

TI_GERICHTE 36.2024.14 vom 27. Mai 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-05-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.14

FR: TI_GERICHTE 36.2024.14 du 27 mai 2024

IT: TI_GERICHTE 36.2024.14 del 27 maggio 2024

Erwägungen

E. 1

Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal.

E. 2

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

E. 2.6

In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'assicuratore prima dell'emanazione della decisione su opposizione impugnata del 7 marzo 2024, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni di CO 1. Preliminarmente va rilevato che, come del resto ammesso dalla medesima insorgente al punto 6 del suo ricorso, le censure relative all'affidamento di compiti medici a persone che non avrebbero un titolo medico riconosciuto ed all'invocata violazione dell'art. 57 LAMal non sono rilevanti in concreto, poiché, come si vedrà di seguito, decisiva è la valutazione del dr. med.

_____, specialista FMH in reumatologia e perito SIM. Non sono di pregio neppure le contestazioni relative al licenziamento o le preannunciate azioni per violazione della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) poiché, come d'altronde da lei stessa sottolineato, saranno semmai oggetto di altre procedure. Tornando al caso di specie, il TCA rileva che il referto del 13 dicembre 2023 del dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, è dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente per attribuire al medesimo piena forza probante. Lo specialista si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata il 12 dicembre 2023. Nello specifico, dopo aver riassunto i numerosi atti medici, tra cui anche le prese di posizione della curante, dr.ssa med. _____, compresa quella del 9 ottobre 2023 dove la specialista in anesthesiologia aveva indicato che non sarebbe stato ragionevole lo svolgimento di un'altra attività adatta allo stato di salute della ricorrente poiché l'interessata aveva ripreso la sua precedente attività di assistente di cura nella misura del 50%, riassunta l'anamnesi e riportati i dati oggettivi, il dr. med. _____, alle pagine 8 e 9 del referto, ha spiegato nel dettaglio i motivi per i quali l'interessata è completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività lavorativa (doc. 21). Accertato che i “disturbi accusati dall'assicurata, i deficit funzionali fatti valere, ed in minima parte riscontrati anche durante l'esame clinico funzionale, si spiegano con le alterazioni strutturali finora note” e posta la

nota diagnosi, lo specialista ha elencato i limiti funzionali e di carico dell'interessata ed ha stabilito che il lavoro di ausiliaria di cure presso il reparto di medicina interna dell'ente ospedaliero cantonale, che va considerato pesante, a causa dell'esercizio dell'attività in posizioni inergonomiche per la colonna vertebrale, svolto prevalentemente in piedi, con importante ingaggio contro resistenza degli arti superiori e quindi del cingolo cervicoscapolare può riesacerbare la sintomatologia algica strutturalmente spiegabile, lamentata dall'assicurata, e portare ad ulteriori periodi d'inabilità lavorativa prolungati. Da cui la conclusione di un'inabilità lavorativa completa nella precedente attività. La ricorrente contesta il referto del dr. med. _____, sostenendo che se va considerato quale perizia, le risultanze sono inaffidabili e vi sono indizi concreti per scostarsene, se invece va considerato quale rapporto medico interno non è possibile stabilire che non vi sia un minimo dubbio circa la sua affidabilità e sulla validità delle sue conclusioni. Le censure dell'assicurata vanno respinte. Le affermazioni secondo cui il rapporto del reumatologo sarebbe sommario e di natura solo indiziaria non trovano alcun riscontro agli atti. Ella del resto si limita a contestare genericamente il referto del dr. med. _____ senza apportare elementi medici oggettivi concreti atti a insinuare nemmeno un minimo dubbio circa la sua fedeltà. L'ipotesi sollevata dalla ricorrente secondo cui lo specialista non avrebbe considerato che l'assicurata aveva ripreso a lavorare da 8 mesi al 50% al momento della visita, non trova riscontro negli atti, giacché nel referto del 13 dicembre 2023 il dr. med. _____ ha citato tutti i certificati rilevanti della dr.ssa med. _____, compresi quelli dove la curante aveva attestato una capacità lavorativa del 50% già dal 24 aprile 2023, con riduzione del versamento delle prestazioni in tale misura (cfr. pag. 3 e 4 del referto, doc. 21). Quanto alla, generica, censura relativa alla durata della visita ed al fatto che lo specialista si sarebbe limitato ad un giudizio sommario, va rammentato che, secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concluzione, segnatamente dall'esame clinico con la raccolta anamnestica, la presa in considerazione dei sintomi e del comportamento della persona assicurata (cfr. STF 8C_130/2023, consid. 4.4.4 = SVR 2023 IV n. 55; STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Del resto non va dimenticato che di norma una perizia basata sui soli atti ("Aktengutachten"), senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). In concreto non vi è alcun motivo né per ritenere che il dr. med. _____ non abbia esaminato accuratamente lo stato di salute della ricorrente, né che il medesimo esame sia stato frettoloso. Il riassunto degli atti, la descrizione dell'anamnesi e dei dati soggettivi ed oggettivi dell'assicurata sono completi e tengono conto di tutti i dolori di cui ella si lamentava. Non vi è pertanto alcun motivo per ritenere incompleto il referto medico. Non è d'aiuto alla ricorrente la risposta fornita dal datore di lavoro alle domande da lei poste il 1° marzo 2024, secondo cui, lavorando al 50% l'interessata "risponde alle richieste professionali dettate dal suo ruolo in modo pertinente", non essendo in contraddizione con quanto accertato dal dr. med. _____. Lo specialista, nella sua valutazione, ha infatti

