

TI_GERICHTE 36.2017.74 vom 25. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.74

FR: TI_GERICHTE 36.2017.74 du 25 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2017.74 del 25 gennaio 2018

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 degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal .

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. Secondo il nuovo cpv. 1bis dell'art. 72 LAMal, introdotto dal 1° gennaio 2016, le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGGA). 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'art. 67 LPGGA 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). In virtù dell'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'art. 78 LAMal e l'art. 69 LPGGA, 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. 4. Secondo la giurisprudenza sviluppata in base all'art. 12bis cpv. 1 LAMI – giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) – è considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute

(DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b; Maurer , Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Tomo I, pag. 286 segg.). L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGA (sentenza del 22 giugno 2004, U 193/03, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. L'incapacità di lavoro è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (Scartazzini , Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 228). L'incapacità di guadagno si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione malattia vige il principio – già comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente esigibili. Del resto, deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina, questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter , Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata). Infine, il fatto di essere assicurato per un'indennità giornaliera di un determinato importo e di avere pagato i relativi premi non conferisce ancora il diritto al versamento della somma assicurata in caso di incapacità lavorativa (DTF 110 V 322 consid. 5, 105 V 196; RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1987 no. K 742 pag. 275 consid. 1, 1986 no. K 702 pag. 464 consid. 2a; Eugster , Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 539). Occorre infatti ancora che l'assicurato subisca una perdita di guadagno in misura tale da giustificare il pagamento dell'importo assicurato (RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1998 no. KV 43 pag. 421 consid. 2a; STF 4A_344/2007 dell'11 marzo 2008 consid. 3.3; STFA K 146/03 del 4 maggio 2004 consid. 3.1). In caso di sovraindennizzo, le prestazioni assicurate possono

essere ridotte conformemente agli art. 78 cpv. 2 LAMal e 122 OAMal. 5. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti risulta che dal 3 giugno 2016 l'assicurato risulta inabile al lavoro al 100%. Il medico curante, dottor _____ di _____, ha certificato la sua malattia da quel giorno e per i mesi seguenti, indicando la diagnosi di polineuropatia sensitivo-motoria agli arti inferiori in paziente affetto da diabete mellito in insulino terapia (docc. 6, 8, 11, 13, 18, 21, 26-29, 34, 41, 43). Dalla visita medico fiduciaria effettuata il 6 luglio 2016 (doc. D) dal dr. med. _____, FMH medicina interna, su mandato della Cassa malati, risulta che l'insorgente lamentava dolori alla fascia plantare del piede destro, che poi si sono estesi anche alla fascia plantare sinistra, e al ginocchio