

# TI\_GERICHTE 36.2022.13 vom 25. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2022.13](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2022.13)

FR: TI\_GERICHTE 36.2022.13 du 25 avril 2022

IT: TI\_GERICHTE 36.2022.13 del 25 aprile 2022

## Erwägungen

### E. 1

o 3 LVAMal.

### E. 2

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

### E. 3

febbraio 2022 CO 1 ha quindi confermato che l'inabilità lavorativa terminava il 26 novembre 2021 e che dal 27 novembre 2021 il caso di malattia dell'assicurato iniziato il 13 agosto 2021 era chiuso. 2.9. Unitamente al ricorso l'assicurato ha trasmesso al Tribunale un certificato medico del dr. med. \_\_\_\_\_, datato 25 febbraio 2022 (doc. C), che attesta un'inabilità lavorativa al 100% durante tutto il mese di marzo 2022 per il sussistere della sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10: F41.2), oltre ad una lettera destinata al patrocinatore dell'assicurato (allestita dall'assistente medico dr.ssa \_\_\_\_\_ e sottoscritta dal dr.ssa \_\_\_\_\_), datata 28 febbraio 2022 (doc. B), che conferma l'inabilità lavorativa anche a causa di una “ chiara esacerbazione della sintomatologia ansioso depressiva ” da ricondurre in parte a “ un lutto familiare ”. che avrebbe, nel febbraio 2022, contribuito all'aggravamento del quadro clinico con un netto peggioramento dell'ansia psichica e somatica oltre che del tono dell'umore e del ritmo sonno-veglia. D'avviso dei curanti i sintomi d'ansia e depressivi si assocerebbero alla presenza fluttuante di una sintomatologia a livello vegetativo determinando una disabilità sul piano psicosociale, oltre che una marcata esauribilità fisica. Da qui la completa inabilità. Per quanto attiene le cure farmacologiche lo scritto 28 febbraio 2022 (doc. B) indica solo un parziale beneficio delle stese. 2.10. Per costante giurisprudenza (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.

### E. 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.). Per quel che concerne il valore probatorio 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). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 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.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C\_168/2020 consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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). In seguito (STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.

#### **E. 4.4**

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire

alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai 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). 2.11. 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).

2.12. In concreto, come evidenziato sub. 2.1., l'assicurato postula il versamento di indennità giornaliera a contare dal 27 novembre 2021 sino a tutto il mese di marzo 2022. L'assicuratore ha evidenziato, nella sua risposta di causa, di avere versato, per altra causa non da ricondurre a una pretesa patologia psichiatrica, indennità giornaliera a RI 1 dal 27 novembre 2021 sino al 2 gennaio 2022, così come indicato specificatamente anche in sede di decisione su opposizione al §9 cui si rinvia. In effetti il ricorrente, a seguito dell'escissione di una cisti, è stato inabile al lavoro nel periodo corrente dal 27 novembre 2021 sino al 2 gennaio 2022 (ossia durante 37 giorni che sono stati indennizzati) e, con certificato medico del dr. \_\_\_\_\_ 27 gennaio 2021 (cui fa riferimento, in maniera incontestata dall'assicurato, la risposta di causa dell'assicuratore), il caso è stato chiuso appunto con effetto al 2 gennaio 2022. Il ricorrente non può, siccome già indennizzata l'inabilità lavorativa, pretendere ulteriore versamento per il periodo corrente appunto dal 27 novembre 2021 al 2 gennaio 2022. Occorre quindi esaminare se RI 1 abbia diritto alle IG per il periodo successivo, ossia dal 3 gennaio al 31 marzo 2022.

