

## **TI\_GERICHTE 36.2016.91 vom 4. Juli 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-07-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2016.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.91)

FR: TI\_GERICHTE 36.2016.91 du 4 juillet 2017

IT: TI\_GERICHTE 36.2016.91 del 4 luglio 2017

### **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. 2.9**

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.

#### **E. 2.13**

Per quanto concerne il 2016, 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 2014 , edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014\_tirage\_skill\_level Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; 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; STF

9C\_632/2015 ) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 63'744.- (Fr. 5 '312 .- 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 2014 (Tabella TA1 2014) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2014 e poi aggiornarlo direttamente al 2016. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 ( Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,1) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.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 2015 ( 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 (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2015: <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> ) utilizzando il dato del 2015, ultimo disponibile, il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'032,65 ( Fr. 64'299,91 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

### **E. 2.14**

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. 2.3. 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, p. 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. 2.4. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico ( psychische

Fehlentwicklungen ), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)". Va infine rilevato che nella DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.5. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti risulta che l'insorgente sin dal 30 aprile 2014 lamenta disturbi alla spalla e al ginocchio destro, che sarebbero poi sfociati anche in problemi psichici. Questi disturbi fisici si sono in seguito estesi alla spalla sinistra per la quale l'assicurato è stato operato chirurgicamente. Egli è stato inoltre oggetto di valutazioni mediche non solo da parte dei propri medici curanti e dei medici fiduciari della Cassa malati, ma anche di specialisti intervenuti su mandato dell'Ufficio assicurazione invalidità. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, ha visitato l'assicurato il 6 e il 15 luglio 2016 e nel suo referto di pari data (doc. 7) ha posto la diagnosi di esiti da infortunio sul lavoro (30 aprile 2014) con: trauma distorsivo della spalla destra con lesione della cuffia dei rotatori operata il 30 ottobre 2014 con disturbi residuali; distorsione/contusione del ginocchio destro con lesione meniscale laterale operata il 30 aprile 2015 con successivo episodio febbrile e sinovite sterile (lavaggio artroscopico del 15 maggio 2015). Sospetta oligoartrite sieronegativa (sinovite ginocchio destro, fenosinovite del tibiale anteriore a sinistra, sinovite nell'articolazione metatarso-falangeale III a destra). Iniziale poliartrite delle dita. Lo specialista ha concluso per un'affezione reumatica sistemica di natura infiammatoria in presenza di una sinovite cronica al ginocchio destro e con reperti flogistici sia nel tendine del tibiale anteriore di sinistra e con una sinovite nell'articolazione metatarso-falangeale III del piede destro. Egli ha poi certificato un'incapacità lavorativa totale dal 1° agosto al 30 settembre 2015 (doc. 10). Sempre a richiesta del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, che aveva in cura l'assicurato, anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, ha visitato l'interessato e il 7 settembre 2015 (doc. 11) non si è scostato dal parere del collega, ponendo la diagnosi di oligo-poliartrite indifferenziata con fattore reumatoide, anticorpi anti-CCP e antinucleari, negativa; anamnesi familiare positiva per morbo di Crohn; corticoterapia perorale in atto. Periartrite omeroscapolare a destra in esiti da ricostruzione del sovrapinoso per rottura, decompressione sottoacromiale il 30 ottobre 2014. Periartrite omeroscapolare a sinistra in acromion di tipo II; fissurazione del labbro glenoideo. Il 29 ottobre 2015 l'assicurato è stato operato anche alla spalla sinistra e dal giorno precedente il chirurgo ortopedico dr. med. \_\_\_\_\_ l'ha dichiarato inabile al lavoro al 100% (docc. 13-15, 19) fino al 23 giugno 2016. Nel frattempo, il 29 gennaio 2016 (doc. 17) il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, su mandato della Cassa malati ha valutato lo stato di salute dell'assicurato. Dopo aver riassunto la documentazione medica agli atti dal giorno dell'infortunio, ha posto l'anamnesi evidenziando che l'assicurato era