destro. L'elettro-neurografia agli arti inferiori del 10 giugno 2016 (doc. 5) ha evidenziato una neuropatia sensitivo motoria demielinizzante. Dall'esame clinico effettuato sono emerse una disestesia nella regione tibiale destra e plantare bilateralmente, deficit di forza simmetrico agli arti inferiori e deambulazione con instabilità e utilizzo di una stampella per l'appoggio destro. Il medico fiduciario ha osservato che l'esame clinico era compatibile con una polineuropatia che era da accertare. Egli ha ritenuto giustificata l'incapacità lavorativa presente dal 3 giugno 2016, ma ha osservato che non era possibile esprimersi clinicamente in merito alla prognosi. Nelle sue osservazioni il medico internista ha indicato un esordio di polineuropatia periferica in paziente diabetico, che l'esame clinico era coerente con quanto descritto nell'anamnesi, che soggettivamente il limite doloroso era localizzato agli arti inferiori e nella fascia plantare e che l'attività lavorativa non era possibile per instabilità e dolore. Infine, lo specialista interpellato dalla Cassa malati ha affermato che " Ritengo che l'Assicurato necessiti di valutazione neurologica specialistica si affida ovviamente al curante ogni provvedimento diagnostico terapeutico. Propongo di aggiornare l'incarto medico presso il curante nelle prossime due settimane. ". Il 25 agosto 2016 (doc. 12) il dott. _____, medico chirurgo, specialista in ortopedia e traumatologia, ha diagnosticato un'artralgia alla gamba destra e il diabete, indicando in particolare dolore mesopiede destro e ginocchio destro e consigliando quindi una radiografia sia al piede sia al ginocchio destro, così pure un'ecodoppler alla gamba destra. Questi esami radiologici sono stati eseguiti il 13 settembre 2016 (doc. 14), a seguito dei quali è stata consigliata una TAC (doc. 15), che ha avuto luogo il 5 ottobre 2016 (docc. 16 e 17). Il 2 (docc. 19 e 20), il 18 (docc. 23 e 24) e il 24 novembre 2016 (doc. 25) l'assicurato è stato visitato presso _____ per la problematica del diabete e nei relativi referti è indicato che è affetto da diabete mellito di tipo II dal 2011 circa, complicato da neuropatia periferica. L'8 novembre 2016 (doc. 22) l'interessato si è sottoposto a una risonanza magnetica alla tibia destra. Su invito della Cassa malati, il 14 febbraio 2017 la dr.ssa med. _____, FMH medicina interna, specialista in endocrinologia e diabetologia, ha visitato il ricorrente e nel suo referto del 16 febbraio 2017 (doc. E) ha esposto l'anamnesi indicando i dati medici e i dati sociali, la terapia antidiabetica in atto e gli esiti dell'esame clinico effettuato, compreso degli esami del sangue eseguiti quel giorno. Quale diagnosi la specialista ha indicato un diabete di tipo II noto da cinque anni, insulinotrattato dal settembre 2016, a quel momento ottimamente compensato e correttamente trattato con una farmacoterapia orale, ma complicato da una neuropatia sensitivo-motoria agli arti inferiori. Essa ha rilevato che non erano evidenziabili complicazioni invalidanti sul piano clinico degli organi bersaglio; erano chiaramente assenti una nefropatia come anche una retinopatia. Per quel che concerne la diagnosi di neuropatia sensitivo-motoria agli arti inferiori, la diabetologa ha affermato che " sia l'esame clinico eseguito al momento della perizia che l'anamnesi (assenza di sintomi chiari di neuropatia), non permettono di ritenere questa diagnosi significativa sul piano clinico e quindi

