

## **TI\_GERICHTE 36.2020.31 vom 11. Januar 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-01-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2020.31](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.31)

FR: TI\_GERICHTE 36.2020.31 du 11 janvier 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2020.31 del 11 gennaio 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGA). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). 2.3. Per quanto concerne l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera, l'art. 67 LAMal prevede che: " 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. 2 Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. 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." Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. L'art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che 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 LPGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGA non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità

giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGa, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

2.4. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI – giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) – è considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b). L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGa (sentenza U 193/03 del 22 giugno 2004, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. L'incapacità di guadagno si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività.

2.5. 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 (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. Non è quindi dato alcun diritto ad una prestazione se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434).

2.6. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che l'assicurato è risultato inabile al lavoro al 100% dal 30 novembre 2018. La controversia fra le parti porta sulla durata di questa inabilità lavorativa, che la Cassa malati, facendo capo a più specialisti, ha ritenuto terminare il 30 novembre 2019, mentre il ricorrente sostiene che, come attestato dal suo psichiatra curante, l'incapacità al lavoro perduri anche dopo tale data. In un primo momento, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatra in psicoterapia, attivo presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_, il 5 febbraio 2019 (doc. 6) ha ritenuto giustificata l'incapacità lavorativa allora presente (sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali, ICD-10: F43.23), precisando che il quadro clinico era correlato esclusivamente ai problemi insorti sul posto di lavoro (ICD-10: Z56), attestando quindi un'incapacità lavorativa del 100% fino al 31 marzo 2019. La diagnosi di sindrome depressiva ricorrente episodio di media gravità con sintomatologia biologica annessa (ICD-10: F33.1) e di disturbo di personalità forme miste, tratti emotivamente instabili di tipologia impulsiva (ICD-10: F61.0) posta il 9 aprile 2019 (doc. 9) dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, presso cui l'assicurato era in cura dal 28 dicembre 2018 (doc. 5), dava luogo a un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Ciò stante, la Cassa malati ha fatto capo alla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, per valutare lo stato di salute dell'assicurato. Durante quasi un'ora e mezza di visita che ha avuto luogo il 2 maggio 2019, la specialista ha esposto nel suo rapporto del 10 seguente (doc. 10) la situazione attuale, la giornata tipo, l'anamnesi familiare, scolastica/lavorativa/sociale, somatica, psichiatrica, i disturbi soggettivi attuali, la terapia psichiatrica e i riscontri dell'esame clinico eseguito. Essa ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10: F43.41). Nella sua valutazione, la psichiatra ha rilevato come l'assicurato abbia sempre lavorato avendo dei riscontri positivi, mentre sul piano affettivo vi sono stati dei trascorsi problematici, ora risolti con la convivenza con la figlia minore. La collaborazione avviata con la ditta \_\_\_\_\_ è stata inizialmente proficua e senza problemi, poi però quando è stato assunto come dipendente il rapporto lavorativo è peggiorato, egli è diventato insofferente e il perdurare di questa situazione di conflitto gli ha causato lentamente un forte malessere e l'ha mandato in crisi. Il quadro clinico attuale era caratterizzato da preoccupazioni, diminuzione dell'energia vitale, senso di svalutazione, sentimenti di scoraggiamento con difficoltà nel vedere una via d'uscita, il futuro appariva preoccupante. V'è stata una riduzione della vita sociale, degli interessi abituali, un aumento dell'alimentazione. Secondo l'assicurato la farmacoterapia, assunta con regolarità, non gli ha portato significativi miglioramenti, perciò l'esperta ha ritenuto opportuno discutere un cambio farmacologico e cercare di riprendere contatto con il mondo del lavoro al più presto, visto che il lavoro ha avuto un ruolo importante nella sua vita e aveva anche un ruolo terapeutico. Essa ha quindi giustificato l'inabilità lavorativa per le prossime 6-8 settimane, ossia il tempo necessario affinché un eventuale cambio farmacologico potesse avere il tempo di dare benefici. Dopodiché ha

