

TI_GERICHTE 36.2016.3 vom 11. April 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-04-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.3

FR: TI_GERICHTE 36.2016.3 du 11 avril 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2016.3 del 11 aprile 2016

Regeste

Indennità giornaliera per malattia. Certificati medici discordanti. L'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno e trovare un'altra occupazione. Cassa non ha calcolato la perdita di guadagno malgrado la capacità lavorativa residua fosse totale. Rinvio atti x calcolo alla luce anche di nuovi certif.med

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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

E. 3

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." Giusta l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPG). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPG non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPG, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. 5. 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 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. 6. Nel caso di specie, dalla folta documentazione agli atti risulta che l'insorgente sin dall'11 dicembre 2012 lamenta dolori all'intero rachide e che per questi disturbi è stato oggetto di numerose valutazioni mediche, delle quali vengono qui estrapolate e riassunte soltanto le più significative. Il ricorrente è stato visitato il 15 ottobre 2013 per conto della Cassa malati resistente dal dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica. Nel suo referto del 20 dicembre 2013 (doc. 57), che riassume gli atti messi a sua disposizione, espone le dichiarazioni del paziente, lo stato generale, lo stato locale, gli esami radiologici e infine la sua valutazione, sono state riconosciute le diagnosi di: sindrome lombo-vertebrale (eventualmente lombo-spondilogeno) in presenza di incipienti alterazioni degenerative/discopatie L4/L5 e lombo-sacrali. Anamnesi di episodi recidivanti di bloccaggi iperalgici. Nessuna componente radicolare. Sindrome algica compartimento anteriore/condropatia rotulea ginocchio sinistro. Lo specialista ha rilevato che sul piano terapeutico l'insieme delle misure fisiche e medicamentose messe in atto non avrebbe condotto a cambiamenti significativi dei disturbi risentiti. Apparentemente sembrava esservi una certa discrepanza tra l'assenza di tensioni/contratture muscolari paraverebrali rispettivamente di un quadro clinico d'insufficienza della muscolatura del tronco da una parte e dall'altra la presenza di un decorso cronico di disturbi costanti di entità invalidante, di dolori resistenti all'insieme delle misure terapeutiche messe in atto con un'aderenza terapeutica alle misure consigliate e ai medicinali perlomeno incerta. Con riferimento al quadro clinico effettivamente riscontrato, il perito ha ritenuto che entrava in linea di conto una strategia terapeutica improntata prevalentemente sulle misure attive di stabilizzazione del tronco. Eventuali ulteriori misure erano semmai da valutare sulla base dell'esito di una risonanza magnetica. L'esame clinico attuale ha permesso ciò malgrado di puntualizzare la presenza di alterazioni sclerotomiche lombari-inferiori rispettivamente lombo-sacrali, potenzialmente suscettibili di correlare con il carattere dei disturbi risentiti rispettivamente descritti dall'interessato. Complessivamente, con riferimento ai referti effettivamente oggettivati, al momento della visita l'assicurato è risultato essere abile al lavoro nella misura del 50% in qualità di gessatore e in misura completa nello svolgimento di attività adatte, leggere, nel rispetto dell'ergonomia del tronco. I reperti clinici e radiologici oggettivati al ginocchio sinistro non giustificavano invece alcuna inabilità lavorativa. Il perito ha poi risposto a domande sui disturbi attuali soggettivi, l'anamnesi, i risultati della visita fisica, la diagnosi, la terapia, la capacità lavorativa e la prognosi - che risultava favorevole sulla base degli elementi clinici e radiologici e a più forte ragione con la messa in atto di un programma terapeutico appropriato. Nel rapporto medico compilato l'11 marzo 2014 (doc. 81) dal dottor _____, medico chirurgo di _____ curante dell'assicurato sin dall'insorgere della malattia, emerge la diagnosi di lombalgia cronicizzata con impotenza funzionale, trattata con FANS-FKT, che ha dato luogo ad un'incapacità lavorativa del 100% dall'11 dicembre 2012 al 10 aprile 2014, visto che l'interessato era incapace non solo di svolgere la professione originaria ma anche altre attività, era limitato nel camminare (massimo 300m), nello stare seduto (massimo 45 minuti) e nel portare pesi, mentre non v'erano limitazioni di tipo psichico. A suo dire, infine, non erano necessari altri accertamenti. Nel certificato del 19 aprile 2014 (doc. 82)