regolarmente in cura dal dr. med. \_\_\_\_\_ e che seguiva una terapia farmacologica. L'interessato aveva riferito la persistenza di dolori articolari diffusi e dolori alla schiena, con disturbi soprattutto a carico del ginocchio destro e della spalla sinistra. All'esame clinico il medico fiduciario ha riscontrato che la spalla destra era normalmente mobile, mentre per la spalla sinistra l'abduzione era possibile solo sino a 90°. Al ginocchio destro ha riscontrato una tumefazione nel cavo popliteo compatibile con la nota cisti di Baker; la mobilità non era limitata e v'era assenza di versamento. Il medico di fiducia della Cassa malati ha così posto la diagnosi di oligo-poliartrite indifferenziata. Periartrite omero-scapolare sinistra in esiti di intervento operatorio il 29 ottobre 2015. Periartrite omero-scapolare destra in esiti di intervento operatorio il 30 ottobre 2014. Gonalgia destra in esiti di intervento artroscopico il 30 aprile e il 15 maggio 2015. Lombalgia cronica. Nella valutazione della capacità lavorativa dell'assicurato, l'esperto ha ritenuto che, essendo trascorsi tre mesi dall'ultimo intervento operatorio alla spalla sinistra, il quadro clinico si era stabilizzato. Perciò, considerando nell'insieme tutti i problemi di salute riscontrati, egli ha concluso che l'attività lavorativa di gessatore non fosse più proponibile, essendo un'attività pesante e non ergonomica. L'assicurato manteneva invece una normale capacità lavorativa completa in un'attività adatta, ossia in un lavoro leggero a medio pesante rispettoso dell'ergonomia per la schiena e che non comportasse la necessità di assumere la posizione inginocchiata-accovacciata e lavori da svolgere con le braccia sopra l'orizzontale. Nel suo attestato del 13 aprile 2016 (doc. 20) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha certificato che: " (...) il succitato paziente a causa delle condizioni di salute caratterizzate dalla presenza dapprima di un infortunio e dalle sue conseguenze, successivamente dalla scoperta di una malattia cronica che infine ha determinato il licenziamento, e confrontato con la lentezza di presa a carico da parte delle assicurazioni sociali e dalla interruzione dei versamenti della assicurazione perdita guadagno, sta presentando una sindrome depressiva reattiva per cui viene seguito e trattato dal dott. \_\_\_\_\_ FMH psichiatria.". Sulla scorta di queste indicazioni, la Cassa malati ha disposto una visita psichiatrica dell'assicurato da parte della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che il 20 maggio 2016 ha valutato l'interessato per un'ora e mezza. Nel suo rapporto del 23 maggio 2016 (doc. 21) la specialista in psichiatria e psicoterapia ha esposto la situazione attuale (indicando la terapia farmacologia in atto e che gli incontri con lo psichiatra curante avvenivano ogni 15 giorni), l'anamnesi familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa e sociale, somatica, psichiatrica, i disturbi soggettivi attuali (dolore al piede destro, al ginocchio destro che non riusciva a piegare, dolori ad entrambe le spalle), la descrizione della giornata e l'esito dell'esame clinico. La diagnosi psichiatrica, basata sull'insieme delle notizie, delle osservazioni e delle constatazioni obiettive raccolte durante la visita, ha portato il medico fiduciario a porre una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) reattiva a problemi economici (Z59) e legati all'occupazione (Z56). Nella sua valutazione, la psichiatra ha rilevato che l'assicurato, che non ha antecedenti psichiatrici familiari e personali, ha sviluppato, in relazione alle preoccupazioni insorte dopo il licenziamento avvenuto per l'abilità lavorativa totale riconosciuta in un'altra professione (mentre come gessatore era inabile totalmente) e all'annuncio della sospensione delle indennità giornaliere da parte della Cassa malati per il 30 aprile 2016, una sintomatologia ansiosa e sub depressiva. A livello diagnostico e categoriale secondo l'ICD-10, secondo la specialista l'assicurato non presentava alcun criterio per porre una diagnosi di episodio depressivo codificabile al codice F32, né di un disturbo d'ansia specifico quale sindrome ansiosa generalizzata, sindrome da attacchi di panico. I sintomi ansiosi e depressivi erano entrambi presenti, ma né gli uni né gli altri

