

TI_GERICHTE 36.2021.34 vom 3. November 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-11-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.34

FR: TI_GERICHTE 36.2021.34 du 3 novembre 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.34 del 3 novembre 2021

Regeste

Inabilità al lavoro per quarantena x Covid-19, problemi cardiologici e psichici. La quarantena non è un danno alla salute indennizzabile, i problemi cardiologici non hanno dato luogo a un'inabilità lavorativa certificata e i disturbi psichici non sono stati indagati approfonditamente. Rinvio atti

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza, anche alla luce dell'esito, non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può quindi decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LOG come a costante giurisprudenza del Tribunale federale (fra le ultime, STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015 consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003). Primo tema in discussione è l'adeguato rispetto, da parte di CO 1, del diritto di essere sentito del ricorrente. Il tema giuridico è stato estremamente dettagliato nella sua analisi, da giurisprudenza e dottrina (citate sotto). Non presenta quindi difficoltà e neppure, in concreto, il caso è fattualmente complesso. D'altro canto compito del Tribunale nella sua composizione monocratica, è stabilire, sulla scorta dei certificati medici e delle valutazioni del fiduciario della Cassa, se il ricorrente, sulla base degli art. 67 e ss. LAMal, oggetto di approfondita dottrina e fiorente giurisprudenza, debba vedersi riconosciuto indennità giornaliera. Anche in questo caso i fatti non sono complessi o di difficile acquisizione probatoria ed il diritto sviluppato. Il giudizio monocratico si impone in concreto. Su questi temi si veda Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg. 2. Occorre esaminare se la Cassa malati abbia violato il diritto di essere sentito del ricorrente (doc. VIII) per la mancata trasmissione del parere del medico fiduciario dr. _____, ciò che gli avrebbe impedito di confrontarsi con esso e di capire quale altra documentazione potesse essergli utile per determinarsi sulla sua incapacità lavorativa. Come costantemente ribadito da questo TCA, per l'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio a DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole

nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà, che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate;). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). Secondo l'art. 42 LPGA, le parti hanno diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. In ogni caso, al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 368 consid.

E. 6

pag. 374). L'audizione delle parti, che costituisce un aspetto del diritto di essere sentito, non è necessaria nella procedura d'istruzione che precede l'emanazione di decisioni impugnabili mediante opposizione. La LPGA contiene a questo proposito una regolamentazione esaustiva (DTF 132 V 368 consid. 6). 3. In concreto il ricorrente rimprovera all'assicuratore di non avergli messo a disposizione il rapporto del suo medico fiduciario dr. _____ e quindi di non averlo reso edotto del contenuto della sua valutazione. Nelle osservazioni del 6 settembre 2021 (doc. XI) la Cassa malati ha riconosciuto che detto verbale non è stato inviato all'interessato, non sussistendo l'obbligo di sentirlo prima di emanare la decisione (art. 42 LPGA), ma ha osservato che la conclusione di questo medico di fiducia è stata ripresa nella decisione formale del 25 giugno 2020. Nella decisione su opposizione del 27 aprile 2021 (doc. A) la Cassa malati ha poi riportato per esteso il parere del suo medico di fiducia in merito alla ricetta del 12 maggio 2020 del dr. med. _____ (cfr. punto 12 pag. 5). Pur dovendo rilevare che alcuni aspetti delle verifiche dal fiduciario della Cassa non sono state poste a disposizione del ricorrente se non con la produzione degli atti al TCA (verbale del colloquio del fiduciario), l'apparente violazione del diritto di essere sentito subita dall'assicurato (per non avere ricevuto a tempo debito il verbale di colloquio del dr. med. _____) non impone di annullare la decisione. La decisione impugnata non si fonda su tale atto. D'altro canto in sede processuale il ricorrente si è potuto ampiamente esprimere in merito e, comunque, il TCA ha piena cognizione. Un rinvio, per le ragioni addotte, alla Cassa costituirebbe uno sterile esercizio di stile. nel merito 4. Oggetto del contendere è sapere se la Cassa malati sia tenuta a versare all'insorgente delle indennità giornaliere per malattia per l'inabilità lavorativa certificata dall'8 maggio al 31

luglio 2020. 5. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Ai sensi dell'art. 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).

