

TI_GERICHTE 36.2023.32 vom 12. Februar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.32

FR: TI_GERICHTE 36.2023.32 du 12 février 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2023.32 del 12 febbraio 2024

Erwägungen

E. 2

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

E. 2.8

In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione su opposizione impugnata del 12 ottobre 2023, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni dell'assicuratore convenuto. I referti del 20 dicembre 2022 e del 25 aprile 2023 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, sono dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Lo specialista si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate. Ai referti va attribuita piena forza probante. Del resto il curante dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia ed il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, hanno condiviso, fino al 30 giugno 2023 le rispettive conclusioni in merito alla diagnosi (sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità [ICD10: F32.1]) e alla capacità lavorativa del ricorrente, da ultimo pari al 50%. I due specialisti divergono invece circa l'evoluzione dello stato di salute a partire dal 1° luglio 2023. I certificati prodotti dal dr. med. _____ il 3 luglio 2023 ed il 18 agosto 2023 non sono tuttavia atti a sovvertire le conclusioni del perito, dr. med. _____, avvallata dal medico fiduciario, dr. med. _____, secondo cui nei mesi di luglio e agosto 2023 l'interessato era ancora inabile al massimo al 25%. Nel primo referto il curante, pur condividendo le riflessioni “diagnostico-prognostiche” del perito, si limita ad affermare di “dover certificare un'incapacità lavorativa parziale, frutto di una mancata stabilizzazione del quadro clinico”, senza tuttavia quantificare percentualmente l'asserita incapacità lavorativa e senza apportare alcun elemento medico oggettivo atto a sostanziare le sue parole, limitandosi a sostenere che la “sintomatologia descritta in precedenza permane a tutt'oggi, divenendo pervasiva, segnatamente la sua caricabilità e capacità di tenuta”. Non è di maggior ausilio il rapporto del 18 agosto 2023, dove, pur quantificando l'incapacità lavorativa (50%), cita un episodio comprovante un'accresciuta irritabilità e la persistente ansietà e faticabilità, che ne limita la caricabilità, senza tuttavia, neppure in questa occasione, apportare elementi medici oggettivi atti a comprovare il suo dire. Circa le contestazioni dell'insorgente, secondo il quale, contrariamente a quanto figurante nella decisione su opposizione impugnata (pag. 3, punto 17 “[...] Ha spiegato di aver contattato lo psichiatra curante dell'assicurato, che si è detto d'accordo con questa proposta” e pag. 7, punto 11 “[...] Lo psichiatra curante ha accettato