invalidante. I dolori e la limitazione alla marcia sono dovuti a una fascite del piede destro e al fibroma non ossificante della tibia destra, non sicuramente e chiaramente imputabili al diabete. Per quel che concerne quindi il diabete, non ritengo che esso possa essere stato la causa dell'inabilità lavorativa né che attualmente limiti la capacità lavorativa dell'assicurato come muratore carpentiere. ". L'esperta ha però evidenziato come fosse imperativo che, vista la terapia ipoglicemizzante, con l'insulina l'assicurato potesse misurare regolarmente durante la sua giornata lavorativa le glicemie (a metà mattina, prima di pranzo e a metà pomeriggio) e assumere carboidrati per correggere eventuali ipoglicemie in qualsiasi momento. In un secondo momento l'interessato avrebbe potuto effettuare questi controlli in modo meno stringente, ma comunque doveva potere misurare la glicemia in qualsiasi momento, poiché nella sua professione i sintomi di ipoglicemia possono essere molto pericolosi. La diabetologa ha così precisato che le uniche limitazioni in relazione al diabete erano legate alla possibile insorgenza di ipoglicemie che necessiterebbero l'assoluta e urgente correzione. In assenza di complicazioni severe, in particolare a livello degli occhi o di una neuropatia vegetativa, la sua attività poteva essere svolta in misura del 100%. Erano pertanto esigibili teoricamente 8 ore di lavoro al giorno, ma considerata la necessità di misurare la glicemia, soprattutto alla ripresa dell'attività lavorativa più volte al giorno, l'esigibilità era di 7 ore e mezzo dal 23 febbraio 2017 (data di ripresa del lavoro già fissata), senza limitazioni. Infine, v'era un ampio margine farmacologico per eventualmente modificare la presa a carico del diabete se si fosse osservato uno scompenso metabolico, ma a quel momento lo stato di salute era stabilizzato. A seguito del tentativo di ripresa lavorativa, che è durato soltanto due giorni (il 23 e il 24 febbraio 2017) a causa dei dolori agli arti inferiori, su invito della Cassa malati (doc. 32) il 21 marzo 2017 (doc. F) il dottor _____ ha reso un referto dettagliato sullo stato di salute dell'assicurato, certificando una nuova inabilità lavorativa dal 27 febbraio 2017 a causa delle algie e della parestesia agli arti inferiori o dei deficit di forza durante il lavoro. Ricordata la diagnosi di polineuropatia sensitivo-motoria demielinizante su diabete mellito di tipo II in terapia insulinica, patologia che ha la possibilità di complicanze e riacutizzazioni e fasi di scompenso e pertanto limita l'interessato ad attività fisicamente non impegnative, il curante ha tuttavia lasciato il compito di definire il grado di inabilità lavorativa agli specialisti nella medicina del lavoro, sebbene in precedenza, il 5 gennaio 2017, egli avesse già segnalato la situazione di cronicità e avesse suggerito una possibile ripresa del lavoro al 50%/60% con carichi lavorativi leggeri. Chiamata a pronunciarsi, sulla base di quest'ultimo referto, per sapere se dal suo precedente esame personale dell'assicurato del febbraio 2017 erano subentrati nuovi elementi medici atti a giustificare la continuazione totale dell'inabilità lavorativa (doc. 35), il 5 aprile 2017 (doc. G) la dr.ssa med. _____ ha affermato che " Per quel che concerne la mia valutazione peritale e quindi la capacità lavorativa dell'assicurato, queste non si trovano modificate dagli elementi esposti dal dottor _____. ". La specialista ha quindi concluso che " Confermo che il diabete non limita in maniera significativa la capacità lavorativa dell'assicurato della sua attuale attività o in qualsiasi altra attività lavorativa. ". Alla decisione formale del 7 aprile 2017 (doc. H) con cui CO 1 ha stabilito che dal 23 febbraio 2017 non avrebbe più versato delle prestazioni di indennità giornaliera, ha fatto seguito l'opposizione dell'assicurato che, a sostegno della sua tesi, ha prodotto il rapporto dell'8 maggio 2017 (doc. L) del dr. _____. L'ortopedico ha ricordato che l'interessato era affetto da diabete e discreta gonartrosi bilaterale, lamentava dolori, astenia e disturbi di sensibilità agli arti inferiori che ne impedivano il lavoro. Da un esame obiettivo l'assicurato presentava una gonalgia bilaterale accentata dalla palpazione al comparto