ipotizzato il ripristino dell'abilità lavorativa al 100%. Infine, la dottoressa ha risposto alle domande della Cassa malati, riprendendo quanto espresso nella sua valutazione. Il 5 luglio 2019 (doc. 12) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha dato seguito a quanto evidenziato dalla collega \_\_\_\_\_ e ha esposto come il decorso clinico dell'assicurato fosse caratterizzato da una tuttora presente alterazione totale del funzionamento generale. Egli ha evidenziato che malgrado sia stata modificata la terapia farmacologica come suggerito dalla perita, l'interessato continuava a tergiversare in uno stato psicopatologico alterato. È quindi stata incrementata anche la parte concernente la psicoterapia in vigore, che da trattamento ambulatoriale ha portato l'assicurato ad essere ricoverato presso l'ospedale di giorno con beneficio di psicoterapia individuale e di gruppo. A differenza di quanto rilevato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il curante ha osservato una scarsa cura della persona e dell'igiene. Inoltre, l'assicurato era disponibile e collaborativo nei confronti della terapia, la mimica del volto e la gestualità erano improntate prevalentemente a lasciare trasparire stati di angoscia, rabbia, tristezza e annichilimento. La capacità di critica e di giudizio era spesso alterata ogni qual volta l'interessato toccava tematiche nelle quali l'altro occupava un ruolo differente dalla propria speculare identificazione, la quale più che spingerlo alla significazione lo rigettava in un qualcosa per lui di insignificabile con secondario facile accesso a stati di auto e/o etero aggressività. V'era la presenza di un'importante diminuzione dell'efficienza cognitiva secondaria alla deflessione timica, presenza di contenuti fortemente inclini all'ossessione con marcata perseverazione delle idee e rimarginazioni determinate da un'insopportabilità nel sostenere la lacuna dell'altro con conseguente eccesso interpretativo a carattere negativo. L'umore era severamente deflesso con presenza di sintomi biologici annessi e, a differenza di quanto notato dalla collega, apprezzava a quel momento ideazioni di natura anticonservativa, non franche da necessitare un trattamento maggiormente incisivo in ambito stazionario, ma che inficiavano notevolmente la partecipazione affettiva alle circostanze della vita. Lo spettro ansioso risultava essere libero e generalizzato nei confronti della pluralità degli aspetti vitali con annesse onerose manifestazioni istero-conversive invalidanti. La tolleranza alla frustrazione era alterata, perlopiù logora ed estinta come anche le capacità di resilienza e di autoregolazione. Il ritmo sonno-veglia era alterato rispettivamente in fase di avvio, mantenimento e qualità. Il funzionamento sociale era tendente all'isolamento e alla rarefazione dei rapporti. Assenza di sintomi franchi afferenti alla sfera psicotica. Le diagnosi evidenziate erano le medesime di tre mesi prima. Un terzo esperto interpellato dalla Cassa malati, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha sottoposto l'assicurato il 30 settembre 2019 per un'ora e mezza ad esame della sua capacità lavorativa. Nel suo referto del 29 ottobre 2019 (doc. 13) l'esperto ha riassunto gli atti messi a sua disposizione che ha considerato ai fini della sua valutazione, ha descritto la situazione attuale, l'anamnesi personale, socioprofessionale e psicopatologica, i disturbi soggettivi attuali (irascibilità, sta bene da solo, è meno aggressivo, meno ansioso e meno arrabbiato, dorme bene, calo di concentrazione e di attenzione) e la terapia farmacologica attuale. Dall'esame clinico basato sul sistema AMDP 8 lo specialista ha trovato un assicurato sufficientemente curato nella persona, ma poco curato nell'abbigliamento, era lucido e vigile, il tono della voce e la mimica erano nella norma, l'atteggiamento era collaborante, ma lo psichiatra percepiva un certo contrasto, tanto che l'interessato ha chiesto perché serviva un'altra perizia. L'attenzione e la concentrazione non risultavano compromesse durante l'intero colloquio di un'ora e 20 minuti, ma nella vita quotidiana egli ha lamentato difficoltà cognitive. La memoria era intatta, l'intelligenza clinicamente nella norma. Non

sono emersi disturbi della forma, né del contenuto del pensiero. Non erano oggettivamente ipocondria, sospettosità, fobie, né un pensiero ossessivo, impulsi ossessivi e/o azioni compulsive. Nessun disturbo della percezione e della coscienza dell'Io. Coscienza di malattia presente. Il tono dell'umore era deflesso, nei racconti non si manifestavano delle paure per il futuro né pessimismo, ma si notava una certa rabbia. L'autostima era nella norma, non presenza di sensi di colpa, né idee di rovina e/o di fallimento. L'energia vitale era mantenuta, nessun rallentamento psicomotorio. Il sonno era disturbato, ma ultimamente migliorato, con il sonnifero dormiva sufficientemente bene, a volte anche senza. Non era presente ideazione suicidale. C'era un ritiro sociale e l'abbandono degli hobby. Beveva moderatamente alcolici, ma mai ha fatto uso di sostanze illegali. Il dottor \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10: F43,23). Nella sua valutazione l'esperto ha rilevato che nell'anamnesi non v'è traccia di disagio psichico prima dell'esperienza "devastante" con l'ultimo datore di lavoro, malgrado ha vissuto diverse situazioni difficili, tre separazioni, un figlio tossicodipendente, una moglie, la seconda, che dopo la separazione fa allontanare la figlia da lui, rendendo più tardi faticoso ricostruire la relazione. Lo psichiatra ha evidenziato che non era semplice capire perché la "crisi" è occorsa proprio in questo caso, perché l'assicurato ha "sopportato" così a lungo il comportamento del capo malgrado fosse abituato a cambiare attività e già in passato si era licenziato per meno. Probabilmente per dare una sicurezza alla figlia, con la quale conviveva in quel periodo. L'assicurato rimaneva infatti "scioccato" dal comportamento "prepotente" del capo che non mancava occasione per metterlo in difficoltà, l'ha sopportato a lungo, ma poi il rapporto si è rotto e, inoltre, il datore di lavoro non gli voleva dare dei soldi di sua spettanza. Non avendo nessun indizio nel passato di uno sviluppo depressivo endogeno, si trattava di un processo reattivo e in quel caso egli riteneva che si trattava di una sindrome di disadattamento, a una situazione sicuramente stressante, come il comportamento del capo, ma anche il licenziamento che è seguito. Lo specialista ha rilevato che già nel primo rapporto psichiatrico del medico curante del 31 gennaio 2019 era comparsa la diagnosi di episodio depressivo di media gravità, mentre in entrambe le perizie del febbraio e maggio 2019 era stata diagnosticata una sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali e più tardi una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata. In entrambi i casi si trattava comunque di una sintomatologia depressiva, ma non grave abbastanza da giustificare un episodio depressivo leggero o addirittura medio, come indicato nel secondo certificato dello psichiatra curante del 5 luglio 2019. In questo referto, a differenza del primo è indicata una sindrome depressiva ricorrente episodio di media gravità e per ricorrente intendeva ripetuti episodi di depressione, cioè episodi depressivi intercalati da un periodo di benessere o almeno di un episodio di minore gravità, che non apparivano né nel rapporto né nel racconto dell'assicurato. Per contro, la sintomatologia descritta nelle due perizie collimava molto di più con la sintomatologia che l'assicurato presentava durante l'attuale visita rispetto alla descrizione della sintomatologia depressiva dello psichiatra curante nel certificato di decorso clinico. Questa differenza di gravità di sintomatologia e di diagnosi, per il dr. med. \_\_\_\_\_, avrebbe però potuto anche essere motivo della dicitura "ricorrente", nel senso che nel periodo tra il primo e il secondo certificato erano passati pur sempre sei mesi e il quadro clinico era significativamente cambiato. Al momento della sua valutazione, a quasi tre mesi dall'ultimo rapporto dello psichiatra curante, la sintomatologia risultava migliorata, si notava la trascuratezza dell'abbigliamento, ma l'igiene era migliorata. Non si apprezzava angoscia e anche la rabbia era molto più