affermato che l'esercizio dell'attività di ausiliaria di cure " è in grado di riesacerbare la sintomatologia algica strutturalmente spiegabile, lamentata dall'assicurata e quindi di portare ad ulteriori periodi d'inabilità lavorativa prolungati " (sottolineatura del redattore). La ricorrente non può pertanto garantire, costantemente ed in maniera estesa, a causa della patologia di cui è affetta, una continuità lavorativa anche solo a titolo parziale. Neppure il referto del 6 febbraio 2024 della dr.ssa med. _____ permette di giungere ad una conclusione differente. La curante si limita infatti a ribadire quanto già in sostanza contenuto nella presa di posizione del 9 ottobre 2023, ossia che l'interessata potrebbe lavorare in maniera parziale (al 50%) e che il rischio di recidiva non sarebbe superiore a quello di altre attività di diversa natura o anche in assenza di attività. La curante, tuttavia, non apporta alcun elemento medico oggettivo e non spende alcuna parola in merito al referto del dr. med. _____ che ha indicato le ragioni per le quali, invece, l'insorgente non è in grado di continuare a lavorare nella precedente attività, neppure in misura ridotta, in maniera continuativa. 2.7. Va comunque sottolineato che la ricorrente non contesta di essere incapace al lavoro nella precedente attività perlomeno al 50% e non censura il grado d'incapacità al guadagno del 15% stabilito con la decisione formale dell'11 gennaio 2024 (e confermato con la decisione su opposizione impugnata). Visto che in applicazione del principio secondo cui ognuno deve fare il possibile per ridurre il danno, la decisione dell'assicuratore di assegnare le indennità giornaliere ancora per 4 mesi per poi cessarne il versamento è corretta (cfr. anche STCA 36.2023.12 del 28 agosto 2023, consid. 2.8). Infatti, nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (cfr. STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009; DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, pag. 83 e seguenti). Non è quindi dato alcun diritto ad una prestazione se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a). In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale (art. 6 LPGa), in ossequio all'obbligo di ridurre il danno (art. 21 LPGa) e di mettere quindi a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 141 V 625, consid. 4.1). In altre parole, l'indennità per perdita di guadagno interviene laddove vi è un'incapacità di lavoro temporanea. Quando viene accertato che un rientro nella precedente attività non è più possibile, questa funzione "ponte" della prestazione viene meno e occorre esaminare se la persona assicurata possa esercitare, eventualmente in quale misura, un'altra attività confacente al suo stato di salute. In tal caso, la giurisprudenza riconosce che alla persona assicurata occorra assegnare un termine di 3-5 mesi per adattarsi alla sua nuova attività (DTF 141 V 625, consid. 4.1, STF 8C_489/2021 dell'8 febbraio 2022, consid. 5, STF 4A_384/2019 del 9 dicembre 2019, consid. 5.3, STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; STF K 224/05 del 29 marzo 2007). Al termine del periodo di adattamento il grado d'incapacità di guadagno dipende dalla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute (malattia) e il reddito esigibile in un'attività adeguata (cfr. sentenza 8C_889/2014 del 23 febbraio 2015, consid. 3.2; DTF 114 V 281, cfr. anche Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, 3a edizione, N. 31 e seguenti ad art. 26 LPGa). Questo concetto è stato ripreso nelle condizioni generali d'assicurazione collettiva