interno e femoro rotuleo in ginocchio varo, non versamento articolare e ginocchio destro e sinistro stabile; ipoestesia netta diffusa agli arti inferiori bilateralmente, maggiormente a destra. Dalla radiografia alle ginocchia è emersa una discreta artrosi, mentre dalla visita neurologica del 26 aprile 2017 è stata riscontrata una sospetta polineuropatia agli arti inferiori. L'elettroencefalografia agli arti inferiori effettuata il giorno dopo ha dato un risultato compatibile con una polineuropatia prevalentemente sensitiva demielinizzante agli arti inferiori, diagnosi confermata durante la visita neurologica di controllo del 5 maggio 2017. In conclusione per l'ortopedico, in quelle condizioni, in presenza di gonalgia bilaterale degenerativa e con importanti disturbi della sensibilità e astenia agli arti inferiori in verosimile polineuropatia su base diabetica, sia pure ancora in fase di completamento diagnostico, era evidente che l'assicurato non era in grado di svolgere il proprio lavoro di carpentiere/muratore neppure parzialmente. Pertanto, l'interessato rimaneva inabile al lavoro al 100% fino al termine degli accertamenti intrapresi. Anche questo referto è stato trasmesso alla dr.ssa med. _____ per una presa di posizione (doc. 44), la quale il 16 giugno 2017 (doc. 47) ha osservato che “ Per quel che concerne l'evoluzione del diabete, nel suo aspetto metabolico, non sono eruibili elementi che facciano pensare ad uno scompenso glicemico. Quindi il diabete in sé non limita la capacità lavorativa. ”. Per quel che concerne invece “ la polineuropatia prevalentemente sensitiva demielinizzante agli arti inferiori, nota da più anni ”, per la diabetologa “ non sono evidenziabili nel rapporto del dottor _____ elementi nuovi che modifichino l'influsso di tale patologia sulla capacità lavorativa dell'assicurato. ”. Pertanto, essa ha confermato la sua valutazione contenuta nel rapporto del 16 febbraio 2017. Questa conclusione ha portato la Cassa malati a ribadire la soppressione del riconoscimento di indennità giornaliera con l'emanazione della decisione su opposizione. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto tre nuovi referti medici. Il primo è stato allestito il 21 luglio 2017 (doc. O) dal dottor _____, medico chirurgo specialista neurologo, psichiatra e psicoterapeuta di _____, che nell'anamnesi ha elencato ipertensione arteriosa, fascite plantare al piede destro, diabete mellito da 5 anni trattato con insulina con attualmente un buon controllo della glicemia. Nella sintomatologia soggettiva lo specialista ha indicato che l'assicurato lamentava dolori agli arti inferiori e in particolare al piede destro, con formicolii e alternanza di senso di caldo e di freddo ad ambedue gli arti, in particolare durante la notte; camminava con difficoltà di sera e su terreni irregolari. Dall'esame obiettivo neurologico non sono risultati disturbi psicopatologici in atto, non deficit di forza muscolare ai quattro arti, prove tallone-ginocchio difficoltose a occhi chiusi, i riflessi plantari non erano patologici. All'esplorazione delle sensibilità è stata rilevata un'ipoestesia bilaterale a “calzino” a partire dal terzo medio ad ambedue gli arti, riduzione della sensibilità termo dolorifica e pallestesia praticamente assente bilateralmente agli arti inferiori. È risultata molto dolorosa la stimolazione con ago alla regione plantare, specialmente lateralmente, del piede destro. Nelle conclusioni l'esperto ha affermato che gli esami strumentali (ECG del 27 aprile 2017) e l'esame obiettivo depongono chiaramente per una polineuropatia prevalentemente sensitiva agli arti inferiori. A suo dire, era più che evidente la compatibilità e il nesso causale con la malattia diabetica, peraltro trattata in modo insoddisfacente per anni, tanto più che non risultavano altre ragionevoli cause possibili per l'attuale situazione patologica parzialmente invalidante. Anche la fascite plantare poteva essere stata indotta e dai disturbi di sensibilità e da una non corretta deambulazione causata e rinfocolata dalla neuropatia periferica. Il secondo certificato, allestito il 22 luglio 2017 (doc. P) dal dottor _____, specialista in diabetologia, indica che l'interessato era affetto da obesità (BMI 30,11),