contenuta, come ha riconosciuto l'assicurato stesso da quanto ha dato tutto in mano a un avvocato. Durante il colloquio la concentrazione e l'attenzione erano buone e non si notava nessuna mancanza di slancio vitale, il flusso del pensiero era nella norma e non si notavano ossessione e perseveranza o addirittura una tendenza all'interpretatività, sintomi che tra l'alto non erano stati nemmeno notati in passati dagli esperti. Secondo l'interessato, il nuovo antidepressivo aveva portato a un certo beneficio, ma per lo psichiatra un aumento del dosaggio poteva portare a un ulteriore miglioramento. Infatti egli non capiva bene perché l'aumento di Venlafaxine già in programma nel referto di giugno non era stato attuato fino a quel momento vista la sintomatologia descritta e la prognosi sfavorevole. In merito al disturbo di personalità diagnosticato, a suo dire era poco rilevante per la capacità lavoro, visto che per definizione si tratta di una patologia che insorge nell'età adolescenziale o da giovane adulto, che però fino all'anno scorso non gli aveva mai impedito di lavorare con successo e soddisfazione. In conclusione, considerato il miglioramento e l'ulteriore miglioramento da attendersi dal potenziamento della terapia antidepressiva, peraltro già auspicato dal curante prima mesi, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto giustificata l'inabilità lavorativa al 100% al massimo fino alla fine di ottobre 2019. Dall'inizio di novembre 2019 egli ha ritenuto possibile ed esigibile, oltre ad essere terapeuticamente importante che l'assicurato si dovesse inserire di nuovo al più presto nella vita lavorativa, una capacità lavorativa del 50%. Dal 25 novembre 2019, dando un tempo adeguato per fare effetto al potenziamento della terapia farmacologica, per lo psichiatra era invece possibile un ripristino della capacità lavorativa al 100%. Infine, l'esperto scelto dalla Cassa malati ha risposto alle domande che gli sono state poste, riprendendo sostanzialmente quanto già evidenziato nella sua valutazione. In particolare, egli ha sottolineato che l'assicurato non necessitava un altro lavoro, ma che dal 1° novembre 2019 era abile nel lavoro esercitato dapprima al 50%, poi al 100% (risposta n. 5). Inoltre, la terapia farmacologica in atto doveva sicuramente essere potenziata e il rientro nella vita e nel ritmo lavorativo erano terapeuticamente molto importanti al fine di evitare una prognosi sfavorevole. Il 6 novembre 2019 (doc. 14) la Cassa malati ha comunicato all'assicurato che dal 1° novembre 2019 lo riteneva abile al lavoro al 50% e dopo tre settimane al 100%. Di conseguenza, gli avrebbe versato le indennità giornaliere al 100% fino al 30 novembre 2019 e dal 1° dicembre 2019 riteneva il caso chiuso. Il 14 novembre 2019 (doc. 15) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha espresso il proprio dissenso per l'aspetto diagnostico e prognostico e sull'influsso che questi ultimi hanno sulla capacità lavorativa. Egli ha infatti ribadito l'impianto diagnostico come tuttora presente, era scettico nel convenire con quanto appurato dal dr. med. \_\_\_\_\_ e su quanto apprezzato nella sua perizia, poiché all'osservazione clinica l'assicurato presentava segni e sintomi ben più invalidanti di quanto riportato dal consulente della Cassa malati. Inoltre, lo psichiatra curante non concordava con le questioni inerenti gli aspetti di remissione, perciò ha chiesto che l'interessato potesse beneficiare di un ulteriore periodo di copertura assicurativa e di una futura rivalutazione delle condizioni di salute, considerato che al momento, a suo dire, era giustificata la presenza di un'inabilità lavorativa nella misura del 100%. Su questo referto il dr. med. \_\_\_\_\_ ha preso posizione il 5 dicembre 2019 (doc. 16), confermando la diagnosi di "sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10: F43.23)", che si imponeva per la sintomatologia apprezzata durante la visita, ma che era anche in linea con la patologia e la diagnosi dei precedenti psichiatri che nel febbraio e nel giugno 2019 hanno esaminato l'assicurato per conto della Cassa malati. In quelle occasioni la sintomatologia, in particolare per quanto riguardava la rabbia e l'irritabilità dovuta alla somma mai recuperata