erano sufficienti per porre le diagnosi indicate se considerati separatamente. Si trattava di una patologia di frequente riscontro e nel caso specifico di natura prettamente reattiva a problemi economico-occupazionali (“ Io non vedo il mio futuro, non posso andare a lavorare, non ho più un salario e non mi sento in forma. Sento l’ansia per queste preoccupazioni. Io ero attivo, adesso non posso più fare il mio lavoro che mi piaceva tanto.”). L’esperta ha inoltre precisato che al di là della diagnosi categoriale, l’assicurato non presentava deficit del giudizio, dell’assertività, della relazione con gli altri, della relazione in gruppo, della mobilità, della flessibilità. Presentava unicamente un deficit della persistenza a causa della sintomatologia ansioso-depressiva lieve riscontrata. Non presentava deficit delle funzioni dell’Io: capacità percettiva, decisionale, esecutiva, consequenziale, previsionale integre. Pertanto, essa ha ritenuto l’interessato abile al 100% in ogni professione. Il giorno seguente (doc. 22) il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha rilasciato la sua relazione medica sulle condizioni di salute del suo paziente, indicando l’anamnesi, lo status psicopatologico, la diagnosi, la valutazione e procedere, la farmacoterapia. Nell’anamnesi il curante ha rilevato che dal giorno dell’infortunio l’assicurato non si è più ripreso e ha dichiarato che “ io non vedo la fine... è tutto un andare da medici. Visite. io non ne posso più... non posso più lavorare ma io ho cinquantatré anni. sono da un lato giovane ma non so cos’altro fare... ”. In più il 17 marzo 2016 ha ricevuto la lettera di licenziamento e da quel giorno ha manifestato una crisi significativa visto che non poteva iscriversi alla disoccupazione avendo aperto da un anno la domanda AI. Per lo psichiatra curante, l’interessato soffriva di una sindrome da disadattamento con reazione ansiosa e depressiva (ICD-10: F43.22). Nella sua valutazione del 24 maggio 2016 lo specialista ha evidenziato che non erano mai sopraggiunti prima di allora problemi psichiatrici, ma a seguito dell’infortunio sul cantiere e del mancato riconoscimento da parte della sua assicurazione malattia che non gli versava più le indennità per perdita di guadagno, l’assicurato ha sviluppato una vera e propria sofferenza proprio per l’incertezza rispetto al futuro economico, per garantire una stabilità anche alla propria famiglia. Inoltre, anche nell’ambito della domanda AI egli non era ancora stato valutato psichicamente, perciò il perito l’ha aiutato in questa faccenda (burocratica). È stato pure concordato l’inizio di un trattamento psichiatrico e di una presa a carico anche psicologica per sostenerlo durante quel momento così difficile della propria vita. È stato inserito il Trittico in riserva per dormire, ma l’interessato ha riferito che cercava di non assumerlo ogni sera per non abituarci. La psichiatra incaricata dalla Cassa malati ha preso posizione il 16 giugno 2016 (doc. 24) sul referto del collega, riproponendo per esteso la sua precedente “valutazione e procedere” e concludendo per un’abilità del 100% in ogni professione. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha infine precisato che il rapporto dello psichiatra curante redatto 4 giorni dopo la sua prima valutazione non apportava nulla di nuovo a livello medico psichiatrico rispetto a quanto da lei stessa già evidenziato. Per di più, il dottor \_\_\_\_\_ non si era espresso sulla capacità lavorativa. Infine, il dottor \_\_\_\_\_ si è pronunciato il 24 giugno 2016 (doc. 25) sul paziente che ha operato nel 2015 alla spalla sinistra osservando un decorso regolare e un ulteriore miglioramento funzionale. Per la spalla destra, operata nell’ottobre 2014, l’assicurato gli ha riferito dolori e ipostenia, perciò il chirurgo ha chiesto una RMN di controllo, certificando pure la continuazione dell’incapacità lavorativa totale dal 23 giugno al 14 luglio 2016 (doc. 26) e in seguito (doc. 27) dal 15 luglio al 13 ottobre 2016, ma al 50%. Da ultimo, agli atti è presente il certificato medico del 18 luglio 2016 (doc. 28) rilasciato dal curante dr. med. \_\_\_\_\_, che ha attestato un’incapacità lavorativa del 100% dal 1° giugno al 31 agosto

2016. Nel frattempo, il 19 maggio 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna e malattie reumatiche, ha visitato l'assicurato per conto dell'Ufficio assicurazione invalidità e nel rapporto del 30 maggio 2016 (doc. 23) egli ha riassunto gli atti medici messi a sua disposizione, ha esposto l'anamnesi personale, sistemica, familiare, sociale, i dati soggettivi dell'assicurato, i dati oggettivi con l'esame del sistema locomotore, del sistema nervoso, gli esiti dell'esame di laboratorio eseguito, le precedenti MRI e l'attuale ecografia del muscolo tibiale sinistro. Quali diagnosi reumatologiche con ripercussioni sulla capacità di lavoro sono state indicate: 1. Spondilartrite indifferenziata - Sotto terapia di fondo con Methotrexate da dicembre 2015, combinata a una terapia con corticosteroidi sistemici iniziata nel luglio 2015; - Anamnesi familiare positiva per malattia di Crohn di cui soffrirebbe una figlia. 2. Omalgie croniche bilaterali - Stato dopo trauma contusivo della spalla destra il 30 aprile 2014; Stato dopo ricostruzione artroscopica del sopraspinato alla spalla destra il 30 ottobre 2014 e Stato dopo ricostruzione artroscopica del sopraspinato e di una lesione del labbro glenoidale il 29 ottobre 2015. 3. Gonalgia cronica a destra - Stato dopo trauma contusivo/distorsivo del ginocchio il 30 aprile 2014; Stato dopo artroscopia con meniscectomia parziale laterale il 30 aprile 2015 e Stato dopo nuovo intervento artroscopico con débridement e lavaggio articolare per sospetta gonartrite il 15 maggio 2015; Sinovite cronica verosimilmente nell'ambito della diagnosi 1.

### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, 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 précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). 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). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, 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).