diabete mellito di tipo II attualmente in terapia, ipertensione arteriosa, neuropatia diabetica, vasculopatia TSA con iperplasia intimale diffusa. A suo dire il compenso glicemico non era adeguato, nella norma il profilo lipidico, normale la creatinina, la pressione 150/85 non era adeguata, assenza di retinopatia diabetica, russava di notte (probabile OSAS). Per quanto riguarda la neuropatia periferica, documentata da EMG, il diabetologo ha osservato che obiettivamente si rilevava un iniziale atteggiamento a griffe delle dita dei piedi.

L'assicurato lamentava parestesie, disestesie e dolori agli arti inferiori, presenti anche di notte di tipo "sindrome delle gambe senza riposo". L'associazione OSAS/gambe senza riposo condizionava negativamente la qualità del sonno, impedendogli di essere ben riposato al mattino seguente. Secondo il medico curante questi disturbi erano sicuramente da correlare con la malattia diabetica e come tali erano invalidanti, soprattutto per chi compie lavori in cui l'equilibrio, la stabilità sulle gambe ed il corretto riposo notturno sono fundamentalmente importanti (visto che l'assicurato lavorava in altezza). Infine, il 28 luglio 2017 (doc. N) il dr. _____, medico chirurgo specialista in ortopedia, nell'anamnesi ha ribadito che l'assicurato era affetto da diabete, gonartrosi bilaterale e fascite plantare a destra, che lamentava dolori, astenia e che i disturbi di sensibilità agli arti inferiori gli impedivano di lavorare. La patologia diabetica è stata diagnosticata 5 anni prima, ma inizialmente non è stata trattata per due anni, ora invece con terapia idonea e da settembre 2016 con terapia insulinica. L'assicurato era altresì affetto da ipertensione. Il medico curante ha esposto la storia clinica recente del paziente dal 5 ottobre 2016 in poi – compresi gli ultimi due rapporti prodotti con il ricorso e qui riassunti – e gli esiti dell'esame clinico, riscontrando una gonalgia bilaterale accentata dalla palpazione al comparto interno e femoro-rotuleo in ginocchio varo, non versamento articolare e ginocchio destro e sinistro stabile con la Rom bilaterale 0-100°. Difficoltà netta nel salire e scendere le scale, ipoestesia netta diffusa agli arti inferiori bilateralmente maggiormente a destra, assenza di riflessi Rotuleo e Achilleo bilateralmente, non sicuri deficit stenici segmentari, ma tuttavia discreta esauribilità muscolare. Lasègue negativo, anca destra e sinistra non dolente, griffe iniziale delle dita dei piedi, dolore alla palpazione nella regione plantare destra, specie calcaneare in fascite plantare. Nell'esame della esigibilità lavorativa, l'ortopedico ha evidenziato che il sollevamento e/o trasporto di carichi fino a 5kg era ridotto, che la manipolazione di oggetti leggeri era quasi normale mentre di quelli medi era ridotta; l'assicurato poteva lavorare a braccia elevate in modo quasi normale, con rotazione, seduto e piegato in avanti la capacità era leggermente ridotta, in posizione eretta e piegata in avanti era ridotta, in posizione inginocchiata e con ginocchia in flessione era invece molto ridotta; l'assicurato poteva mantenere la posizione seduta non oltre un'ora senza interruzione, mentre la posizione eretta per non oltre 15 minuti senza interruzione. Infine, la capacità di camminare per tragitti brevi e medi era ridotta, per tragitti più lunghi, su terreni accidentati come pure salire/scendere le scale era molto ridotta. In conclusione, lo specialista ha affermato che l'assicurato era affetto da plurime patologie invalidanti che negli ultimi anni si sono aggravate. Egli risultava affetto da gonartrosi in ginocchio varo, obesità, ipertensione arteriosa, vasculopatia TSA con ipertrofia intimale, fascite plantare destra, Osas e diabete di tipo II non ben controllato e complicato da netta polineuropatia agli arti inferiori. Il tutto, ha rilevato il curante, come descritto dalle consulenze neurologiche, diabetologiche e ortopediche. In queste condizioni, a suo dire, così come risultava anche dall'esigibilità lavorativa, era evidente che l'interessato non poteva essere in grado di svolgere il proprio lavoro; pertanto, egli non concordava con le conclusioni tratte dalla dr.ssa _____, secondo cui l'assicurato era abile al 100% per 7 ore 30 minuti. Egli

presentava infatti dolori agli arti inferiori, gonartrosi, fascite plantare, obesità e instabilità, minor equilibrio e moderata ipostenia agli arti inferiori su base di neuropatia diabetica. Pertanto, lavorare in queste condizioni che richiedono forza e stabilità, magari anche su ponteggi, avrebbe potuto essere molto difficile se non pericoloso per l'assicurato. Anche per altri lavori confacenti alle proprie condizioni fisiche quest'ultimo non sarebbe stato in grado di esercitare un'attività lavorativa con impegno al 100% per una durata oraria completa. Sarebbe stato sicuramente in grado di svolgere lavori leggeri, poco faticosi, senza spostamenti, senza necessità di equilibrio e per tempistiche più ridotte, sia per esauribilità muscolare sia per dolore sia ancora per controllo del proprio diabete. Ne risultava quindi uno stato di invalidità con minore capacità lucrativa. 6. In merito alla 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 con rinvii). 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, 1994, pag. 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 di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, 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).