dall'ex datore di lavoro, era ancora molto più presente come ha riferito l'assicurato stesso, che recentemente aveva dato in mano a un avvocato questa pratica e quindi non ci pensava più ed era molto più tranquillo. Dal punto di vista diagnostico, a rigore di logica, per l'esperto ci sarebbe stato più motivo di contestare la diagnosi di "sindrome da disadattamento" già nell'ultima lettera dello psichiatra curante del 5 luglio 2019, ma in quel referto le diagnosi dei colleghi psichiatri non sono state messe in dubbio, almeno non esplicitamente. Il dr. \_\_\_\_\_ non ha messo assolutamente in dubbio la diagnosi di "disturbo di personalità, forme miste", ma non l'ha menzionata nel suo rapporto, poiché è difficile diagnosticare un disturbo di personalità in breve tempo, ma soprattutto perché riteneva fosse irrilevante per la capacità lavorativa. Per definizione, un disturbo di personalità si costituisce durante la tarda adolescenza o i primi anni della vita da adulto e l'assicurato, malgrado visse con questo disturbo da allora, ha sempre lavorato. Egli ha inoltre evidenziato che nel suo certificato del 14 novembre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ è rimasto piuttosto vago sull'attuale sintomatologia, scrivendo che l'assicurato presentava "segni e sintomi ben più invalidanti...". L'esperto a cui ha fatto capo la Cassa malati ha osservato che gli si poteva rifare solamente alla sua osservazione durante il colloquio avuto con l'assicurato e alle sue affermazioni, il quale ha riportato un netto miglioramento. Per quanto concerne la sintomatologia osservata durante il colloquio, egli ha ricordato ciò che ha già riferito nel suo primo rapporto, e cioè che " Non si apprezzava più angoscia e anche la rabbia era molto più contenuta, come ammetteva l'A. stesso, da quando ha dato tutto in mano all'avvocato. Durante il colloquio la concentrazione e l'attenzione erano buone e non si notava nessuna mancanza di slancio vitale. Il flusso del pensiero era nella norma e non si notavano ossessione e perseveranza o addirittura una tendenza all'interpretatività, sintomi che tra l'altro non sono stati notati nemmeno dai periti precedenti. ". A suo dire, ciò che mancava nella lettera dei curanti era almeno un accenno all'ultimo passaggio della sua perizia, ossia la proposta o il consiglio dell'aumento della terapia farmacologica, auspicata e anzi già prevista dagli psichiatri curanti stessi già in luglio, ma fino al momento della sua valutazione non realizzata, così come anche attualmente non sapeva se questo incremento, secondo il perito necessario, fosse stato concretizzato. In conclusione, egli ha ribadito la sua valutazione del 29 ottobre 2019 sia per quanto riguarda l'impianto diagnostico sia lo sviluppo dell'inabilità lavorativa. Alla decisione formale del 13 dicembre 2019 (doc. 17) con cui CO 1 ha riconosciuto l'inabilità lavorativa dell'assicurato nella misura del 100% fino al 30 novembre 2019 hanno fatto seguito i referti dell'8 gennaio 2020 (doc. 18) e del 19 febbraio 2020 (doc. 21), con cui il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato un'inabilità al lavoro al 100% dal 1° dicembre 2019 al 31 gennaio 2020 rispettivamente dal 1° al 29 febbraio 2020. Su questi certificati ha preso posizione il 2 aprile 2020 (doc. 22) il dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha osservato che si trattava di semplici certificati che indicavano solo il periodo di malattia e il grado di inabilità lavorativa, ma che non aggiungevano dati clinici recenti dell'assicurato e nemmeno sullo sviluppo della malattia. Pertanto, in assenza di nuove informazioni, egli si è rifatto a quanto già indicato nella sua valutazione e cioè che già in ottobre 2019 si apprezzava un miglioramento della sintomatologia. Come indicato, l'angoscia e la rabbia erano più contenute, la concentrazione e l'attenzione erano buone, non v'erano ossessione e perseveranza. Da allora erano trascorsi più di quattro mesi e tre mesi dal suo ultimo scritto del 6 dicembre 2019, in cui ha confermato sia l'impianto diagnostico sia lo sviluppo dell'inabilità lavorativa descritto nella sua perizia del 29 ottobre 2019. I due certificati di incapacità lavorativa non aggiungevano assolutamente nuovi elementi e ad oggi non v'erano informazioni se l'aumento della terapia che egli aveva auspicato, così come i curanti

stessi, fosse stato effettuato, adeguamento terapeutico che, a suo dire, sicuramente avrebbe dato il suo effetto positivo sullo stato psichico dell'assicurato. Di conseguenza, lo psichiatra ha ribadito la sua valutazione del 29 ottobre 2019 per quanto riguarda sia l'impianto diagnostico sia lo sviluppo dell'incapacità lavorativa, ossia una completa capacità lavorativa dal 25 novembre 2019. Con il ricorso formulato contro la decisione su opposizione del 3 aprile 2020 (doc. A) con cui la Cassa malati ha confermato la sua decisione formale, l'assicurato ha prodotto il referto del 27 marzo 2020 (doc. B) del suo psichiatra curante, che ha ribadito l'inabilità lavorativa del 100% nei confronti di qualsiasi attività lavorativa e che la prognosi era sfavorevole, anche a fronte di uno stato clinico tendente al peggioramento. La diagnosi era di sindrome depressiva ricorrente episodio lieve in atto con sintomatologia biologica annessa (ICD-10: F33.0) e di disturbo di personalità forme miste, tratti emotivamente instabili di tipologia impulsiva (ICD-10: F61.0). Secondo il medico curante, a livello oggetto il paziente appariva compliant nei confronti della terapia, la cura della persona e l'igiene erano tuttora scarse in paziente trascurato. La mimica del volto e la gestualità lasciavano trasparire angoscia, irritabilità, nervosismo e al contempo inerzia. L'orientamento nei vari domini era conservato, le capacità di critica e di giudizio erano non sempre efficienti e alterate dalla logica affettiva e dalla struttura di personalità, la quale era pregiudicata da uno scarso controllo degli impulsi ed esplosività perlopiù eterodiretta. Anche l'efficienza cognitiva era pregiudicata dallo stato affettivo ed ansioso, cionondimeno l'intelligenza era adeguata al livello sociale e culturale. Il linguaggio era congruo alla timia così come il flusso del pensiero, risultando essi a tal motivo come alternati. I contenuti del pensiero erano orientati alla perseverazione delle idee e alla ruminazione, risultando l'assicurato oltremodo interpretativo nei confronti dell'altro e delle varie lacune nel significarne l'agire. L'umore era deflesso verso il polo negativo secondo modalità ricorrente e continuativa e ciò, inficiato da vari episodi che hanno concorso nel pregiudicare le prospettive di remissione e di recupero omeostatico, causavano fragilità e labilità affettiva sempre più marcata e costante. Allo stato depressivo erano correlati sintomi di natura biologica con ad esso coadiuvati stati di ansietà con sintomi conversivi. L'aspetto anticonservativo considerato in precedenza come preoccupante al momento attuale era rientrato, essendo tuttora presenti ideazioni in tal senso, ma con perdita di intrusività, tuttavia si considerava il pericolo di riesacerbazione come presente in un paziente a rischio di scompenso. La tolleranza alla frustrazione era scarsa ed insufficiente nel contenere l'impulsività personologica, essendo l'interessato scarsamente in grado di modularla economicamente dalla propria struttura, vivendo questo come qualcosa di eccessivo da sopportare sino all'esplosione. Ciò era inoltre compromesso dal ritmo del sonno, che non consentiva il normale e funzionale recupero delle risorse necessarie e sufficienti per sostenere il confronto con le varie pressioni ambientali. L'assicurato era poi in uno stato di ritiro e di isolamento, i rapporti si erano rarefatti sia per quanto concerne l'aspetto affettivo sia per la struttura di personalità, che appariva sempre come maggiormente disadattiva all'altro in generale. Erano ancora assenti sintomi franchi afferenti alla sfera psicotica. Il trattamento che seguiva l'assicurato era di tipo semi stazionario in ospedale psichiatrico di giorno, dove beneficiava di trattamento psichiatrico e psicofarmacologico, psicoterapico individuale e sociale. La farmacoterapia in essere prevedeva Imovane 7,5mg prima di andare a letto e Venlafaxina 75mg alla mattina. Secondo il dr. med. \_\_\_\_\_, mancavano i presupposti basilari per un reinserimento in contesto lavorativo, poiché all'assicurato mancavano le fondamentali capacità. Una rendita di invalidità completa doveva quindi essergli riconosciuta, essendo il suo stato clinico compromesso in forma