questa proposta in una conversazione telefonica con il perito ”), il dr. med. _____ ed il dr. med. _____ non si sarebbero sentiti nel corso del mese di agosto 2023 e il curante non sarebbe stato d'accordo con la conclusione del perito di una capacità lavorativa del 25%, va evidenziato quanto segue. Quanto indicato nella decisione su opposizione impugnata è errato nella misura in cui nella presa di posizione del dr. med. _____ non figura che i due specialisti si siano accordati in merito al grado d'incapacità lavorativa, ma è corretta laddove figura che essi si sono sentiti nel corso di una conversazione telefonica (doc. 20, presa di posizione del 29 agosto 2023 del dr. med. _____: “ [...] Ho anche sentito telefonicamente il Dr. _____ che ho informato di tale decisione e del fatto che il caso sarà chiuso ”). Infatti, questa secondo circostanza, ossia il contatto telefonico tra i due specialisti, non è stata smentita dal dr. med. _____, il quale ha invece contestato di essere stato d'accordo con il dr. med. _____ (doc. E, referto del 13 novembre 2023: “ [...] Questa affermazione sorprende, quando solo il 18.08.2023, nel mio rapporto dettagliato avevo confermato la mia impossibilità ad aumentare il grado di capacità lavorativa del paziente [...] ”), ciò che il perito in effetti non ha mai detto (cfr. doc. 20). Per cui se è vero che quanto riportato dall'assicuratore nella decisione su opposizione impugnata, ossia che i due specialisti erano d'accordo, non corrisponde alla realtà, d'altra parte non può invece essere rimproverato al dr. med. _____ di avere asserito delle falsità. La sua valutazione del 29 agosto 2023, presa dopo aver conferito con il medico fiduciario, dr. med. _____, non può essere ritenuta fuorviante. Va per contro nuovamente stigmatizzata l'attitudine dell'assicuratore, che non solo non ha fornito l'intero incarto all'insorgente, malgrado ne abbia fatto richiesta (cfr. consid. 2.2), ma ha pure riportato in maniera sbagliata le affermazioni, corrette, del proprio perito, facendo credere che il medico curante fosse d'accordo con le conclusioni del dr. med. Latella circa la capacità lavorativa del ricorrente al 25% nei mesi di luglio ed agosto 2023. Ciò tuttavia non incide sulla valutazione della capacità lavorativa del ricorrente, alla luce del contenuto dei due certificati del dr. med. _____ che non permettono di giungere ad una conclusione diversa rispetto a quella posta dal dr. med. _____. Non giova al ricorrente neppure il certificato del suo curante del 26 settembre 2023, dove quest'ultimo afferma unicamente che l'interessato, sempre in cura presso di lui, è inabile al lavoro nella misura del 50% sino al 31 ottobre 2023 (doc. D). Non figura infatti alcun elemento medico oggettivo a sostegno della sua valutazione. Infine, neppure quanto attestato dal dr. med. _____ il 13 novembre 2023 può modificare l'esito della procedura (doc. E). Infatti, dopo aver riassunto la già nota fattispecie ed aver preso posizione sulla decisione su opposizione impugnata, il dr. med. _____, nel penultimo paragrafo, precisa che la situazione valetudinaria del ricorrente, in occasione della visita dell'8 novembre 2023, non si è modificata. Lo specialista, anche in questo caso, ribadendo che l'interessato soffre di un appiattimento dell'umore, ansia libera, riduzione della capacità di provare piacere ed esauribilità, non indica elementi medici oggettivi che possano sovvertire le conclusioni del dr. med. _____ e del dr. med. _____. A comprova che la situazione, sino al momento della decisione su opposizione impugnata, non è compromessa, vi è inoltre la circostanza che il medico curante già in occasione del colloquio telefonico tenutosi con il perito nell'ambito della valutazione peritale del 20 dicembre 2022 aveva accennato ad un possibile intervento dell'Ufficio assicurazione invalidità (pag. 5, doc. 7), ribadendolo anche successivamente (cfr. pag. 4, doc. 13), da ultimo nel referto del 13 novembre 2023 (doc. E), senza tuttavia mai concretizzare la domanda di prestazioni AI. Quanto alla preoccupazione insorta in seguito al riscontro di una ginecomastia, alla necessità di effettuare una

fisioterapia ed all'asserito peggioramento valetudinario dal lato fisico, va rammentato che è la data della decisione impugnata (in concreto il 12 ottobre 2023) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pagg. 411; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. Un eventuale peggioramento dello stato di salute successivo al 12 ottobre 2023 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni. In queste condizioni, il rinvio degli atti all'assicuratore per predisporre ulteriori accertamenti medici ed economici non si giustifica. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_779/2020 del 7 maggio 2021 consid. 5.2.; STF 8C_611/2019 dell'11 maggio 2020 consid. 5.2.; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

E. 2.9

Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGA in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; 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).

E. 3

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." 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.

2.5. 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 del 22 giugno 2004, U 193/03, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. L'incapacità di 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.

2.6. In concreto, dalla documentazione medica agli atti si evince che il 15 settembre 2022 il datore di lavoro dell'insorgente ha notificato all'assicuratore un'incapacità lavorativa dell'interessato, allegando un certificato del 12 settembre 2022 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha attestato un'inabilità al 50% (doc. 3 e plico doc. 4), confermata il 26 settembre 2022 (plico doc. 4) ed il 17 ottobre 2022 (plico doc. 4). Il

E. 7

novembre 2022 il curante ha compilato un rapporto medico per l'assicuratore, indicando la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di entità [illeggibile] (ICD 10 32.1) e sindrome da attacchi di panico (ICD 10 ■ 41), presenti da anni (doc. 5).