questo medico ha affermato che l'assicurato era affetto da lombosciatalgia destra cronicizzata, condizionante impotenza funzionale, verificatasi nello svolgimento dell'attività professionale. Da una recente risonanza magnetica del rachide lombosacrale si riscontrava protrusione discale L3/L4 e L4/L5 paramediana sinistra con impronte sul sacco durale ed ernia discale L5/S1 con interessamento intraforaminale destro. Pertanto, l'assicurato era impossibilitato permanentemente a svolgere il proprio lavoro e anche attività più leggere in cantiere. Il dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa malati, interpellato (nuovamente) da quest'ultima, il 27 agosto 2014 (doc. 99) ha ritenuto non giustificato il proseguimento di un'incapacità lavorativa del 100% dal 1° febbraio 2014 in poi, visto che l'assicurato poteva svolgere delle attività lavorative leggere. Nel suo referto del 26 settembre 2014 (doc. 104) il dottor _____, medico chirurgo di _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, ha riassunto gli atti medici dei colleghi, gli esiti dell'esame obiettivo e i disturbi soggettivi, per concludere che l'incapacità lavorativa dell'assicurato era totale nello svolgere la sua attività specifica di carton-gessatore trattandosi di lavoro pesante ed usurante. La residua capacità lavorativa generica, non specifica, era invece del 50% in attività confacenti (quali capo cantiere senza movimentazione di carichi che ha dimostrato di sapere fare, fattorino, magazziniere, spedizioniere, addetto al controllo), ma con limitazioni sia della postura sia della movimentazione di carichi. Per il dr. med. _____, che si è espresso l'11 novembre 2014 (doc. 110), questo referto non ha apportato elementi nuovi. Il dottor _____ ha compilato il 27 marzo 2015 (doc. 124) un rapporto medico su invito della Cassa malati e ha indicato che l'inabilità lavorativa dell'interessato era totale in qualsiasi attività sin dall'11 dicembre 2012, con limitazioni nel camminare (massimo 100m), nello stare seduto (oltre 45 minuti), nel portare pesi e di tipo psichico (deflessione del tono dell'umore), tanto che sia un fisiatra sia uno psicologo seguivano l'assicurato, che assumeva terapia analgesica quotidiana. Il dr. med. _____ ha reso una nuova valutazione il 24 agosto 2015 (doc. 185) sulla scorta degli ultimi atti messi a sua disposizione e in particolare egli si è pronunciato sul referto del 26 settembre 2014 del dottor _____, ritenendo che non comportasse nuovi elementi di giudizio tali da invalidare le sue considerazioni espresse nel rapporto del 20 dicembre 2013. Nel rapporto medico del 19 ottobre 2015 (doc. 203) il dottor _____ ha ribadito che l'assicurato era totalmente incapace al lavoro, che doveva assumere analgesici e psicofarmaci e che per tali motivi era seguito da un ortopedico, un fisiatra e uno psichiatra. La dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha peritato l'assicurato il 5 novembre 2015 durante un'ora e mezza di colloquio su invito dell'assicuratore malattia. Riassunti dapprima i certificati medici agli atti, e in particolare i pareri del 2015 della psicologa dr.ssa _____ del _____ e del dottor _____, medico psichiatra dell'Ospedale di _____, che hanno ritenuto l'assicurato completamente inabile al lavoro dal profilo psichico, la psichiatra ha poi esposto la situazione attuale, l'anamnesi familiare, fisiologica, lavorativa e sociale, somatica, psichiatrica, i disturbi soggettivi attuali e l'esame clinico. Essa ha posto la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) e nella sua valutazione la specialista ha spiegato di non condividere le diagnosi dei colleghi _____ (disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti persistente; sindrome depressiva persistente; depressione persistente grave), mancando la nozione di un evento stressante acuto che abbia gravemente intaccato il sistema di supporto dell'assicurato. Rilevando come la terapia psicofarmacologica istituita solo il 20 luglio 2015 fosse adeguata al suo stato e che non si trattava di una terapia utilizzata in caso di un episodio depressivo grave

come invocato, senza sintomi psicotici, la psichiatra ha osservato una netta discrepanza tra quanto rilevabile oggettivamente e quanto riferito soggettivamente dall'assicurato rispetto all'impatto della sofferenza soggettiva ansiosa e depressiva nel quotidiano. Non presentando l'interessato dei deficit della persistenza e della flessibilità, essendo conservate le funzioni mentali, esecutive, programmatiche, previsionali e sequenziali, l'esperta ha concluso che non v'era alcun influsso della patologia presentata (sindrome mista ansioso depressiva) che potesse determinare una diminuzione della capacità lavorativa. L'assicurato era pertanto da considerare abile, dal punto di vista psichiatrico, al 100%. Infine, la specialista ha risposto alle domande formulate dalla Cassa malati, in particolare ha osservato come fosse possibile un ulteriore miglioramento della sintomatologia psichica anche in assenza di cure trattandosi di un quadro lieve, che l'assicurato è sempre stato abile al 100% in ogni attività e che la patologia psichiatrica sviluppata dal marzo 2015 non ha mai avuto un influsso sulla capacità lavorativa. Nuovi certificati sono stati poi prodotti con il ricorso (docc. H-M).