2.7. Alla luce dei referti medici esposti, ed in particolare del rapporto peritale reumatologico del 30 maggio 2016, del rapporto d'esame clinico psichiatrico del 14 settembre 2016 e del rapporto finale SMR anch'esso del 14 settembre 2016, questo Tribunale conclude che lo stato di salute del ricorrente presentava sì un'incapacità lavorativa del 100% come gessatore dal giorno in cui, il 30 aprile 2014, ha avuto un infortunio professionale. Ma da quando lo psichiatra dr. med. \_\_\_\_\_ l'ha preso in cura, dal 21 aprile 2016 l'assicurato, contrariamente a quanto da esso sostenuto, è abile al lavoro al 50% in altre attività adeguate. Quanto ai pareri dei curanti, d'avviso di questo Tribunale essi si annullano vicendevolmente. Infatti, da un lato si ha il referto del dr. med. \_\_\_\_\_ che il 14 luglio 2016 (doc. F) ha certificato che dal 15 luglio al 13 ottobre 2016 l'assicurato era inabile al lavoro in ragione del 50%. D'altro lato il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quattro giorni dopo, il 18 luglio 2016 (doc. E), che l'interessato era inabile al lavoro al 100% dal 1° giugno al 31 agosto 2016. Per questo stesso periodo, poi, il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva certificato che dal 23 giugno al 14 luglio 2016 l'interessato era totalmente incapace al lavoro. Al riguardo va altresì osservato che questi referti sono molto succinti e non indicano nemmeno la diagnosi, oltre che un esame anamnestico e clinico dell'assicurato. Per di più, essi non si pronunciano sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato, affermando semplicemente che egli risultava inabile al lavoro al 50%/100%, riferendosi (verosimilmente) solo all'attività abituale. Questi atti medici, così scarni nelle informazioni mediche sullo stato di salute del ricorrente, non gli sono quindi di alcun aiuto. Nemmeno lo

soccorre nelle sue richieste il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_, psichiatra curante, visto che nel rapporto del 24 maggio 2016 (doc. G) prodotto con il ricorso egli ha posto l'anamnesi, lo status psicopatologico, la diagnosi, la farmacoterapia e la sua valutazione, ma non si è pronunciato affatto né sulla capacità lavorativa dell'assicurato nella professione abituale né tanto meno in altre attività adeguate al suo stato di salute. Va qui osservato ancora che in virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). In concreto l'insorgente è venuto meno all'obbligo di comprovare le sue allegazioni. In effetti, rinviando semplicemente a dei succinti referti del 2016 per quanto concerne la patologia somatica, già vagliati sia dalla Cassa malati sia dall'Ufficio AI, e al rapporto del 24 maggio 2016 del dr. med. \_\_\_\_\_ per la problematica psichiatrica - l'Ufficio AI si è altresì confrontato con il certificato del 9 agosto 2016 dello psichiatra curante, tuttavia non prodotto dal ricorrente -, l'assicurato ha preteso, anche a seguito della ricezione del progetto di decisione dell'assicurazione invalidità, di essere in misura continuativa inabile al lavoro al 100% anche dopo il mese di luglio 2016. Esso si è però limitato a contestare la valutazione e l'agire della Cassa malati e, come visto, non ha saputo comprovare le sue lamentele, visto che i rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_ non forniscono un quadro clinico delle sue condizioni, ma si esprimono solo sulla sua capacità lavorativa ritenendola del 100%. Inoltre, la perizia del 30 maggio 2016 del reumatologo dr. \_\_\_\_\_ non è stata messa in discussione da nessuno specialista, così come il parere del 14 settembre 2016 dello psichiatra dell'SMR dr. med. \_\_\_\_\_, ultimo disponibile in ordine di tempo. Di conseguenza, nell'evenienza concreta, rispecchiando la perizia psichiatrica del dr. med. \_\_\_\_\_ tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza in ambito di valore probatorio di rapporti medici ed in particolare di una valutazione psichiatrica, questo Tribunale non può quindi che confermare le conclusioni dello specialista attivo presso il Servizio Medico Regionale a cui si appoggia l'Ufficio assicurazione invalidità per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni (art. 59 LAI). Stante quanto precede, lo scrivente Tribunale fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, ritenendolo quindi inabile al lavoro al 100% dal 30 aprile 2014 in qualsiasi attività, mentre al 50% dal 21 aprile 2016 in attività adeguate dove possa svolgere attività fisiche medio-leggere che gli permettano di cambiare frequentemente posizione, che

non richiedano particolari sforzi per la colonna vertebrale e il sollevamento delle braccia al di sopra dell'orizzontale. 2.8. Ritenuta dunque un'abilità lavorativa del 50% in attività confacenti allo stato di salute dell'assicurato, occorre verificare, 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 Sozial-versicherungsrecht, 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 LPGGA), come nel caso di specie, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno (art. 21 LPGGA) 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 a quel momento abile al lavoro al 100% in attività adeguate, un termine di adattamento di 5 mesi per cambiare occupazione (fino al 30 giugno 2016). 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).