Il 16 novembre 2022 ed il 12 dicembre 2022 il dr. med. _____ ha attestato una completa incapacità lavorativa (plico doc. 4).

Il 13 novembre 2022 l'assicuratore ha convocato l'insorgente per essere sottoposto ad una perizia medica ad opera del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale, con referto del 20 dicembre 2022, sottoscritto anche dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver descritto la situazione attuale, l'anamnesi medica, dove ha rilevato che in passato era stato seguito dal dr. med. _____ e dal Dr. med. _____ e da circa 10 anni dal dr. med. _____ e l'anamnesi sociale, nei dati soggettivi ha indicato che l'insorgente soffre di stati depressivi recidivanti dal 1993 e che da allora ha avuto crisi depressive senza mai sentirsi, anche nei periodi di remissione, davvero bene e che da anni è seguito a livello psichiatrico e assume terapie farmacologiche. Spesso le crisi sono state legate a problemi lavorativi, ha sempre cercato di reagire, ma ora fa più fatica. Non ha il carattere dell'imprenditore, ma dopo il licenziamento al casinò non ha avuto alternative che riprendere un'attività in proprio. Ha tanto lavoro, ma molti clienti non pagano o pagano molto in ritardo, non ha potuto mantenere per ragioni finanziarie il secondo dipendente e questo l'ha sovraccaricato molto. Ora non riesce più a lavorare, l'attività va avanti grazie al suo dipendente e alla moglie, attiva come segretaria, e per dare loro una mano ha dovuto assumere aiuti provvisori a tempo parziale.

Lo specialista ha affermato:

Con certificato del 9 gennaio 2023 il dr. med. _____ ha rilevato la possibilità, per il ricorrente, di riprendere l'attività nella misura del 20% (plico doc. 4).

Il

E. 10

gennaio 2023 l'assicuratore ha informato il ricorrente che avrebbe versato indennità al 100% fino al 9 gennaio 2023, all'80% dal 10 al 31 gennaio 2023 ed al 50% dal 1° febbraio 2023, conformemente al referto del dr. med. _____ (doc. 9).

Il 30 gennaio 2023 il dr. med. _____ ha preso posizione, ritenendo che l'interessato avrebbe potuto continuare a lavorare al massimo al 20% (doc. 10). La valutazione del curante è stata confermata dal medico fiduciario e l'assicuratore ha comunicato all'insorgente che un nuovo esame sarebbe stato effettuato nel corso del mese di aprile 2023 (doc. 11).

Il 24 aprile 2023 il ricorrente è nuovamente stato visitato dal dr. med. _____, il quale in data 25 aprile 2023, riassunta la situazione, l'anamnesi medica e sociale, i dati soggettivi e descritto l'esame psichiatrico, ha affermato:

Il 2 maggio 2023 ed il 30 maggio 2023 il dr. med. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa del 50% (plico doc. 4).

In data 13 giugno 2023 l'assicuratore ha informato l'insorgente che avrebbe versato indennità giornaliera al 50% fino alla fine di giugno 2023 e che in seguito le prestazioni sarebbero state soppresse (doc. 14).

Il 3 luglio 2023 il dr. med. _____, ha scritto al medico fiduciario, affermando che pur condividendo le sue riflessioni diagnostico-prognostiche mi trovo costretto ancora a dover certificare un'incapacità lavorativa parziale, frutto di una mancata stabilizzazione del quadro clinico. Infatti, la sintomatologia descritta in precedenza permane a tutt'oggi,

divenendo pervasiva, segnatamente la sua caricabilità e capacità di tenuta■ (doc. 15).

Con decisione formale del 21 luglio 2023 l'■assicuratore ha confermato la cessazione del versamento delle prestazioni al 30 giugno 2023 (doc. 16).

Il 18 agosto 2023, in seguito all'■opposizione dell'■insorgente, il dr. med. _____, ha affermato:

2.7. 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,inBJM 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).

2.8. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione su opposizione impugnata del 12 ottobre 2023, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni dell'assicuratore convenuto.

I referti del 20 dicembre 2022 e del 25 aprile 2023 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, sono dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Lo specialista si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate.