6. 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. 7. 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). 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.

8. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che la "Dichiarazione d'incapacità lavorativa malattia" compilata dall'assicurato l'11 maggio 2020 (doc. 1) e trasmessa per via telematica alla Cassa malati indica che egli è risultato inabile al lavoro al 100% dall'8 maggio 2020 per malattia, e meglio "Influenza da covid 19, coronavirus, influenza, difficoltà respiratorie, febbre, bruciore agli occhi.". Il curante dr. med. _____, medicina interna generale FMH, ha certificato il 12 maggio 2020 (doc. C) un'inabilità lavorativa del 100% dall'8 fino al 22 maggio 2020 e con ricetta di pari data (doc. C1) ha prescritto all'assicurato uno sciroppo (Solmucalm) e uno spray (Drossadin). La Cassa malati lo ha interpellato inviandogli il 14 maggio 2020 (doc. J) il "Questionario in caso d'incapacità lavorativa" da compilare. Dalle risposte che il dr. med. _____ ha fornito il 18 maggio 2020 risulta che l'interessato era inabile al lavoro a causa del COVID-19 (risposta n. 1), che il medico l'ha visitato l'11 maggio 2020 perché il "paziente in quarantena per sospetto Covid-19 positivo in famiglia", che non ha necessitato di essere ospedalizzato (risposta n. 2) e che non è stato fatto il test per il COVID-19 (risposta n. 3) visto che non presentava dei sintomi (risposta n. 5). Era in quarantena (risposta n. 7) e la domanda n. 8 sul motivo della quarantena è stata lasciata in bianco. Alla domanda n. 9 a sapere se l'interessato era in incapacità lavorativa a causa del COVID-19 per un motivo che non era legato a un danno alla salute, il medico ha risposto che "paziente in quarantena per sospetto Covid-19 positivo in famiglia" e alla successiva domanda se v'erano informazioni particolari da comunicare il curante ha indicato che "Famigliare risultato poi negativo". Nel certificato medico del 20 maggio 2020 (doc. E) il dr. _____ ha attestato un'inabilità lavorativa completa dal 23 al 31 maggio 2020 e il 29 maggio 2020 (doc. H) dal 1° al 15 giugno 2020. Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dal canto suo, ha certificato, il 2 giugno 2020 (doc. D), che l'assicurato era inabile all'attività lavorativa in ragione del 100% per malattia sino al 1° luglio 2020. Mentre con rapporto del 18 giugno 2020 (doc. K) il cardiologo FMH dr. med. _____, ha indicato di avere già valutato l'assicurato nel 2018, riscontrando uno stato di distonia neurovegetativa, ansia depressione reattiva parossistica, ipertensione, stress riaccusato di recente per problemi personali. La terapia in atto, non continuativa, era di Coveram 5/5 mg 1/die e Dilatrend 25