### **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. 4**

Sindrome lombovertebrale cronica su discrete alterazioni degenerative a livello L4/L5 e L5/S1. L'esperto ha altresì individuato uno sviluppo ansio-depressivo reattivo attualmente in trattamento specialistico quale diagnosi non reumatologica con possibile ripercussione sulla capacità lavorativa. Nella sua valutazione il perito reumatologo ha evidenziato che a seguito dell'infortunio sul lavoro avvenuto il 30 aprile 2014 l'assicurato ha iniziato a lamentare dolori dapprima al ginocchio e alla spalla destra, quindi diffusi dolori al sistema locomotore, di carattere almeno in parte infiammatorio. L'interessato è stato operato sia alla spalla destra sia al ginocchio destro per una lesione meniscale. Anche la spalla sinistra è stata operata. Ad ogni modo, l'interessato continuava a lamentare dolori alle spalle, alla colonna vertebrale, al ginocchio destro e ai piedi, tanto da fare fatica a camminare e a muoversi. All'esame medico il perito ha trovato un assicurato ben collaborante, ma un po' depresso e dimostrativo. I movimenti di entrambe le spalle erano limitati parzialmente e dolenti, discreta tumefazione del ginocchio destro, senza però un chiaro versamento articolare. D'avviso del reumatologo, i diffusi dolori lamentati erano primariamente riconducibili alla oligoartrite, mentre non riteneva che le patologie degenerative alle spalle, al ginocchio destro e alla colonna vertebrale potessero sufficientemente spiegare tali disturbi. Egli ha inoltre osservato che gli interventi alle spalle e al ginocchio sinistro hanno portato a un solo minimo miglioramento. Il reumatologo ha quindi ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro dall'aprile 2014 all'aprile 2016 in qualsiasi attività, mentre dal maggio 2016 risultava abile al 60% (5-6 ore al giorno) in attività fisicamente medio-leggere, che gli permettessero di cambiare frequentemente posizione, che non richiedessero particolari sforzi per la colonna vertebrale e il sollevamento delle braccia al di sopra dell'orizzontale. Il perito ha indicato che l'interessato avrebbe potuto lavorare come magazziniere o custode, inserviente presso un distributore di benzina, operaio in fabbrica. D'avviso dello specialista, una reintegrazione professionale risultava difficile vista la subentrata cronicizzazione dei dolori, la sua età, l'assenza di una particolare formazione professionale, la minima formazione scolastica e la difficile situazione del mercato del lavoro. Peraltro, secondo il perito la terapia in atto non era adeguata per la sua spondilartrite, dato che la dose di Methotrexate era sicuramente insufficiente. Una presa a carico da parte di un reumatologo era quindi consigliata. Infine, l'esperto reumatologo interpellato dall'Ufficio AI ha rilevato che l'assicurato negli ultimi mesi ha sviluppato un'evidente sindrome depressiva reattiva, dovuta in parte ai dolori cronici e in parte all'impossibilità di riprendere a svolgere la sua precedente professione, con le conseguenti difficoltà finanziarie. Per questo sviluppo depressivo l'interessato era già in cura specialistica e a suo dire questo stato di cose avrebbe potuto pure influire almeno parzialmente sulla sua capacità lavorativa e sulla reintegrazione nel mondo del lavoro. Per questi motivi, la prognosi valetudinaria rimaneva incerta. Pendente causa questo Tribunale ha richiamato dall'Ufficio AI le perizie esperite, così pure i rapporti del medico SMR. Oltre all'esposto referto del reumatologo dr. med. \_\_\_\_\_, già agli atti della Cassa malati, al TCA è pervenuto il rapporto finale SMR con esame finale. Infatti, il 14 settembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha peritato l'assicurato e nel suo referto di pari data ha esposto lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia psicofarmacologica, ha indicato la terapia farmacologica attuale, la descrizione della giornata, dei disturbi soggettivi e dello status dell'assicurato. Lo specialista ha posto la diagnosi di episodio depressivo di media gravità (ICD-10: F32.1) e ha concluso che l'interessato è affetto da una patologia psichiatrica che gli causa una inabilità lavorativa, insorta verosimilmente reattivamente alla perdita del lavoro. L'esperto ha stimato con