completa. 2.7. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Nella sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione , a condizione che non sussista dubbio alcuno a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione o da servizi specializzati indipendenti in sede di istruttoria amministrativa, il TFA 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 125 V 353, consid. 3b/bb; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 168/02 del 10

luglio 2003; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). 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). 2.8. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pagg. 628-629; D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012;

DTF 131 V 49; DTF 130 V 396; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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).

2.9. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, questo Tribunale deve concludere che alla valutazione del 29 ottobre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, medico a cui CO 1 ha fatto capo da ultimo, va attribuita piena forza probante. Questo referto presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché a un apprezzamento medico possa essere riconosciuta piena forza probante ( DTF 125 V 351 consid. 3a; DTF 122 V 157 consid. 1c con riferimenti; RAMI 1991 U 133 consid. 1b). In particolare, lo specialista ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame approfondito del caso (STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2). Nello specifico, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha valutato di persona il ricorrente esponendo i precedenti referti psichiatrici rilasciati sia dai curanti sia dai due specialisti interpellati dalla Cassa malati prima di lui, l'anamnesi, la situazione attuale, i disturbi soggettivi, la terapia farmacologica in atto, gli esiti del suo esame clinico sulla cui base ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa e infine ha fornito la sua valutazione. In particolare, lo specialista si è confrontato sia con i rapporti dei due altri periti, sia pure con quelli rilasciati dal dottor \_\_\_\_\_, spiegando chiaramente i motivi per cui concordava con i primi e dissentiva dai secondi. Rifacendosi alle prese di posizione dei dr. med. \_\_\_\_\_ di febbraio 2019 e \_\_\_\_\_ del maggio 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato come questi psichiatri hanno diagnosticato dapprima una sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali e in seguito una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, sindromi che consistono in una sintomatologia depressiva, ma non a tal punto grave da giustificare un episodio depressivo leggero o addirittura medio come diagnosticato invece dallo psichiatra curante sia nel primo referto del 9 aprile 2019 sia nel secondo del 5 luglio 2019. Inoltre, egli ha ben specificato che non essendoci nessun indizio che in passato c'era stato uno sviluppo depressivo endogeno, si era confrontati con un processo reattivo e, pertanto, l'esperto ha ritenuto trattarsi di una sindrome di disadattamento a una situazione sicuramente stressante come il comportamento del capo dell'assicurato, ma anche al successivo licenziamento. Anche la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ aveva individuato nei conflitti sorti sul posto di lavoro il perdurare di una situazione che lentamente ha causato al ricorrente un forte malessere e l'ha mandato lentamente in crisi. L'assicurato è andato incontro a un quadro depressivo a causa della situazione sul posto di