mg mezza pastiglia al giorno. Per lo status e la situazione generale lo specialista ha rilevato aspetti esulanti la sua specializzazione ossia tratto ansioso reattivo. Lo specialista ha accertato che il cuore è morfologicamente e funzionalmente nella norma escludendo patologie cardiache e ritenendo il sussistere di uno stato di distonia neurovegetativa, un calo funzionale come da sindrome da fatica. Nonostante l'assenza di patologie cardiache inabilitanti il dr. med. _____ ha certificato (docc. D1 e L), che l'interessato era inabile al lavoro al 100% per malattia fino al 30 giugno 2020. 9. Il fiduciario dr. med. _____, FMH pneumologia, interpellato dalla Cassa in merito alla ricetta medica rilasciata dal medico curante il 24 giugno 2020 (doc. 3), a ritenuto unicamente i prodotti prescritti sintomatici per gli episodi tussigeni. 10. Con certificato del 1° luglio 2020 (doc. D2) il dr. _____ ha attestato l'inabilità lavorativa totale dell'interessato fino al 15 luglio 2020 e il 15 luglio l'ha prolungata fino al 31 luglio 2020 (doc. 12). Lo psichiatra ha poi redatto il 20 luglio 2020 (doc. 13) all'indirizzo di CO 1 un rapporto del seguente tenore: " Il paziente è seguito presso il mio studio, con un doppio approccio terapeutico, farmacologico e psicoterapeutico, dal 18.10.2019. È affetto da un disturbo da gioco d'azzardo patologico (DSM 5 312.31 ICD 10 F 63.0) di media gravità, in comorbidità con un disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti (DSM 5 309.28 ICD 10 F 43.23). A causa di una situazione di importante stress emotivo legata a un intervento cardiocirurgico ad un amico a cui è molto legato e avvenuto in data 18.05.2020, ha iniziato a sviluppare una sintomatologia ansiosa caratterizzata da ansia libera, correlati somatici, deflessione del tono dell'umore e insonnia, da me valutata in data 01.06.2020. In quella circostanza venivano riferiti inoltre intensi sentimenti di inadeguatezza e di incapacità a prendersi cura dell'amico, acuiti anche dai vissuti relativi alla chiusura imposta dall'epidemia di Coronavirus. Attualmente assume la seguente terapia: Paronex 40 mg/die, Xanax 0,25 mg 1-0-1, Halcion 0,250 mg/sera. È stato rivalutato anche in data 03.06.2020, 10.06.2020, 01.07.2020 e 15.07.2020, denotando un quadro clinico di sostanziale stabilità e non ravvisando, attualmente, miglioramenti sostanziali. Si ritiene quindi, per la gravità e la recidiva della patologia di cui è affetto e che condiziona sicuramente una normale performance lavorativa, oltre a quella propriamente esistenziale, che il paziente sia assolutamente inabile all'attività lavorativa nella misura del 100% dalla data del 01.06.2020 sino al 31.07.2020, salvo complicazioni cliniche.". Dal canto suo il curante dr. med. _____ ha scritto alla Cassa malati, il 23 luglio 2020 (doc. 14), rilevando come "il paziente non aveva sintomi di Covid 19" ma era "estremamente depresso e ansioso" ... "da considerare in inabilità lavorativa dal 08.05.2020 per motivi psichici" ... "confermati dallo psichiatra il 20.07.2020", attestando, in merito al questionario per inabilità lavorativa del 14.05.2020, che il paziente non presentava sintomi di Covid 19, ma si presentava " ... già estremamente depresso e ansioso a causa dell'intervento operatorio al cuore che ha subito un suo intimo amico. Era già dunque da considerare in inabilità lavorativa dal 08.05.2020 per motivi psichici che vengono confermati dallo psichiatra Dr. _____ nella lettera del 20.07.2020.". Su invito della Cassa malati, il dr. med. _____ ha risposto il 24 marzo 2021 (doc. 16) a quesiti riguardanti i rapporti dei tre medici curanti dell'assicurato come segue: " Questions sur les rapports Dr _____, FMH médecine générale : Ad 1: Le rapport médical du 18.05.2020 ne permet pas de justifier une incapacité de travail. Le médecin parle d'une suspicion de covid-19, d'autant plus que ce diagnostic ne sera jamais confirmé. Ad 2: L'ordonnance du 12.05.2020 ne suffit pas à démontrer de manière hautement vraisemblable l'arrêt de travail de l'assuré. En effet il s'agit d'un médicament antiseptique pour la bouche et d'un médicament mucolytique (pour favoriser