Ai referti va attribuita piena forza probante.

Del resto il curante dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia ed il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, hanno condiviso, fino al 30 giugno 2023 le rispettive conclusioni in merito alla diagnosi (sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità [ICD10: F32.1]) e alla capacità lavorativa del ricorrente, da ultimo pari al 50%.

I due specialisti divergono invece circa l'evoluzione dello stato di salute a partire dal 1° luglio 2023.

I certificati prodotti dal dr. med. _____ il 3 luglio 2023 ed il 18 agosto 2023 non sono tuttavia atti a sovvertire le conclusioni del perito, dr. med. _____, avvallata dal medico fiduciario, dr. med. _____, secondo cui nei mesi di luglio e agosto 2023 l'interessato era ancora inabile al massimo al 25%.

Nel primo referto il curante, pur condividendo le riflessioni diagnostico-prognostiche del perito, si limita ad affermare di dover certificare un'incapacità lavorativa parziale, frutto di una mancata stabilizzazione del quadro clinico, senza tuttavia quantificare percentualmente l'asserita incapacità lavorativa e senza apportare alcun elemento medico oggettivo atto a sostanziare le sue parole, limitandosi a sostenere che la sintomatologia descritta in precedenza permane a tutt'oggi, divenendo pervasiva, segnatamente la sua caricabilità e capacità di tenuta.

Non è di maggior ausilio il rapporto del 18 agosto 2023, dove, pur quantificando l'incapacità lavorativa (50%), cita un episodio comprovante un'accresciuta irritabilità e la persistente ansietà e faticabilità, che ne limita la caricabilità, senza tuttavia, neppure in questa occasione, apportare elementi medici oggettivi atti a comprovare il suo dire.

Circa le contestazioni dell'insorgente, secondo il quale, contrariamente a quanto figurante nella decisione su opposizione impugnata (pag. 3, punto 17 [] Ha spiegato di aver

contattato lo psichiatra curante dell'assicurato, che si è detto d'accordo con questa proposta e pag. 7, punto 11 [] Lo psichiatra curante ha accettato questa proposta in una conversazione telefonica con il perito), il dr. med. _____ ed il dr. med. _____ non si sarebbero sentiti nel corso del mese di agosto 2023 e il curante non sarebbe stato d'accordo con la conclusione del perito di una capacità lavorativa del 25%, va evidenziato quanto segue.

Quanto indicato nella decisione su opposizione impugnata è errato nella misura in cui nella presa di posizione del dr. med. _____ non figura che i due specialisti si siano accordati in merito al grado d'incapacità lavorativa, ma è corretta laddove figura che essi si sono sentiti nel corso di una conversazione telefonica (doc. 20, presa di posizione del 29 agosto 2023 del dr. med. _____: [] Ho anche sentito telefonicamente il Dr. _____ che ho informato di tale decisione e del fatto che il caso sarà chiuso). Infatti, questa secondo circostanza, ossia il contatto telefonico tra i due specialisti, non è stata smentita dal dr. med. _____, il quale ha invece contestato di essere stato d'accordo con il dr. med. _____ (doc. E, referto del 13 novembre 2023: [] Questa affermazione sorprende, quando solo il 18.08.2023, nel mio rapporto dettagliato avevo confermato la mia impossibilità ad aumentare il grado di capacità lavorativa del paziente []), ciò che il perito in effetti non ha mai detto (cfr. doc. 20).

Per cui se è vero che quanto riportato dall'assicuratore nella decisione su opposizione impugnata, ossia che i due specialisti erano d'accordo, non corrisponde alla realtà, d'altra parte non può invece essere rimproverato al dr. med. _____ di avere asserito delle falsità. La sua valutazione del 29 agosto 2023, presa dopo aver conferito con il medico fiduciario, dr. med. _____, non può essere ritenuta fuorviante.

Va per contro nuovamente stigmatizzata l'attitudine dell'assicuratore, che non solo non ha fornito l'intero incarto all'insorgente, malgrado ne abbia fatto richiesta (cfr. consid. 2.2), ma ha pure riportato in maniera sbagliata le affermazioni, corrette, del proprio perito, facendo credere che il medico curante fosse d'accordo con le conclusioni del dr. med. Latella circa la capacità lavorativa del ricorrente al 25% nei mesi di luglio ed agosto 2023.