verosimiglianza preponderante che la patologia psichiatrica abbia determinato un'inabilità lavorativa del 100% nell'attività abituale e del 50% in attività adeguate alle condizioni di salute psichica, in entrambi i casi dal 21 aprile 2016. Nelle mansioni consuete l'inabilità era del 20%. Infine, per il medico SMR le incapacità lavorative per patologia psichiatrica non erano da sommare alla incapacità lavorativa determinata dalle patologie somatiche. Considerato poi che l'assicurato si è dichiarato disponibile ad accettare le cure proposte dal medico psichiatra curante, secondo il dr. med. \_\_\_\_\_ nell'arco di sei mesi ciò avrebbe comportato con ottime probabilità la risoluzione dell'episodio depressivo in atto. Pertanto, le cure erano da ritenere esigibili. I medici SMR dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, preso atto della perizia reumatologica esterna del 19 maggio 2016, dell'esposto esame medico psichiatrico esperito presso il Servizio Medico Regionale e dei pareri del medico psichiatra curante dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 14 settembre 2016 (doc. XII/4) hanno posto la diagnosi principale di spondiloartrite indifferenziata trattata con Methotrexate e quali ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: Omalgie croniche bilaterali in esiti di CDR alla spalla destra. Gonalgia cronica a destra in esiti di trauma distorsivo del ginocchio il 30 aprile 2014. Sindrome lombovertebrale cronica su discrete alterazioni degenerative L4/L5 e L5/S1. Episodio depressivo di media gravità (ICD-10: F32.1). L'assicurato è stato ritenuto inabile al 100% in qualsiasi attività e nello svolgimento delle mansioni consuete dal 30 aprile 2014 fino al 20 aprile 2016, dopodiché è stata stabilita un'inabilità lavorativa del 50% in attività adeguate dal 21 aprile 2016, ossia dalla presa a carico psichiatrica, e del 30% come casalingo dal maggio 2016. Nel rispetto di determinati limiti funzionali era dunque adeguata un'attività fisicamente medio-leggera che permettesse all'assicurato di cambiare frequentemente posizione, che non richiedesse 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), nonché lavori che non richiedessero il sollevamento delle braccia al di sopra dell'orizzontale. Per la patologia psichiatrica, v'era una ridotta capacità di concentrazione, difficoltà nell'organizzazione dei compiti, ridotta capacità di adattamento ai cambiamenti delle situazioni, ridotta capacità di utilizzare le proprie competenze, ridotta persistenza. Sulla scorta di queste indicazioni mediche, l'Ufficio AI ha proceduto al calcolo economico della perdita di guadagno dell'assicurato. Nel suo progetto di decisione del 19 aprile 2017 (doc. XII/2) l'amministrazione ha stabilito che l'assicurato ha diritto a una rendita intera con grado AI del 100% dal 1° aprile 2015 (dopo un anno di attesa dall'insorgenza dell'incapacità lavorativa), mentre dal 1° agosto 2016 (ossia tre mesi dopo il miglioramento delle sue condizioni di salute) egli ha diritto a una mezza rendita di invalidità (grado AI del 57%). Con il progetto di decisione del 2 giugno 2017 l'Ufficio AI gli ha attribuito tre quarti di rendita (grado AI del 60%). Ciò stante, il ricorrente ha preteso il riconoscimento di indennità giornaliera per malattia in misura del 100% dal mese di luglio 2016 fino alla scadenza dei 720 giorni, mentre la Cassa malati ha sottolineato come l'assicurato risulti abile al 50% dal 2016. 2.6. Il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Per la valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri

parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "

#### **E. 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). 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. Per la determinazione della perdita di guadagno la Cassa malati ha utilizzato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito di Fr. 67'579.- che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2015 senza il danno alla salute nella professione precedente di gessatore al 100% (reddito da valido), con quello di Fr. 60'988.- risultante da un'ipotetica attività leggera e ripetitiva svolta al 100% nel 2015 (reddito da invalido) a cui ha apportato una deduzione del 15% per motivi personali (Fr. 51'839,80), per ottenere una perdita di guadagno del 23%. L'assicuratore malattie si è basato sull'annuncio di malattia del 21 dicembre 2015 del datore di lavoro dell'assicurato per stabilire il reddito da valido, mentre è partito dalla Tabella TA1 2010 per determinare il reddito ipotetico da invalido del 2015. Anche l'Ufficio assicurazione invalidità ha analizzato l'aspetto economico. Nel nuovo progetto di decisione l'amministrazione del 2 giugno 2017 ha calcolato per l'anno 2016 una perdita di guadagno del 60% e quindi un grado di invalidità di tre quarti, ritenendo una capacità lavorativa residua del 50% e una riduzione per motivi personali del 20%. L'amministrazione si è fondata su un reddito da valido stabilito in base alla media dei salari percepiti dal ricorrente nel corso dei 12 mesi antecedenti il danno alla salute (Fr. 66'760,40 da maggio 2013 ad aprile 2014) e su un reddito da invalido realizzabile nel 2015, secondo la Tabella TA1 2014 che, riportato su 41,7 ore settimanali, ammonta a Fr. 66'944,94. Considerando un'attività al 50% ed effettuando una riduzione dal reddito da invalido del 20% per attività leggere e per altri fattori di riduzione, ne deriva un reddito da invalido di Fr. 26'777,98. 2.11. Riguardo al reddito da valido , ossia il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire prima che sorgesse il danno alla salute, va rilevato che il ricorrente è stato assunto il 22 aprile 2013 come gessatore al 100% con un contratto a tempo indeterminato. Quando ha avuto l'infortunio, il 30 aprile 2014, rispettivamente quando è iniziata la malattia, il 1° agosto 2015, l'assicurato era ancora alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_, che il 17 marzo 2016 (doc. G) l'ha licenziato per il 30 aprile 2016 (doc. 21 pag. 2). Fino al 30 giugno 2016 l'assicurato ha ricevuto delle indennità giornaliere dapprima dall'assicuratore infortuni, poi dalla Cassa malati per perdita di guadagno in caso di malattia. Pendente causa il TCA ha richiamato dalla Cassa malati i documenti necessari a stabilire il reddito da valido dell'assicurato (doc. XVIII). Dagli atti pervenuti (doc. XIX) si deve ritenere che il reddito da valido corrisponde alla media dei salari percepiti dal