l'expectoration). Ad 3: Dans son rapport médical du 23.07.2020, le Dr _____, voyant notre refus de prendre en charge les indemnités, annonce de manière nouvelle pour cette incapacité de travail débutant le 08.05.2020, que son patient souffre de trouble anxieux et dépressifs liés à l'opération du cœur d'un ami. Pourquoi n'a-t-il pas signalé cela dans son rapport médical du 18.05.2021? Ce changement de diagnostic incapacitant est douteux. Questions sur les rapports du Dr _____, cardiologue FMH : Ad 1: Dans son rapport médical du 18.06.2020, le cardiologue retient les diagnostics suivants: Dystonie neurovégétative; réaction paroxystique anxio-dépressive; Hypertension; stress personnel. Le cardiologue ne donne aucune valeur de la pression artérielle. A-t-elle été mesurée? Il dit que cette hypertension est secondaire au stress et que son traitement n'est qu'intermittent (Coveram + Dilatrend). L'examen cardiologique est décrit comme normal (ECG de base, ergométrie et échocardiographie). Les constatations du cardiologue, dans son rapport médical, confirment donc l'absence d'un problème cardiaque. Ces constatations ne justifient ainsi aucun arrêt de travail pour des raisons cardiologiques. Donc l'arrêt de travail de 12 jours donné par le cardiologue le 18.06.2020 ne me paraît pas être justifié sur le plan cardiologique. De plus il me paraît clair que le cardiologue ne peut attester que des incapacités de travail liée à sa spécialité. Questions sur les rapports du Dr _____, psychiatre FMH : Dans son rapport médical du 20.07.2020, le psychiatre semble dire que son patient souffre maintenant d'une situation de stress plus marquée qu'auparavant, situation liée à une intervention cardiaque chez un ami. Pour cette raison le psychiatre justifie l'arrêt de travail qu'il donne du 03.06.2020 au 31.07.2020 (Ce ne sont pas les mêmes dates d'arrêt de travail que celles données par le Dr _____). Il est étonnant toutefois de noter que même si le client a dû consulter à 4 reprises en 6 semaines son psychiatre, le traitement médicamenteux en cours n'a absolument pas été modifié. Il est exactement le même depuis plusieurs mois (voir rapport du psychiatre du 13.01.2020) et n'a pas empêché le client de travailler sous ce traitement normalement depuis au moins le début de l'année 2020. Certes le client a peut-être été stressé et marqué par la maladie de son ami, mais pas au point de justifier une incapacité de travail. C'est aussi très surprenant d'avoir reçu l'incapacité de travail du psychiatre, très tardivement, le 20.07.2020, soit 7 semaines après son début et uniquement dans le cadre d'une opposition du client à notre décision de refus de prestations. En résumé, pour moi les incapacités de travail données par les Dr _____, _____ et _____ n'ont pas de justification médicale hautement vraisemblable. Je pense que nous devons les refuser." Nel suo complemento del 12 aprile 2021 (doc. 17) il medesimo medico di fiducia di CO 1 ha così risposto ad ulteriori quesiti che gli sono stati sottoposti: " question 1: Non, le rapport médical du cardiologue ne rend pas hautement vraisemblable l'incapacité de travail donnée par ce spécialiste. En effet, ce spécialiste se prononce tardivement en attestant une incapacité de travail relevant d'une pathologie ne correspondant pas à sa spécialité médicale. Il atteste dans son rapport médical du 18.06.2020, par les faits qu'il expose, que le client ne présente aucun problème cardiaque incapacitant. Il atteste un syndrome anxieux avec des manifestations neuro-végétatives dont une hypertension artérielle contrôlée par le traitement (on le suppose puisqu'aucune valeur de pression artérielle n'est signalée dans ce rapport médical). question 2: Non, le rapport médical du psychiatre du 20.07.2020 ne rend pas hautement vraisemblable l'incapacité de travail attestée par ce spécialiste. En effet, même si le psychiatre parle d'une situation de stress engendrée chez le patient par le problème cardiaque d'un ami, cette situation n'a engendré aucune modification du traitement médicamenteux en cours depuis plusieurs mois, puisque le psychiatre rapporte exactement le même traitement médicamenteux que

dans son rapport médical du 18.01.2020. Le patient a travaillé tout le temps depuis le début de l'année 2020 avec le même traitement médicamenteux. Si le stress et l'anxiété avaient été aussi importante qu'annoncés, le traitement médicamenteux aurait dû être certainement modifié ou augmenté. question 3: Non. Ce qui me frappe dans ce dossier est la chronologie des rapports médicaux fournis pour essayer de justifier une incapacité de travail. D'abord il y a une annonce tardive du "problème" de santé, puis on nous parle d'une suspicion non confirmée de Covid-19 et devant le refus de l'assurance de prendre en charge les prestations, d'autres "problèmes médicaux" sont mis en avant. question 4: Oui le dossier me semble suffisamment complet pour que l'assurance puisse se prononcer." 11. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. 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 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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, nemmeno il più lieve, 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può

evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 12. In concreto va osservato come: Per l'inabilità lavorativa per il periodo dall'8 al 31 maggio 2020 Come risulta chiaramente dal questionario del 18 maggio 2020 (doc. 2), l'assicurato è stato messo in quarantena dal suo medico curante per sospetto caso di COVID-19 positivo in famiglia e quindi dichiarato inabile al lavoro dal dr. med. _____ dall'8 al 22 maggio 2020 (doc. C). Ciò non permette di ritenere una IL pensionabile, non trattandosi della comparsa di una malattia e quindi della realizzazione di un danno alla salute giusta l'art. 6 LPGa. Il giudice delle assicurazioni sociali deve dare più peso alle prime dichiarazioni, le quali sono espresse in generale in un momento in cui le persone interessate non sono ancora consapevoli delle conseguenze giuridiche del loro dire (cosiddette dichiarazioni della prima ora) (DTF 142 V 590 consid. 5.2; STF 8C_438/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 6.1). Le precisazioni del 23 luglio 2020 del dr. _____, secondo cui l'assicurato non aveva in effetti sintomi di COVID-19, ma era già estremamente depresso e ansioso a causa dell'intervento al cuore subito da un suo intimo amico, essendo state espresse dopo la decisione di rifiuto delle prestazioni del 25 giugno 2020 (e non da uno psichiatra specialista qual è il dr. _____), non sono atte a sovvertire le conclusioni che si possono trarre dagli atti. Infatti, la preesistenza di un disagio psichico nell'assicurato non muta la circostanza che l'inabilità lavorativa iniziale dall'8 al 22 maggio 2020 sia stata inizialmente attestata dal curante per la quarantena nell'ambito del COVID-19 e non per un riconosciuto danno alla salute. Prova ne è che la notifica di malattia all'assicuratore malattia effettuata dall'interessato medesimo indica espressamente che l'assenza dal lavoro era dovuta a influenza da COVID-19, influenza, difficoltà respiratorie e febbre e quindi nulla ha a che vedere con i suoi preesistenti disturbi psichici. Peraltro, lo stesso dottor _____ ha prescritto al suo paziente, il 12 maggio 2020, due blandi farmaci contro la tosse, che di certo non possono giustificare un'inabilità lavorativa di due settimane. Per il periodo di inabilità lavorativa dal 18 al 30 giugno 2020 Il dr. med. _____, FMH cardiologia, ha certificato il 18 giugno 2020 che l'assicurato era inabile al lavoro al 100% fino a fine mese. Come riportato in precedenza a fondamento della sua valutazione questo specialista ha posto aspetti che non ottengono lo status cardiologico del ricorrente. Il Dr. _____ non ha attestato patologie inabilitanti il lavoro. Per l'incapacità lavorativa attestata dal 23 al 31 maggio 2020 Il dr. _____ ha continuato a certificare un'inabilità lavorativa dal 23 al 31 maggio 2020 (doc. E) e nel suo complemento del 23 luglio 2020 ha fatto riferimento allo psichiatra curante, dr. med. _____, per giustificare che questa inabilità lavorativa era dovuta sin dall'8 maggio 2020 per motivi medici. Va rilevato qui che lo specialista ha attestato un'incapacità lavorativa dell'assicurato soltanto dal 1° giugno 2020. Ciò stante, la precisazione comunicata dal medico curante dell'assicurato alla Cassa malati appena dopo l'inoltro dell'opposizione contro la decisione di rifiuto del versamento di indennità giornaliera per malattia non è d'aiuto al ricorrente. Non è possibile riconoscere il diritto dell'assicurato a ricevere delle indennità giornaliera per perdita di guadagno durante detto periodo. Per l'incapacità lavorativa dal 1° giugno al 31 luglio 2020 Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha certificato il 2 giugno 2020 (doc. D) che l'assicurato era inabile al 100% per malattia sino al 1° luglio 2020. Il 1° luglio 2020 (doc.