lavoro. Proprio per questo motivo, a dire della specialista era importante cercare di riprendere contatto con il mondo del lavoro al più presto, perché per l'assicurato il lavoro ha avuto un ruolo importante nella sua vita e ora aveva pure un ruolo terapeutico. La psichiatra ha perciò diagnosticato una sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD-10: F43.41), che causava un'inabilità totale, ma temporanea. Inoltre, non solo la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ma anche il dr. med. \_\_\_\_\_, hanno auspicato un potenziamento della terapia farmacologica, visto che proprio l'assicurato le aveva riferito, nel maggio 2019, di non avere avuto significativi benefici dalla terapia in atto. Il medico curante, rifacendosi espressamente nel rapporto del 5 luglio 2019 a quanto suggeritogli dalla collega, ha indicato di avere quindi modificato la terapia sostituendo il Fluctine 20mg alla massina con la Venlafaxine 75mg sempre la mattina (ed era previsto un aumento), lasciando invece il Dalmadorm 15mg prima di coricarsi ma, ciononostante, l'assicurato continuava a tergiversare in uno stato psicopatologico alterato e la cura e l'igiene di sé erano ancora trascurate. Diverso è il quadro che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha potuto osservare quattro mesi dopo, con un miglioramento della cura della persona dell'assicurato, ma non nell'abbigliamento, l'attenzione e la concentrazione non erano compromesse durante il colloquio, l'energia vitale era mantenuta, il tono era deflesso, il sonno era disturbato, ma era migliorato e con il sonnifero dormiva sufficientemente bene, a volte anche senza aiuto farmacologico. Non v'era più angoscia e anche la rabbia era molto più contenuta. Durante il colloquio la concentrazione e l'attenzione erano buone e l'esperto non aveva notato nessuna mancanza di slancio vitale. Nemmeno aveva rilevato ossessione e perseveranza o addirittura una tendenza all'interpretatività. Non era presente una ideazione suicidale, ma un ritiro sociale e l'abbandono degli hobby. A proposito dell'ideazione suicidale, va segnalato che il dr. med. \_\_\_\_\_ nel luglio 2019 aveva invece riferito che allora erano presenti ideazioni di natura anticonservativa, che però non necessitavano un trattamento maggiormente incisivo in ambito stazionario, ma che influivano notevolmente sulla partecipazione affettiva dell'assicurato alle circostanze della vita. Nel marzo 2020, il curante ha invece affermato che "Purtuttavia l'aspetto anticonservativo in precedenza considerato come preoccupante al momento attuale è rientrato, essendo tuttora presenti ideazioni in tal senso ma con perdita di intrusività, cionondimeno si considera il pericolo di ri-esacerbazione come presente in paziente a rischio di scompenso.". D'avviso del TCA, questa affermazione contrasta con quanto segnalato nel suo precedente referto, giacché lo psichiatra curante, proprio perché non aveva considerato gravi le ideazioni di natura anticonservativa, non aveva ritenuto necessario un trattamento stazionario dell'assicurato. Pertanto, questo aspetto nemmeno avrebbe dovuto essere definito come preoccupante. Inoltre, secondo il dottor \_\_\_\_\_ le ideazioni anticonservative erano ancora presenti, tuttavia questa situazione non si rispecchia nella farmacoterapia assunta, visto che il dosaggio di Venlafaxina è rimasto il medesimo e il nuovo farmaco introdotto, l'Imovane, è indicato per l'insonnia (cfr. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)). A quest'ultimo proposito, stridono le conclusioni tratte dagli specialisti in merito al sonno. Se da una parte nell'ottobre 2019 il perito ha segnalato che il sonno era disturbato, ma ultimamente migliorato, che con il sonnifero l'assicurato dormiva sufficientemente bene e che a volte, anche senza assumere il Dalmadorm, dormiva bene lo stesso, nel marzo 2020 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha per contro evidenziato che il ritmo del sonno era compromesso e quindi non gli consentiva il normale e funzionale recupero delle risorse necessarie e sufficienti per fronteggiare la vita. Nulla è tuttavia detto sull'eventuale necessità di modificare il farmaco (Imovane) e ritornare al precedente o un altro, visto che, così sembrerebbe, a suo dire, il nuovo medicamento non

era così efficace contro i disturbi del sonno. Per quanto concerne la terapia farmacologica prescritta dallo psichiatra curante, già la dottoressa \_\_\_\_\_ aveva evidenziato come dovesse essere aumentata o modificata, poiché lo stesso interessato le aveva confidato che malgrado l'assumesse con regolarità, non aveva avuto significativi miglioramenti del suo stato psichico, perciò egli era motivato a un cambiamento nella speranza di potere poi stare meglio. In effetti, nel luglio 2019 lo psichiatra curante, proprio facendo riferimento a quanto suggerito dalla collega, ha modificato la farmacoterapia sostituendo il precedente medicamento con la Venlavaxina 75mg 1 compressa alla mattina. Al riguardo, egli aveva indicato che era " in previsione di aumento "; tuttavia, ancora nel mese di ottobre 2019, quando il terzo esperto a cui si è rivolta la Cassa malati ha valutato lo stato psichico del ricorrente, il dosaggio di questo farmaco era rimasto lo stesso. Ma non solo. Anche nel marzo 2020, quando a dire del curante i disturbi psichici erano ancora presenti e la situazione era solo leggermente migliorata, visto che la diagnosi posta è stata di sindrome depressiva ricorrente episodio lieve , in luogo di episodio medio come nei suoi due precedenti certificati medici, il dosaggio e la terapia in essere erano ancora i medesimi. Alla luce delle considerazioni del dottor \_\_\_\_\_ sulla terapia antidepressiva in atto, secondo cui, a dire dell'assicurato, il nuovo farmaco aveva portato a un certo beneficio e che quindi un suo potenziamento, come d'altronde inizialmente prospettato dallo stesso medico curante, avrebbe portato il ricorrente a un ulteriore miglioramento delle sue condizioni di salute, non si capisce il motivo per cui, ancora nel marzo 2020, la terapia sia rimasta la stessa malgrado il dr. \_\_\_\_\_ abbia evidenziato un quadro clinico ancora " compromesso in forma completa ", tanto da necessitare, a suo avviso, una rendita intera di invalidità. Questa circostanza è stata osservata dal dr. \_\_\_\_\_ ancora il 2 aprile 2020, allorquando, malgrado non avesse ricevuto il referto del 27 marzo 2020 - siccome verosimilmente destinato all'Ufficio assicurazione invalidità nell'ambito della domanda di rendita di invalidità formulata nel maggio 2019, sfociata nel rifiuto del 9 giugno 2020 che il TCA ha annullato con STCA 32.2020.84 (doc. VIII/2) rinviando gli atti all'amministrazione per completare gli accertamenti medici -, egli ha evidenziato che non v'erano nuove informazioni a sapere se l'aumento della terapia era stato adottato, " aumento terapeutico che sicuramente avrebbe dato il suo effetto positivo sullo stato psichico dell'A. ". Nemmeno lo psichiatra curante ha preso posizione su questo suggerimento. Come visto, in effetti, il predetto referto ha confermato la terapia antidepressiva (Venlafaxina 75mg 1 compressa alla mattina) e quindi il curante, malgrado i continui disturbi che egli ha rilevato nel comportamento psichico dell'assicurato, non ha ritenuto di modificargli la cura, continuando invece implicitamente a certificare un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi attività, come i due referti dell'8 gennaio e del 19 febbraio 2020, che attestano un'inabilità del 100% dal 1° gennaio al 29 febbraio 2020. Questi ultimi due certificati indicano soltanto il periodo e il grado di inabilità lavorativa e quindi non forniscono elementi nuovi sullo stato di salute del ricorrente; non sono pertanto come tali determinanti e atti supportare la posizione del ricorrente. In conclusione, il TCA ritiene che il rapporto del 29 ottobre 2019 redatto dal dr. med. \_\_\_\_\_ sia affidabile e completo, avendo preso posizione compiutamente e dettagliatamente sui disturbi psichici dell'insorgente, soprattutto confrontandosi con gli altri colleghi intervenuti e argomentando le ragioni di contrasto nelle diagnosi e nella valutazione. A questa valutazione può essere riconosciuto pieno valore probatorio, essendo chiara e dettagliata, esponendo i disturbi soggettivi e oggettivi, gli esiti della sua valutazione clinica personale, la diagnosi psichiatrica e le sue conclusioni così come richiesto dalla giurisprudenza. Egli ha inoltre ben spiegato i motivi alla base del