ricorrente nell'anno precedente l'insorgenza del danno e quindi da maggio 2013 ad aprile 2014. Infatti, come risulta chiaramente dalla "Panoramica annuale per tipo salario 2014" (doc. XIX/7), dal mese di maggio 2014 le successive entrate dell'assicurato erano sotto forma di indennità giornaliera versate dall'assicuratore infortuni. In seguito, dal mese di settembre 2015 la "Panoramica annuale per tipo salario 2015" (doc. XIX/8) riporta che è la Cassa malati che ha poi versato le indennità giornaliera per malattia. Tuttavia, queste indennità non sono rappresentative del reddito che l'assicurato riceveva senza il danno alla salute, perciò ci si deve riferire unicamente ai salari mensili incassati dal ricorrente. Basandosi quindi sullo stipendio lordo conseguito dal ricorrente prima che sorgesse il danno alla salute, si deve sommare il salario lordo versatogli da maggio 2013 (il mese di aprile egli ha lavorato solo una settimana e quindi non è rappresentativo) ad aprile 2014 che risulta dalle summenzionate tabelle, per ottenere un reddito medio annuo di Fr. 73'458,20 (Fr. 51'631,20 [da maggio a dicembre 2013] + Fr. 21'827.- [da gennaio ad aprile 2014]). Tuttavia, da questa somma vanno dedotti gli assegni per i figli agli studi (Fr. 2'150.- + Fr. 2'000.- [2013] + Fr. 2'000.- [2014]) e le indennità per vitto (Fr. 1'660,40 [2013] + Fr. 855,40 [2014]) non avendo carattere di reddito e quindi non facendo parte del reddito da lavoro in senso stretto (STCA 36.2016.59 del 14 novembre 2016; STCA 32.2014.124 del 6 agosto 2015; STCA 36.2009.122 del 22 settembre 2009; STCA 32.2008.149 del 23 aprile 2009). Per quanto concerne le indennità per la tredicesima, maturate sui 12 mesi di attività lucrativa (Fr. 3'626,50 [2013] + Fr. 1'968.- [2014]), dalla tabella panoramica annuale risulta che per il 2013 sono state versate insieme al salario lordo di dicembre, mentre per l'anno 2014 sono state versate all'assicurato con le indennità giornaliera per infortunio per il mese di dicembre. Ritenuto però che l'ammontare di Fr. 1'968.- è maturato sull'attività lucrativa svolta dall'assicurato da gennaio ad aprile 2014, occorre quindi aggiungere tale importo ai salari che egli ha conseguito durante quei quattro mesi lavorativi (Fr. 21'827.-). Si ottiene così, per 13 mensilità, un reddito lordo annuo pari a Fr. 66'760,40. Dovendo però porsi al momento in cui l'interessato dovrebbe (continuare a) ricevere le indennità giornaliera (luglio 2016), 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 2014 ed il 2015 nel settore delle costruzioni (ramo economico F/41-43) corrisponde per gli uomini a una variazione annua dello -0,2% (c fr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Di conseguenza, nel 2015 il reddito da valido sarebbe stato di Fr. 66'626,88 (Fr. 66'760,40 - [Fr. 66'760,40 x 0,2 : 100]). La variazione dal 2015 al 2016 è stata invece dello 0,4%, perciò nel 2016 il reddito da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire sarebbe ammontato a Fr. 66'893,39 (Fr. 66'626,88 + [Fr. 66'626,88 x 0,4 : 100]). 2.12. 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. 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. 5.4**

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. 5.2 pag. 73 seg.).