D2), poi, ha prolungato questa incapacità lavorativa fino al 15 luglio 2020 e con il rapporto del 20 luglio 2020 (doc. 13) ha indicato che si estendeva dal 1° giugno al 31 luglio 2020. Già in sua cura dal 18 ottobre 2019 per un disturbo da gioco d'azzardo patologico di media gravità e un disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti, lo psichiatra ha riferito che a causa di una situazione di importante stress emotivo legata a un intervento chirurgico al cuore subito il 18 maggio 2020 da un amico a cui l'assicurato era molto legato, quest'ultimo ha iniziato a sviluppare una sintomatologia ansiosa caratterizzata da ansia libera, correlati somatici, deflessione del tono dell'umore e insonnia, situazione che il dr. _____ ha valutato il 1° giugno 2020. Perciò, nel certificato del giorno seguente lo specialista ha attestato un'inabilità lavorativa totale. Lo stato di salute del ricorrente è poi stato rivalutato dallo psichiatra il 3 e il 10 giugno 2020, come pure il 1° e il 15 luglio 2020, denotando un quadro clinico di sostanziale stabilità e non ravvisando, a quel momento, come pure al 20 luglio 2020 quando ha redatto il suo referto, miglioramenti sostanziali. Pertanto, vista la gravità e la recidiva della patologia che, a suo dire, condizionava sicuramente una normale performance lavorativa dell'assicurato, oltre a quella propriamente esistenziale, l'ha ritenuto totalmente inabile al lavoro dal 1° giugno al 31 luglio 2020. La terapia psicofarmacologia in essere al 20 luglio 2020 era di Paronex 40 mg/die, Xanax 0,25 mg 1-0-1, Halcion 0,25 mg/sera. In effetti, come ha rilevato il dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa malati, questi medicinali e i relativi dosaggi sono i medesimi che si riscontrano nel referto del 13 gennaio 2020 (doc. 18) dello stesso dottor _____, in cui quest'ultimo ha riferito del disturbo da gioco d'azzardo patologico di media gravità, a quel momento peggiorato, che condizionava l'assicurato nelle relazioni sociali ed affettive e nell'attività lavorativa, tanto che lo psichiatra gli aveva consigliato anche di intraprendere un breve percorso riabilitativo e l'aveva posto in inabilità lavorativa del 100% fino al 29 febbraio 2020. Gli aspetti psichici non sono però stati indagati in maniera congiunta ed approfondita e per tutto il periodo certificato dal curante. Non è in particolare chiara la terapia psicofarmacologica in essere specie dal 1° giugno al 31 luglio 2020, con conseguente difficoltà per il TCA di stabilire, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6), se l'assicurato sia stato inabile al lavoro nel periodo citato. Ne viene che gli atti vanno rinviati a CO 1 per un approfondimento della questione. 13. Visto quanto esposto, il ricorso va parzialmente accolto. La decisione impugnata va annullata limitatamente al rifiuto, per motivi psichiatrici, di concedere IL nel periodo 1° giugno – 31 luglio 2020. Gli atti sono rinviati a CO 1 affinché proceda ai necessari approfondimenti e decida nuovamente. Per il periodo dall'8 al 31 maggio 2020, invece, non è stata validamente dimostrata l'esistenza di un'incapacità lavorativa per malattia che dia diritto al versamento di prestazioni per perdita di guadagno. 14. In concreto il ricorso ha per oggetto delle prestazioni assicurative, per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese. L'insorgente è rappresentato da RA 1. Richiamata la giurisprudenza in materia di ripetibili (DTF 129 II 297 consid. 5, DTF 119 Ib 412, DTF 112 V 86 consid. 4, DTF 110 V 81 consid. 7, DTF 105 V 89 consid. 4, DTF 105 Ia 122, DTF 99 Ia 580 consid. 4; Susanne Leuzinger-Naef , Bundesrechtliche Verfahrensorderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltliche Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in SZS 1991 pag. 180 ss; DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329; cfr. la sentenza 30.2009.32 del 2 aprile 2010) e vista inoltre la STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la giurisprudenza citata, anche nel caso di specie il ricorrente, siccome il suo rappresentante, come già rilevato nel

precedente giudizio STCA 36.2021.12 del 19 aprile 2021, né è " persona senza specifica formazione giuridica " e " Diversamente da un patrocinatore che svolge il mandato a titolo oneroso (quale avvocato) RA 1 agisce in favore dei suoi associati a scopo ideale ("a tutela dei cittadini") " (cfr. consid. 8 pag. 12), né si può ravvisare un agire temerario da parte dell'assicuratore, non vanno assegnate ripetibili.

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