurologici, dall'11 dicembre 2012 era inabile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa, mentre dal 15 ottobre 2013 era abile al 50% come gessatore rispettivamente all'80% in attività adeguate. In tali attività egli è risultato capace al lavoro in ragione del 75% a decorrere dal luglio 2015, ovvero da quando è stato preso a carico dallo specialista in psichiatria dottor _____. 2.9. La Cassa malati ha considerato un'abilità lavorativa piena in attività confacenti allo stato di salute dell'assicurato e ha verificato, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente come impone la giurisprudenza. Infatti, nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009; DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Pertanto, in caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale (art. 6 LPGa), come nel caso di specie, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno (art. 21 LPGa) e di mettere quindi a frutto la sua residua

capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283). In altre parole, l'indennità per perdita di guadagno interviene laddove vi è un'incapacità di lavoro temporanea. Quando viene accertato che un rientro nella precedente attività non è più possibile, questa funzione "ponte" della prestazione viene meno e occorre esaminare se la persona assicurata possa esercitare, eventualmente in quale misura, un'altra attività confacente al suo stato di salute. In tal caso, la giurisprudenza riconosce che alla persona assicurata occorra assegnare un termine di 3-5 mesi per adattarsi alla sua nuova attività (STFA K 224/05 del 29 marzo 2007; STFA K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; STFA K 31/04 del 9 dicembre 2004; DTF 114 V 289 consid. 5b; DTF 111 V 239 consid. 2a; RAMI 2000 pag. 123 consid. 3a; RAMI 1987 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). È quindi corretto che l'assicuratore malattia abbia concesso al ricorrente, ritenuto abile al lavoro al 100% in attività adeguate, un termine di adattamento di 4 mesi per cambiare occupazione. Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, pag. 205 seg., secondo cui: "Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen"; Doudin, *La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in SZS 1990, pag. 255 seg.). In questo ordine d'idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano

le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita/indennità), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c) 2.10. La Cassa malati ha quindi dettagliatamente analizzato la situazione economica dell'assicurato antecedente l'inabilità lavorativa e per la determinazione della perdita di guadagno ha utilizzato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito di Fr. 74'995,20 che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2014 senza il danno alla salute nella professione precedente di gessatore al 100% (reddito da valido), con quello di Fr. 64'704.- risultante da un'ipotetica attività leggera e ripetitiva svolta al 100% nel 2014 (reddito da invalido), senza apportare alcuna deduzione per motivi personali, per ottenere una perdita di guadagno del 13,72%. Con la risposta di causa

l'assicuratore ha modificato in Fr. 66'170.- il reddito ipotetico annuo da invalido esigibile nel 2014 secondo le tabelle RSS, giungendo ad una perdita di guadagno dell'11,76%. Da parte sua, il ricorrente ritiene che la sua perdita di guadagno sia totale, visto che se prima della malattia il suo reddito era di Fr. 74'995,20, ora esso è pari a zero stante la sua totale inabilità lavorativa. Anche l'Ufficio assicurazione invalidità ha analizzato l'aspetto economico (doc. 265/29 e 30). Per l'anno 2013 ha calcolato una capacità di guadagno residua del 76% e quindi un grado di invalidità (perdita di guadagno) del 24%, ritenendo una capacità lavorativa residua dell'80% e una riduzione per motivi personali del 5% (Fr. 65'659,48 [reddito da valido] – {Fr. 52'527,58 – [Fr. 52'527,58 x 5 : 100]} [reddito da invalido] : Fr. 65'659,48 x 100). Quanto all'anno 2014, il grado di invalidità è stato fissato nel 28,75% sulla base di una capacità lavorativa residua del 75% (Fr. 66'170.- [reddito da valido] – {Fr. 49'627,29 – [Fr. 49'627,29 x 5 : 100]} [reddito ipotetico da invalido] : Fr. 66'170.- x 100). Quale reddito da valido, per entrambi gli anni l'Ufficio AI ha ritenuto il reddito statistico delle tabelle ISS, giacché al momento dell'inizio della malattia di lunga durata l'assicurato aveva già ricevuto la lettera di licenziamento (cfr. annotazione in calce alle tabelle di calcolo, docc. 265/29 e 30).

E. 3.3

In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso.

E. 5

settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)" . Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: "

E. 5.2

pag. 73 seg.).

E. 5.4

Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso

l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheits-kontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid.

E. 5.5

La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invaliden-versicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...). Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: “[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...]”). Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel caso di specie la Cassa malati non ha ritenuto esservi “ motivi sociali sufficienti per accordare una riduzione sociale del reddito ipotetico da invalido. ” (doc. A2 pag. 3), mentre l'Ufficio AI ha tenuto conto di una deduzione del 5% per attività leggera. Il TCA sostituisce eccezionalmente il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione malattia, visto che il perito del _____ ha ritenuto esservi delle limitazioni funzionali di carico potendo svolgere l'assicurato un'attività medio-leggera che non implichi particolari sforzi per il rachide (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni non ergonomiche). 2.17. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2014 a Fr. 66'138,41 va ritenuto nella misura dell'80% (Fr. 66'138,41 x 80 : 100 = Fr. 52'910,73)

stante la ridotta capacità lavorativa residua esigibile dell'assicurato (la Cassa malati, basandosi sul parere del suo medico fiduciario, sul quale, per il TCA, ha invece prevalso la perizia pluridisciplinare del _____ che ha ritenuto l'assicurato abile al 100% in altre attività adeguate, ha considerato un'esigibilità del 100%). In seguito questo nuovo reddito va diminuito del 5% per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così l'importo di Fr. 50'265,19 (Fr. 52'910,73 - [Fr. 52'910,73 x 5 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 68'281,22 corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2014 per l'attività di gessatore esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque un'incapacità al guadagno del 26,38% ([Fr. 68'281,22 - Fr. 50'265,19] : Fr. 68'281,22 x 100), che va arrotondata al 26% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. 2.18. Questa incapacità al guadagno (ossia il danno residuo o grado d'invalidità), determinata confrontando il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2014 se non fosse intervenuta la malattia con il reddito che egli avrebbe potuto percepire nel 2014 svolgendo all'80% un'attività confacente al suo stato di salute, è superiore al grado del 25% richiesto dalle CGA (art. 8.1.4). In queste circostanze, dal 1° giugno 2014 l'assicuratore malattia dovrà versare al ricorrente delle indennità giornaliere del 26 % per la perdita di guadagno causata dalla malattia che gli ha provocato un'inabilità lavorativa totale nella sua ultima professione e ciò fino all'esaurimento del suo diritto. 2.19. Ancorché vincente in causa e rappresentato, al ricorrente vanno riconosciute solo ripetibili parziali a fronte del fatto che i motivi che fondano la presente soluzione differiscono da quelli invocati dal suo rappresentante (art. 61 lett. g LPG).

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