### **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 ha tenuto conto di una deduzione del 15%, mentre l'Ufficio AI, nel suo recente progetto di decisione che annulla e sostituisce il precedente del 19 aprile 2017 con cui aveva ritenuto una deduzione del 15%, l'ha fissata ora al 20% (5% per attività leggera e 13% per altri motivi, arrotondando poi il totale al 20% in virtù della summenzionata giurisprudenza). Il TCA sostituisce eccezionalmente il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione malattia, visto che il medico SMR ha ritenuto esservi delle limitazioni funzionali di carico potendo svolgere l'assicurato un'attività 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 non ergonomiche), nonché lavori che permettano di cambiare frequentemente posizione e che non richiedano il sollevamento delle braccia sopra l'orizzontale. Anche dal profilo psichico vi sono delle limitazioni, vista la ridotta capacità di concentrazione, la difficoltà nell'organizzazione dei compiti, la ridotta capacità di adattamento ai cambiamenti delle situazioni, la ridotta capacità di utilizzare le proprie competenze e la ridotta persistenza. 2.15. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2016 a Fr. 67'032,65 va ritenuto nella misura del 50% ( Fr. 67'032,65 x 50 : 100 = Fr. 33'516,33) stante la ridotta capacità lavorativa residua esigibile dell'assicurato (la Cassa malati, basandosi sul parere del suo medico fiduciario, ha inizialmente considerato un'esigibilità del 100%, mentre per il TCA hanno invece prevalso la perizia reumatologia e l'esame psichiatrico dell'SMR, il quale ha ritenuto l'assicurato abile al 50% in altre attività adeguate, soluzione a cui ha infine aderito in sostanza anche la Cassa malati, doc. XVI). In seguito questo nuovo reddito va diminuito del 20% per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così l'importo di Fr. 26'813,06 (Fr. 33'516,33 - [ Fr. 33'516,33 x 20 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 66'893,39 corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 per l'attività di gessatore esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque un'incapacità al guadagno del 59,91% ([Fr. 66'893,39 - Fr. 26'813,06] : Fr. 66'893,39 x 100), che va arrotondata al 60% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. 2.16. Questa incapacità al guadagno (ossia il danno residuo o grado d'invalidità), determinata confrontando il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2016 se non fosse intervenuta la malattia con il reddito che egli avrebbe potuto percepire nel 2016 svolgendo al 50% un'attività confacente al suo stato di salute, è superiore al grado del 25% richiesto dalle CGA (art. 7.1.5). In queste

circostanze, dal 1° luglio 2016 l'assicuratore malattia dovrà versare al ricorrente delle indennità giornaliere del 60 % 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. 2.17. Con il suo ultimo scritto del 9 maggio 2017 (doc. XIV) il ricorrente ha preteso il riconoscimento di un interesse del 5% dall'agosto 2016 ad oggi sulle indennità giornaliere del 100% che, a suo dire, gli spetterebbero. Per l'art. 1 cpv. 1 LAMal le disposizioni della legge federale del

## **E. 6**

ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Ai sensi dell'art. 26 LPGA, applicabile al caso di specie trattandosi di una richiesta di versamento di una prestazione della LAMal (Kieser, ATSG-Kommentar, 3a edizione, 2015, n. 87 ad art. 26, pag. 421): "(...) 1 I crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi e sigui e termini di breve durata. 2 Sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. 3 Se i ritardi sono causati da assicuratori esteri non sono dovuti interessi di mora. 4 Non hanno diritto a interessi di mora: a. la persona avente diritto alle prestazioni o i suoi eredi, se le prestazioni sono versate retroattivamente a terzi; b. i terzi che hanno versato anticipi o fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 e ai quali le prestazioni accordate retroattivamente sono state cedute; c. le altre assicurazioni sociali che hanno fornito prestazioni anticipate ai sensi dell'articolo 70." . Con sentenza 9C\_903/2013 del 30 gennaio 2014 il TF ha rammentato al consid. 7.2 che ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. Il diritto è fatto valere nel momento in cui è rivendicato ai sensi dell'art. 29 LPGA (Kieser, op. cit., n. 51-53 ad art. 26, pag. 414). A partire da questo momento l'assicuratore sociale ha 12 mesi di tempo per statuire. Ciò significa che esso è tenuto a versare interessi di mora sulle sue prestazioni soltanto alla doppia condizione che siano trascorsi 24 mesi dalla nascita del diritto e 12 mesi dalla sua rivendicazione (Kieser, op. cit., n. 45 [pag. 413], n. 49 [pag. 413-414] ad art. 26 LPGA). In concreto il diritto alle indennità giornaliere per malattia spettanti (ulteriormente) al ricorrente è sorto il 1° luglio 2016 (fino al 30 giugno 2016, infatti, tale diritto era già stato riconosciuto dalla Cassa malati con la decisione su opposizione impugnata) e soltanto il 9 maggio 2017 l'assicurato ha chiesto al Tribunale che gli si riconoscano degli interessi del 5%. In queste circostanze, le summenzionate condizioni dell'art. 26 LPGA non sono adempiute, perciò non si fa luogo all'attribuzione di interessi sull'ammontare delle indennità giornaliere che la Cassa malati resistente deve versare all'insorgente in virtù delle considerazioni esposte. 2.18. Stanti le considerazioni esposte, il ricorso deve dunque essere parzialmente accolto e, pertanto, essendo parzialmente vincente in causa e rappresentato da RA 1, al ricorrente vanno riconosciute delle ripetibili ridotte (art. 61 lett. g LPGA).