Ciò tuttavia non incide sulla valutazione della capacità lavorativa del ricorrente, alla luce del contenuto dei due certificati del dr. med. _____ che non permettono di giungere ad una conclusione diversa rispetto a quella posta dal dr. med. _____.

Non giova al ricorrente neppure il certificato del suo curante del 26 settembre 2023, dove quest'ultimo afferma unicamente che l'interessato, sempre in cura presso di lui, è inabile al lavoro nella misura del 50% sino al 31 ottobre 2023 (doc. D). Non figura infatti alcun elemento medico oggettivo a sostegno della sua valutazione.

Infine, neppure quanto attestato dal dr. med. _____ il 13 novembre 2023 può modificare l'esito della procedura (doc. E). Infatti, dopo aver riassunto la già nota fattispecie ed aver preso posizione sulla decisione su opposizione impugnata, il dr. med. _____, nel penultimo paragrafo, precisa che la situazione valetudinaria del ricorrente, in occasione della visita dell'8 novembre 2023, non si è modificata. Lo specialista, anche in questo caso, ribadendo che l'interessato soffre di un appiattimento dell'umore, ansia libera, riduzione della capacità di provare piacere ed esauribilità, non indica elementi medici oggettivi che possano sovvertire le conclusioni del dr. med. _____ e del dr. med. _____.

A comprova che la situazione, sino al momento della decisione su opposizione impugnata, non è compromessa, vi è inoltre la circostanza che il medico curante già in occasione del colloquio telefonico tenutosi con il perito nell'ambito della valutazione peritale del 20 dicembre 2022 aveva accennato ad un possibile intervento dell'Ufficio assicurazione invalidità (pag. 5, doc. 7), ribadendolo anche successivamente (cfr. pag. 4, doc. 13), da ultimo nel referto del 13 novembre 2023 (doc. E), senza tuttavia mai concretizzare la domanda di prestazioni AI.

Quanto alla preoccupazione insorta in seguito al riscontro di una ginecomastia, alla necessità di effettuare una fisioterapia ed all'asserito peggioramento valetudinario dal lato fisico, va rammentato che è la data della decisione impugnata (in concreto il 12 ottobre 2023) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pagg. 411; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa.

Un eventuale peggioramento dello stato di salute successivo al 12 ottobre 2023 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni.

In queste condizioni, il rinvio degli atti all'assicuratore per predisporre ulteriori accertamenti medici ed economici non si giustifica.

Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_779/2020 del 7 maggio 2021 consid. 5.2.; STF 8C_611/2019 dell'11 maggio 2020 consid. 5.2.; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.9. Secondo l'art. 61 lett. fbisLPGA in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

E. 12

ottobre 2023 l'assicuratore ha modificato la decisione formale e riconosciuto indennità giornaliera al 25% fino al 31 agosto 2023 (doc. 21). In sede di ricorso, l'insorgente ha prodotto un referto del 26 settembre 2023 del dr. med. _____, che ha attestato un'inabilità lavorativa del 50% fino al 31 ottobre 2023 (doc. D). In seguito ha trasmesso una presa di posizione del 13 novembre 2023 del medesimo curante, che ha affermato: " (...) Ho in cura il signor RI 1 dal settembre 2011. Egli è titolare di una piccola impresa di impianti elettrici, con diverse mansioni che oltre la posa in opera include naturalmente