miglioramento intervenuto nell'assicurato, che l'hanno portato a ritenerlo abile nel lavoro esercitato dapprima al 50% (dal 1° novembre 2019) e poi dal 100% (dal 25 novembre 2019), avendo riscontrato un miglioramento della sintomatologia. Il dottor \_\_\_\_\_ si è limitato ad elencare delle sintomatologie, senza però analizzarle, contestualizzarle e spiegarle nel dettaglio. Nemmeno egli ha chiarito il motivo per cui le sue diagnosi siano così differenti da quelle poste dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ prima e dal dr. \_\_\_\_\_ poi, continuando invece a ribadire la sua posizione e continuando a lamentare una situazione di impossibilità a riprendere una qualsiasi attività lavorativa. Inoltre, egli non si è confrontato con il suggerimento del terzo perito interpellato dalla Cassa malati di incrementare la terapia farmacologica. Le sue valutazioni non sono perciò altrettanto dettagliate come quelle fornite dall'ultimo esperto consultato dall'assicuratore, sulle cui conclusioni va fatto affidamento e vanno dunque qui ritenute a fondamento del presente giudizio.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). In virtù delle considerazioni esposte, il richiamo della cartella clinica dell'assicurato e l'audizione del suo medico curante richiesti dall'insorgente (doc. VIII) non sono dunque necessari. Essi non porterebbero poi degli elementi utili ulteriori alla procedura, non fosse altro per il fatto che il dr. med. \_\_\_\_\_ si è già ampiamente espresso per iscritto e le sue dichiarazioni sono state compiutamente e attentamente valutate dall'esperto scelto dalla Cassa malati. Il TCA rileva inoltre che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C\_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara l'indizione di un pubblico dibattito (DTF 136 I 279 consid. 1). Nel caso di specie, l'assicurato ha chiesto di sentire come teste il suo medico, ma non ha reclamato alcun dibattito, perciò anche per tale motivo la sua pretesa è volta all'insuccesso. 2.10. In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale (art. 6 LPGA) in ossequio all'obbligo di ridurre il danno (art. 21 LPGA) e di mettere quindi a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283). In altre parole, l'indennità per perdita di guadagno interviene laddove vi è un'incapacità di lavoro temporanea. Quando viene accertato che un rientro nella precedente attività non è più possibile, questa funzione "ponte" della prestazione viene

meno e occorre esaminare se la persona assicurata possa esercitare, eventualmente in quale misura, un'altra attività confacente al suo stato di salute. In tal caso, la giurisprudenza riconosce che alla persona assicurata occorra assegnare un termine di 3-5 mesi per adattarsi alla sua nuova attività (sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; sentenza K 224/05 del 29 marzo 2007; sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; sentenza 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.). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento [citata anche nella sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3] ), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440). Al termine del periodo di adattamento il grado d'incapacità di guadagno dipende dalla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute e il reddito esigibile in un'attività adeguata (cfr. sentenza 8C\_889/2014 del 23 febbraio 2015, consid. 3.2; DTF 114 V 281, cfr. anche Kieser , ATSG-Kommentar, 2015, 3a ed., N. 31 segg. ad art. 26 LPG). Pertanto, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009). In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'assicurato per procedere al cambiamento di professione, nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego (STFA K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; DTF 114 V 289 consid. 5b; DTF 111 V 239 consid. 2a; RAMI 2000 pag. 123 consid. 3a; RAMI 1987 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 pag. 106 consid. 2). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza K 126/97 del 7 agosto 1998, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento), essere fissato tenendo conto delle circostanze

concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta, ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440). 2.11. Con una sentenza di principio 36.2013.48 del 18 dicembre 2013 (cfr. anche le STCA 36.15.49 del 22 settembre 2016 e 36.2013.6 del 18 febbraio 2014), il TCA ha giudicato un caso simile a quello in esame. Si trattava infatti di stabilire il diritto ad indennità giornaliera di un'assicurata che, a causa di una patologia psichica, non poteva più svolgere la propria attività presso il datore di lavoro, ma che in un altro contesto lavorativo sarebbe stata pienamente abile nella sua professione abituale. Il TCA ha considerato: " (...) In concreto l'assicuratore, con scritto del 18 giugno 2013, ha avvertito l'attrice che avrebbe continuato a versarle le indennità giornaliera per malattia fino al 31 luglio 2013. Parte convenuta non ha imposto all'attrice un cambio di attività lavorativa fissando un termine, che la giurisprudenza vuole compreso tra i tre ed i cinque mesi. In effetti il perito e la specialista curante dell'attrice hanno entrambe attestato che l'inabilità lavorativa era legata all'attività svolta sul posto di lavoro (doc. U e V) con il rilievo che un cambio, non di attività ma di luogo di lavoro, avrebbe permesso lo svolgimento dell'attività professionale usuale della signora X. In questo senso correva l'obbligo all'assicurata di porre in atto gli sforzi necessari per ridurre il danno e ciò mediante la ricerca di un altro datore di lavoro al fine di riacquistare, gradatamente, la piena capacità lavorativa come infermiera. Alla luce di quanto precede e della particolarità dell'inabilità lavorativa riconducibile al luogo di svolgimento dello stesso, pur se non obbligata ad un cambio di professione come tale, alla signora X vanno applicati i precetti sviluppati dalla giurisprudenza federale in materia di cambio di professione. D'avviso del TCA, infatti, siccome è possibile pretendere da un assicurato che, incapace di lunga durata nella precedente attività, metta a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, a maggiore ragione può essere preteso che la persona inabile eserciti la sua abituale professione ma presso un diverso datore di lavoro (majore ad minus). La giurisprudenza relativa al cambio di professione va applicata quindi in via analogica al cambio di datore di lavoro e quindi di luogo di lavoro. Per concretizzare l'obbligo occorre concedere all'assicurata un termine, remunerato mediante versamento di indennità per la perdita di guadagno, che sia analogo a quello fissato per il cambio di lavoro fissato dalla giurisprudenza, e, soprattutto, sia consono per porre in atto il cambiamento. Nell'evenienza concreta, il contratto di lavoro agli atti è datato 1° gennaio 2006 (doc. E), ma l'attrice è dipendente della Y sin dal 1° agosto 2001. Ritenuto, poi, che il contratto attualmente in vigore non prevede norme particolari in caso di disdetta (art. 335c cpv. 2 CO), ma solo un rinvio al diritto svizzero, considerato che l'art. 335c cpv. 1 CO dispone che il rapporto di lavoro può essere disdetto per la fine di un mese, nel primo anno di servizio con preavviso di un mese, dal secondo al nono anno di servizio incluso con preavviso di due mesi e in seguito con preavviso di tre mesi, X è pertanto tenuta a dare un preavviso di tre mesi prima di potersi liberare dalla predetta datrice di lavoro. Questo termine è da ritenere un lasso temporale minimo in situazioni che impongano un cambio di luogo di lavoro e datore di lavoro anche qualora i termini di disdetta del rapporto di lavoro fossero inferiori a quali

applicabili in concreto. Si ritiene qui che l'assicuratore doveva riconoscere all'attrice il versamento di indennità di lavoro per ulteriori tre mesi e mezzo dalla comunicazione del 18 giugno 2013 e quindi sino alla fine di settembre 2013, e non soltanto per 6 settimane come fatto con la comunicazione consegnata al doc. D. Il termine appare del tutto adeguato alla luce dello status dell'assicurata, del pensum del suo lavoro, della sua formazione e della sua età, al fine di trovare adeguata nuova collocazione professionale.”. 2.12. In concreto, secondo la succitata giurisprudenza cantonale, l'assicuratore malattia avrebbe dovuto assegnare al ricorrente, completamente abile al lavoro al 100% dal 25 novembre 2019 presso un altro datore di lavoro - il dottor \_\_\_\_\_ ha infatti evidenziato che l'assicurato non necessitava un altro lavoro visto che era abile nel lavoro esercitato (cfr. risposta n. 5 del rapporto del 29 ottobre 2019) -, un termine minimo di tre mesi per cambiare posto di lavoro e durante il quale continuare a versare le indennità giornaliere nella medesima misura del 100%, come in precedenza (STF 4A\_111/2010 del 12 luglio 2010 consid. 3.2.1: “[...] Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi [...]” ). Nella sentenza 36.2013.48 del 18 dicembre 2013, il TCA ha infatti stabilito che un termine di tre mesi “ è da ritenere un lasso temporale minimo in situazioni che impongano un cambio di luogo di lavoro e datore di lavoro anche qualora i termini di disdetta del rapporto di lavoro fossero inferiori a quali applicabili in concreto ”. Nel caso concreto, i principi appena esposti debbono essere pienamente ripresi. Dal profilo psichiatrico, l'insorgente poteva effettivamente continuare a svolgere il suo lavoro, ma non in un contesto che gli era ostile e che gli aveva provocato un'intensa sofferenza psichica. Alla luce di tale situazione, e ritenuta la prassi esposta in precedenza, al ricorrente - per la sua incapacità lavorativa presso la \_\_\_\_\_ e la sua abilità lavorativa sempre come elettricista in altro contesto – devono essere riconosciute delle indennità. Vista l'età e la lunga esperienza del ricorrente nel suo campo lavorativo, questa Corte ritiene opportuna l'assegnazione del termine più lungo di 5 mesi. Ne segue che dal 1° dicembre 2019 gli va dunque assegnato un termine di cinque mesi per reperire un'occupazione presso un altro datore di lavoro. Durante questo termine l'assicuratore deve versare le indennità piene stante un'inabilità lavorativa totale riconosciuta dalla Cassa malati fino al 30 novembre 2019 (STCA 36.2017.48 del 22 novembre 2018; STCA 36.2013.48 del 18 dicembre 2013). Di conseguenza, fino al 30 aprile 2020 CO 1 è tenuta a corrispondere all'insorgente le indennità giornaliere per malattia per perdita di guadagno nella misura del 100%. 2.13. La decisione impugnata deve pertanto essere annullata e il ricorso parzialmente accolto, con attribuzione al ricorrente, essendo patrocinato da un legale, di ripetibili ridotte.

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