2.13. Dall'esame dell'insieme della documentazione medica prodotta agli atti, vanno pienamente condivise le conclusioni cui è pervenuta, nelle valutazioni del 20 novembre 2021 e 27 gennaio 2022, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario cui CO 1 ha fatto capo per esaminare le condizioni di salute dell'assicurato. Questi rapporti poggiano su constatazioni approfondite, complete ed oggettive, e sono allestiti sulla scorta delle esigenze in materia, previo svolgimento degli esami necessari. La specialista ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, e le sue valutazioni hanno piena forza probante. La dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'assicurato durante un'ora e 15 minuti, avere esaminato gli atti messi a sua disposizione dalla Cassa malati, i dati soggettivi

forniti direttamente dall'interessato e le constatazioni oggettive e cliniche personalmente riscontrate, ha spiegato dettagliatamente le ragioni per le quali l'assicurato, affetto da una sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10: F41.2), reattiva a problemi legati all'occupazione (Z56), dal 16 novembre 2021 (doc. 20 e 30) non presentava alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista psichico. L'esame clinico secondo AMDP System ha infatti rilevato un assicurato collaborante, disponibile, curato nella persona e nell'abbigliamento, con mimica e gestualità che esprimono lieve ansia e depressione, lucido e orientato nei 4 domini, con un linguaggio fluente ed esente da turbe afasiche, senza deficit della memoria a breve, medio e lungo termine, con capacità logiche e di giudizio conservate e la capacità di attenzione e concentrazione mantenuta durante il colloquio, il corso del pensiero era normale, senza ideazioni deliranti, idee fisse o prevalenti, la percezione era pronta e libera da errore, negava allucinazioni, il tono dell'umore era lievemente deflesso. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha poi evidenziato come la terapia farmacologica prescritta all'assicurato fosse assai blanda, visto che RI 1 assumeva ansiolitici soltanto la sera, e non anche di giorno, con Temesta, ma non Cipralex gocce né Xanax compresse che gli aveva prescritto il medico curante. Da fine ottobre 2021 l'assicurato è stato posto al beneficio di un consulto a settimana con una psicologa. Il medico fiduciario ha constatato l'assenza di una terapia ipnotica, efficace, che poteva essere prescritta ed avere influsso positivo sulla continuità del sonno, per esempio con Imovane (medicamento che compare evocato solo negli scritti del 14 dicembre 2021 e 28 febbraio 2022, quest'ultimo successivo alla decisione impugnata, di \_\_\_\_\_ al patrocinatore del ricorrente). I referti del 20 novembre 2021 e del 27 gennaio 2022, dettagliati, approfonditi, estremamente motivati e coerenti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e argomentato, dopo aver proceduto ad esami approfonditi del caso (STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009 c. 10.2), rispondono inoltre alle condizioni poste dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile (cfr. c. 2.7) e non sono stati adeguatamente contestati in maniera qualificata dal ricorrente. Egli si è infatti limitato a sostenere che detti rapporti sono superficiali e contraddittori, ma non è stato in grado di indicare per quali motivi lo sarebbero, così come evidenziare quali affermazioni non sarebbero valide, in base a quali concreti elementi. Le contestazioni dei rapporti della psichiatra fiduciaria appaiono quindi generiche e senza sostrato fattuale. L'assicurato, allo scopo di comprovare la sua totale incapacità lavorativa, ha prodotto alcuni certificati medici del curante. Da un lato, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è limitato a redigere semplici certificati che indicano solo il periodo di malattia e il grado di inabilità lavorativa, ma che non aggiungono dati clinici recenti dell'assicurato e nemmeno sullo sviluppo della malattia. D'altro lato, invece, seppure i rilievi del 14 dicembre 2021 e del 28 febbraio 2022 siano più dettagliati, essi si sviluppano in poco più di una paginetta e si limitano ad elencare i disturbi soggettivi espressi dall'assicurato, mentre nulla riferiscono in merito alle constatazioni oggettive che, clinicamente, lo specialista e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico assistente non specialista in materia, avrebbero dovuto esporre per dare un quadro clinico più completo e affidabile sulle condizioni di salute dell'insorgente. Nulla è stato in effetti menzionato in merito alle risultanze di un esame clinico più approfondito che i curanti avrebbero eseguito rispettivamente lo status psichico riscontrato nei mesi durante i quali essi avevano in cura l'assicurato, od ancora in merito a test cui l'assicurato è stato sottoposto. Nel primo scritto del 14 dicembre 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato di avere prescritto Imovane e l'ha confermato pure nel secondo referto del 28 febbraio 2022 (doc. B). Non è tuttavia noto se