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). 8. In discussione rimane in concreto la continuazione di uno stato di impedimento a riprendere l'attività lavorativa dal 1° giugno 2014. Secondo la Cassa malati, infatti, non vi sarebbe più una malattia invalidante, perché i medici fiduciari e i periti che ha consultato hanno ritenuto l'assicurato abile dal 1° giugno 2014 in ragione del 50% nell'attività di carton-gessatore da ultimo esercitata e in misura del 100% in attività adeguate, ciò che comporta un'interruzione del versamento delle indennità giornaliere. D'avviso del ricorrente, invece, i suoi medici curanti hanno attestato che l'inabilità lavorativa, completa, è persistita anche dopo il 31 maggio 2014 in qualsiasi attività, perciò egli ha diritto di continuare a percepire indennità giornaliere fino ad esaurimento. Dai pareri

medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sullo stato di salute dell'assicurato sono discordanti le une dalle altre. Anche per questo motivo, come ha rilevato il Tribunale amministrativo federale nella sua recente sentenza del 24 settembre 2015 (cfr. consid. 9.1) su preavviso dell'Ufficio assicurazione invalidità (doc. 199), nell'evenienza concreta è necessario completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, in particolare procedendo con una perizia pluridisciplinare comprendente una valutazione neurologica, psichiatrica e reumatologica. 9. Alla luce di quanto appena esposto, ai fini del proprio giudizio questo Tribunale avrebbe potuto sospendere la trattazione della procedura in attesa degli esami ordinati dal TAF, con successiva riattivazione della procedura una volta in possesso degli stessi. In concreto, però, si giustifica di adottare un'altra soluzione, e ciò alla luce delle carenze presentate dalla decisione impugnata, mancanze che non verrebbero sanate dagli accertamenti medici ritenuti necessari ed imposti dal TAF. In effetti, l'assicuratore malattia si è qui limitato ad accertare che il ricorrente fosse abile al 100% in attività adeguate dal 1° febbraio 2014, concedendogli (correttamente) un termine di adattamento di quattro mesi per cambiare occupazione (l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego: cfr. STFA K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; 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.). Tuttavia la Cassa malati, per il periodo successivo al termine di questo lasso di tempo, ha considerato semplicemente l'interruzione del versamento delle indennità giornaliere stante un'abilità lavorativa piena in attività confacenti allo stato di salute dell'assicurato, senza però verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente come impone la prassi giurisprudenziale in materia. 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). In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, come nel caso di specie, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283; art. 6 LPGa e art. 21 LPGa). 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 31/04 del 9 dicembre 2004; STCA 36.2013.58 del 29 novembre 2013). In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute (art. 21 cpv. 4 LPGa). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (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 prestazione se la persona interessata è in grado di percepire

un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). 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 di invalidità (o di incapacità di guadagno) 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 prestazioni. 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 pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Il grado della capacità di guadagno in ambito di indennità giornaliera per malattia si determina come per l'assicurazione invalidità e quindi ai sensi dell'art. 16 LPGa, che prevede che il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). In questo contesto è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 pag. 106 consid. 2). 10. In conclusione, ritenuto che la decisione su opposizione della Cassa malati è carente da questo profilo, visto che CO 1 non ha effettuato il calcolo della perdita di guadagno dell'assicurato malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa residua totale in attività confacenti, limitandosi invece ad interrompere il versamento delle prestazioni di diritto, la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'assicuratore malattia affinché proceda nelle sue incombenze come specificato. L'assicuratore malattia resistente emanerà quindi una nuova decisione che si pronunci anche sul grado della capacità di guadagno del ricorrente. Alla luce della situazione concreta e della decisione del TAF nota, la Cassa stabilirà il grado della capacità lavorativa dell'assicurato, considerando anche gli esiti dei nuovi accertamenti medici scaturiti dalla perizia pluridisciplinare disposta dall'Ufficio assicurazione invalidità su ordine del Tribunale amministrativo federale. Se il danno

economico (incapacità di guadagno) che scaturirà sarà superiore al 25% richiesto dalle CGA (art. 8.1.4), allora il ricorrente potrà continuare a percepire le indennità giornaliere per perdita di guadagno conformemente al contratto assicurativo vigente al momento dell'insorgenza della malattia. Ancorché vincente in causa e rappresentato, al ricorrente vanno riconosciute ripetibili parziali a fronte del fatto che i motivi che fondano la presente non sono stati invocati dal rappresentante del ricorrente che si è limitato a contrapporre valutazioni mediche.

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