7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato da CO 1 prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può confermare l'operato della Cassa malati. Infatti, se da un lato l'assicuratore malattia ha agito correttamente sottoponendo l'insorgente a una visita specialistica in ambito diabetologico, dall'altro lato non ha debitamente valutato anche l'aspetto somatico e quindi non ha (più) fatto esaminare l'assicurato da un neurologo o da un ortopedico. La stessa Cassa malati aveva inizialmente sottoposto l'assicurato – per di più dopo solo un mese dall'inizio dell'inabilità lavorativa – al vaglio del dr. med. _____, medico internista, il quale aveva correttamente individuato la necessità di valutare l'intere-ressato da un profilo neurologico. A tale proposito, nel suo parere del 6 luglio 2016 lo specialista ha chiesto che fosse il medico curante – e non la Cassa malati come erroneamente sostenuto dal ricorrente – ad occuparsi di questa questione (doc. D pag. 2: “ si affida ovviamente al curante ogni provvedimento diagnostico terapeutico ”), tanto che entro due settimane il medico curante avrebbe dovuto provvedere ad organizzare questi accertamenti specialistici (doc. D pag. 2: “ Propongo di aggiornare l'incarto medico presso il curante nelle prossime due settimane. ”). Dagli atti risulta inoltre che il 26 luglio 2016 (doc. 10) la Cassa malati ha ricordato all'assicurato che era tenuto all'obbligo di ridurre il

danno e quindi “ Considerato il tempo già trascorso per organizzare tale valutazione e visto il periodo di assenza dal suo domicilio indicato sopra, siamo disposti ad accordarle un ultimo termine per discuterne con il suo medico curante ed intraprendere quanto proposto dal nostro medico, informandoci entro il 31.8.2016 sulla data della visita specialistica prevista. ”. L’assicurato si è poi attivato e si è sottoposto a delle visite mediche sia per quanto concerne l’aspetto diabetologico sia ortopedico, mentre è solo prima del ricorso, e quindi un anno dopo l’inizio dell’inabilità lavorativa, che egli ha consultato un neurologo. Da parte sua, invece, la Cassa malati ha interpellato soltanto una specialista in diabetologia, malgrado tutte le persone intervenute nella valutazione dell’assicurato abbiano comunque rilevato dei disturbi agli arti inferiori: chi affermando fossero a tal punto debilitanti da non potere più esercitare un’attività lucrativa, chi concludendo che permettevano unicamente l’esercizio di attività leggere e senza spostamento e chi ancora che non riteneva fossero d’ostacolo a qualsiasi attività lavorativa o parzialmente. In presenza quindi anche di questi disturbi e, soprattutto, stanti le citate discrepanze di vedute fra i medici intervenuti, la Cassa malati avrebbe dovuto fare esaminare da uno specialista in materia la problematica fisica rilevata nell’assicurato. Pertanto, l’aver sottoposto alla dr.ssa med. _____ la questione della polineuropatia prevalentemente sensitiva agli arti inferiori non può portare il TCA a fare affidamento sui relativi referti peritali resi, non essendo infatti il medico di fiducia scelto dalla Cassa malati specialista in materia siccome diabetologa. In effetti, a fronte di valutazioni rilasciate da un ortopedico e da un neurologo, le valutazioni di medici non specialisti in materia non possono qui per giurisprudenza avere pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 36.2016.106 del 21 dicembre 2016; STCA 32.2015.76 dell’8 marzo 2016; STCA 32.2014.188 del 30 settembre 2015; STCA 36.2014.54 del 9 febbraio 2015; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.35 del 28 ottobre 2013; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012) . Da quanto precede discende che la documentazione prodotta non è sufficiente per potere permettere al Tribunale di trarre delle chiare e convincenti conclusioni sullo stato di salute dell’assicurato e per quanto concerne la questione del diabete e la problematica della polineuropatia prevalentemente sensitiva demielinizzante alle gambe. Di conseguenza, gli atti vanno rinviati alla Cassa malati affinché sottoponga il ricorrente ad un esame approfondito specialistico in campo neurologico e/o ortopedico per potere accertare la sua capacità lavorativa in presenza dei disturbi agli arti inferiori. L’opinione medica in questo ambito dovrà evidentemente essere contestualizzata alla problematica diabetica, perciò il referto finale dovrà essere concertato fra due o più specialisti in materia (ortopedico e/o neurologo e diabetologo). Solo a quel punto CO 1 potrà emanare una nuova decisione sul diritto alle indennità giornaliere dell’insorgente a decorrere dal 23 febbraio 2017. 8. Il ricorso deve dunque essere accolto e gli atti rinviati alla Cassa malati per procedere come indicato. Vincente in causa e rappresentato da un sindacato, al ricorrente vanno attribuite delle ripetibili (art 61 lett. g LPGa).