l'assicurato l'abbia effettivamente assunto, visto che già nel corso del 2021 aveva confidato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ di non avere seguito la terapia antidepressiva con Cipralex che il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva indicato il 22 settembre 2021 di avergli prescritto, unitamente a Temesta e alla psicoterapia, avviata solo nella seconda metà di ottobre 2021. Quale antidepressivo il curante gli ha poi prescritto Citalopram per la sera, mentre nel suo secondo rapporto ne ha spostato al mattino l'assunzione, accompagnandolo dall'ansiolitico Lyrica, da prendere pure alla sera. I curanti hanno indicato, solo il 28 febbraio 2022, di avere prescritto, al bisogno, Librax, un antispastico con sedativo per problemi digestivi o urinari dovuti all'ansia o alla tensione e 1-2 compresse al giorno di Xanax, un ansiolitico contenente benzodiazepine (come rileva il sito [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)). La diagnosi posta dall'assistente dr.ssa \_\_\_\_\_ e approvata dal dr. \_\_\_\_\_, ricalca quella formulata del medico fiduciario dell'assicuratore malattia, ossia il ricorrente era affetto da una sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10: F41.2). Tuttavia i curanti hanno riferito unicamente dell'origine dell'insorgenza di questa sindrome e dei disturbi soggettivi lamentati senza argomentare specificatamente da cosa deriverebbe l'inabilità lavorativa e come mai la stessa avrebbe avuto una così lunga durata (quella ritenuta dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ va dalla metà di agosto 2021 sino a fine marzo 2022 per oltre 7 mesi e mezzo). Dal canto suo la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha descritto lo stato di salute psichico dell'assicurato da lei riscontrato al momento della sua valutazione, il 16 novembre 2021. Essa ha eseguito l'esame clinico mediante l'AMDP System e ha giudicato la capacità lavorativa del ricorrente secondo il test Mini ICF-APP. La specialista incaricata dall'assicuratore ha valutato il caso in base al lungo colloquio personale, ai suoi accertamenti eseguiti de visu ed anche in base ai test che hanno oggettivato lo stato clinico e fornito elementi di valutazione della capacità lavorativa, permettendo di accertare assenza di deficit tali da interferire con la funzionalità lavorativa dell'assicurato (da non dimenticare che nelle more della malattia l'assicurato si è preparato ed ha affrontato impegnativi esami professionali). La specialista interpellata dalla Cassa ha infatti riscontrato unicamente un lieve deficit della flessibilità, mentre deficit delle competenze, del rispetto delle regole, del giudizio, dell'assertività, della persistenza, della relazione con gli altri e della mobilità, non sono risultati essere presenti. D'altro canto, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha riscontrato, a livello oggettivo, soltanto dei lievi segni di ansia al colloquio rilevando che il tono dell'umore era lievemente depresso. Gli altri fattori erano invece positivi (linguaggio fluente, esente da turbe afasiche, nessun deficit della memoria, capacità logiche e di giudizio conservate, attenzione e concentrazione mantenute, corso del pensiero normale, percezione pronta e libera). Va ulteriormente evidenziato che nessuno dei certificati prodotti dall'assicurato, in particolare le relazioni mediche del 14 dicembre 2021 e del 28 febbraio 2022, si confrontano con le valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. I curanti non si sono chinati sui rilievi della specialista e con le sue motivate conclusioni. Dal canto suo invece la dr.ssa \_\_\_\_\_ si è espressa in merito alla prima certificazione specialistica prodotta dall'interessato, indicando i motivi per i quali non ne condivideva le conclusioni. I due scritti dei curanti, anche se il dr. \_\_\_\_\_ ha una formazione quale psichiatra FMH, non possono pertanto assurgere a una valida contestazione delle valutazioni della specialista incaricata dall'assicuratore di valutare la situazione valetudinaria dell'insorgente. Dagli stessi pareri dei curanti non risulta oggettivamente un quadro peggiore rispetto a quello individuato dal medico fiduciario. Questo vale anche per la lettera 28 febbraio 2022 dello studio \_\_\_\_\_, che accerta una situazione successiva alla decisione impugnata, al legale del ricorrente (manifestamente formulata per la sua produzione agli atti di causa),