anche la progettazione. In questo lungo lasso di tempo, la presa in carico è stata puntuale e legata ai periodi di crisi severa che si realizzavano sempre in rapporto a situazioni professionali. Una volta superate le crisi e risolti i problemi professionali, gli incontri si sono diluiti fino a delle sospensioni temporanee e relativamente brevi. Nell'episodio attuale, il paziente si è riproposto alla mia attenzione dopo un periodo di sei mesi di benessere, lo scorso aprile 2022, lamentando una sintomatologia, simile a quella già vissuta in passato, rappresentata da una deflessione timica marcata con episodiche crisi di panico. Il malessere era precipitato a causa di preoccupazioni professionali insorte dopo conflitti, in particolare con un committente che, arbitrariamente a detta del paziente, una volta beneficiario dell'intervento professionale, comprensivo di una grossa commessa di materiali, si sarebbe rifiutato di corrispondere il dovuto arrivando persino a richiederne i danni. Da allora, riprese regolarmente le cure psicofarmacologiche e gli incontri ambulatoriali, dato il progressivo peggioramento clinico, non ho potuto che attestare l'apertura di un periodo di malattia che non le nascondo, è stata di misura parziale (50%) solo per l'insistenza del paziente. Infatti, spinto dal suo senso di responsabilità rispetto l'allora due dipendenti (ora ve ne è solo uno) ha rifiutato l'inabilità completa. Il signor RI 1, in tal senso ha sempre espresso una forte motivazione a mantenere e riprendere il lavoro pur temendo la difficoltà di confrontarsi con terzi (committenti, artigiani responsabili nei cantieri, ecc.) e la gestione degli eventuali conflitti. Posso comunque affermare con una certa serenità, di come "il caso" assicurativo del signor RI 1, sia stato gestito in modo quanto meno peculiare. Infatti, ha dovuto attendere diversi mesi per ricevere le prime indennità con continui rinvii giustificati, secondo il paziente, da ritardi nella ricezione dei certificati medici. In seguito i due resoconti medici prodotti dal perito, Dr. Med. _____, Psichiatra e Psicoterapeuta, hanno sostanzialmente confermato le diagnosi e la prognosi da me postulate. In ogni occasione di queste puntuali valutazioni peritali ho potuto conferire con il collega e condividere le riflessioni conclusive che tuttavia in ultima analisi non si sono potute confermare fino in fondo, e non certo per mancata competenza del perito bensì per l'imprevedibilità evolutive di certi disturbi per i quali, considerata anche la personalità del paziente, non è previsto un decorso lineare. Per tali motivi, nonostante la buona predisposizione del paziente e la mia intenzione a favorire il suo pieno reinserimento nel mondo professionale, significando questo la riconquista del suo completo funzionamento e benessere, non vi è stata possibilità di ripristinare in pieno la sua capacità lavorativa. Riferendomi invece all'ultima comunicazione assicurativa datata 12 ottobre 2023 e ricevuta questa volta (curiosamente) solo dal paziente, concernente la "Decisione su opposizione", mi vedo costretto ad esprimere il mio disappunto. In particolare, al punto 17 pagina 3, si cita che "in una mail datata 29 agosto 2023, il dr. med. Latella ha concordato con la raccomandazione del medico di fiducia di accettare l'ultima proroga di due mesi del diritto alle prestazioni ad una percentuale del 25%. Ha spiegato di aver contattato lo psichiatra curante dell'assicurato, che si è detto d'accordo con questa proposta"... Questa affermazione sorprende, quando solo il 18.08.2023, nel mio rapporto dettagliato avevo confermato la mia impossibilità ad aumentare il grado di capacità lavorativa del paziente oltremodo ribadendo l'indicazione a mantenere orientata la prateria che lo concerne verso un possibile intervento da parte dell'Ufficio Invalidità di Bellinzona. Le medesime perplessità sorgono in riferimento al punto 11 pagina 7, quando si cita un riconoscimento concordato tra Perito e Medico fiduciario dell'Assicurazione per un 25% di inabilità lavorativa fino al 31 agosto 2023, proposta che avrei accettato. Nel frattempo, le posso comunicare che la situazione clinica del paziente riscontrata in occasione del nostro ultimo incontro, avvenuto

lo scorso 08.11.2023, non si è modificata presentando ancora egli un quadro clinico sostanzialmente invariato con appiattimento dell'umore, ansia libera, riduzione della capacità di provare piacere, esauribilità. Si è poi aggiunta un'ulteriore preoccupazione legata al riscontro di una ginecomastia destra in fase di approfondimento diagnostico tramite Ecografia e Mammografia. Per tali motivi non ho potuto che confermare un'incapacità lavorativa ancora del 50%." (doc. E) 2.7. 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).

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