visto che, malgrado l'indicazione di esacerbazione dei sintomi della sintomatologia ansioso depressiva da febbraio (con peggioramento del ritmo sonno veglia e interessamento del tratto gastrointestinale curato con Librax), in parte da ricondurre a un lutto in famiglia, la diagnosi non è mutata ed è identica a quella formulata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ il 20 novembre 2021 e confermata anche in seguito dopo esame del parere del 14 dicembre 2021 della psicologa, del medico assistente e dello psichiatra e psicoterapeuta che seguivano l'insorgente dal mese di ottobre 2021 con l'indicazione di una aggiunta farmacologica (specie per Librax e con prescrizione di Lyrica). Invero v'è stata una modifica della terapia farmacologica, con l'introduzione di tre nuovi farmaci, di cui due, però, assunti solo al bisogno e uno di essi, il Librax, terso a risolvere problemi digestivi dovuti all'ansia o alla tensione, mentre il terzo, Lyrica, è indicato in caso di disturbi ansiosi generalizzati, oltre che a dolori neuropatici e in caso di crisi parziali epilettiche (www. compendium.ch), quindi non avente finalità curative specifiche. Da rilevare ancora come, in nessuno dei due referti dei curanti è specificata la frequenza dei colloqui con psicologo e psichiatra (doc. 24 pag. 2). L'aggravamento dello stato di salute a febbraio 2022, senza maggiore specifica e precisazione, non è riferito specificatamente alla capacità lavorativa, nulla indica come l'esacerbazione dei sintomi, evidenziato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e sottoscritto dal dr. \_\_\_\_\_, impedirebbe lo svolgimento dell'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Gli scritti dello studio \_\_\_\_\_, neppure il doc. B del 28 febbraio 2022 (generico e privo di indicazioni concrete e specifiche), non sono tali da comprovare il sussistere di un'incapacità lavorativa dell'insorgente, non fondandosi su validi elementi clinici e oggettivi e non essendo atti a sovvertire le convincenti conclusioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha per contro analizzato lo stato clinico del ricorrente e i cui referti presentano 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 conclusione, i rapporti del 20 novembre 2021 e del 22 gennaio 2022 redatti dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ possono essere posti alla base del giudizio di questa Corte. A queste valutazioni può essere riconosciuto pieno valore probatorio. Alla luce di quanto precede questa Corte deve concludere che l'insorgente, dal 3 gennaio 2022, non era incapace al lavoro e non ha di conseguenza diritto, per motivi psichici, a ulteriori prestazioni assicurative. 2.14. Con l'impugnativa l'assicurato ha chiesto l'erezione di una perizia giudiziaria per corroborare le generiche conclusioni dei suoi curanti (doc. I punto 2 pag. 6). Questo TCA rinuncia invece all'allestimento di una perizia. I referti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non adeguatamente contestati dall'insorgente come indicato in precedenza, non forniscono elementi di dubbio delle valutazioni della psichiatra incaricata dall'assicuratore essendo generici. In difetto di porre in evidenza, mediante elementi concreti precisi e specifici, elementi di contraddittorietà rispetto alla valutazione del medico fiduciario della Cassa, l'erezione di una valutazione peritale appare priva di sufficiente sostrato e non modificherebbe l'esito della vertenza. Ne segue che la controversia fra le parti può essere decisa senza la necessità di assumere ulteriori prove. Va qui rammentato che 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

Verwaltungsrechts-pflege 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. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.15. Sulla scorta delle considerazioni che precedono deriva dunque che la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso deve di conseguenza essere respinto. Trattandosi della richiesta di indennità giornaliera per malattia, il legislatore non ha previsto di prelevare delle spese (art. 61 lett. f bis LPGA). Sul tema delle spese si vedano anche le STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022 ; STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022 e STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107). 2.16. Contestualmente al ricorso (doc. I), l'assicurato ha chiesto al Tribunale di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, producendo la documentazione a sostegno della sua indigenza (doc. IV/1). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, l'assicurato non ha reso verosimile che il suo ricorso avrebbe potuto avere un esito positivo e ciò anche alla luce della documentazione medica già agli atti e a quella prodotta davanti al TCA. I documenti medici su cui egli si è fondato sono, come indicato, generici e non permettevano, sin dall'inizio, di ritenere la causa avente concrete possibilità di riuscita. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, ovvero se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti), non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta.

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