d'indennità giornaliera secondo la LAMal dell'assicuratore convenuto, il cui art. 23.10 prevede che la persona assicurata che nella sua professione abituale resta completamente o parzialmente inabile al lavoro, prevedibilmente in modo duraturo, è tenuta a impiegare la sua eventuale capacità lavorativa residua, anche se ciò esige un cambio di professione. CO 1 può chiedere alla persona assicurata di cambiare professione e corrispondere un'indennità giornaliera di transizione. La richiesta di cambiare posto di lavoro nell'attività abituale presso un altro datore di lavoro non costituisce un cambio di professione e non dà diritto all'indennità giornaliera di transizione. In concreto, accertato che la stessa assicurata non contesta di essere incapace al lavoro nella sua attività nella misura del 50%, mentre ella è completamente abile al lavoro in attività adatte e confacenti al suo stato di salute, a giusta l'assicuratore, in applicazione dell'obbligo di ridurre il danno, ha assegnato all'interessata un termine di 4 mesi, che rientra nei parametri giurisprudenziali suesposti, durante i quali versare le indennità giornaliere come in precedenza, considerato che con il cambiamento di attività il suo grado d'incapacità al guadagno si riduce al 15% (dato non contestato), ossia inferiore al limite del 25% stabilito dall'art. 15.2 CGA (sul tema cfr. STF cfr. anche la sentenza K 31/04 del 9 dicembre 2004, consid. 4.4: “ Pour que la recourante, qui indemnise une incapacité de travail d'au moins 25 % (ch. 50.1 CGA de l'assurance facultative d'indemnités journalières SALARIA), soit tenue d'octroyer l'indemnité journalière au delà du 31 octobre 2003, il faut que l'intimée ne puisse réaliser dans une activité de substitution plus que le 75 % du revenu qui aurait été le sien dans son activité de coiffeuse sans l'atteinte à sa santé (ATF 114 V 287 consid. 3d; arrêt C. du 1er juillet 2003 [K 38/02]).” ; cfr. anche STF K 56/02 del 31 agosto 2006, consid. 5.2), per poter continuare a beneficiare delle prestazioni. Per cui, anche se per ipotesi di lavoro, si volesse ritenere l'insorgente incapace al lavoro nella sua precedente attività nella misura del 50%, come ritenuto dalla curante, l'esito del ricorso non sarebbe comunque diverso. 2.8. Infine, il certificato del 2 aprile 2024 della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che attesta una totale incapacità lavorativa dell'assicurata dal 15 aprile 2024 al 19 maggio 2024 (doc. L) per problemi psichici (cfr. doc. I, punto 17.1), come evidenziato dall'assicuratore in sede di risposta (pag. 7: “ In tale situazione CO 1 ha sollecitato alla curante il relativo rapporto. Pertanto quest'aspetto è escluso dalla presente procedura ”), sarà semmai oggetto di un'altra procedura. Infatti, è la data della decisione su opposizione impugnata (in concreto il 7 marzo 2024) 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. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). In concreto la ricorrente ha prodotto un certificato medico che attesta un'incapacità lavorativa completa per una patologia psichica (cfr. doc. I, punto 17.1), non rilevata in precedenza, a partire dal 15 aprile 2024, ossia un periodo ben successivo all'emissione della decisione su opposizione del 7 marzo 2024. Esso non va preso in considerazione nell'ambito del presente procedimento ma sarà semmai oggetto di un'altra procedura. 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non rileva, contrariamente a quanto sostiene la ricorrente, alcun abuso di apprezzamento, né alcuna violazione del

principio di proporzionalità o del divieto dell'arbitrio da parte dell'assicuratore. La decisione su opposizione impugnata merita pertanto conferma.

E. 2.10

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. 2.3. Secondo la giurisprudenza sviluppata 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.

2.4. In concreto, dalle tavole processuali si evince che il 30 gennaio 2023 il datore di lavoro dell'insorgente ha notificato all'assicuratore un'incapacità lavorativa dell'interessata nella misura del 50%, allegando un certificato del medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, del 5 dicembre 2022 (doc. 2,3), poi prolungata fino al 10 gennaio 2023 (doc. 4). Dal 10 gennaio 2023 è subentrata la dr.ssa med. _____, specialista FMH anesthesiologia, terapia del dolore (SSIPM), la quale ha attestato una completa incapacità lavorativa fino al 23 gennaio 2023 (doc. 5), poi confermata nel tempo (doc. 6,7). Dopo aver organizzato un colloquio con l'interessata (doc. 8), aver acquisito un referto medico dalla curante, dr.ssa med. _____ (doc. 10), aver ricevuto ulteriori attestazioni di incapacità lavorativa completa e dal 24 aprile 2023 al 50% (doc. 14) ed aver nuovamente interpellato la curante (doc. 18), l'assicuratore ha deciso di convocare l'insorgente per una visita specialistica presso il dr. med. _____, medico perito certificato SIM, specialista FMH reumatologia. Nel referto del 13 dicembre 2023 lo specialista, rilevato di aver visitato l'interessata in data 12 dicembre 2023, riassunti gli atti, l'anamnesi personale, i dati soggettivi, l'anamnesi sociale, l'anamnesi sistematica, i dati oggettivi, posta la diagnosi di sindrome cervicovertebrale parzialmente cervicospondilogenica cronica a sinistra in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (ampia protrusione discale C4/C5 posteriore osteofitosa con parziale impegno intraforaminale bilaterale soprattutto a sinistra, protrusione discale C5/C6 posteriore con componente paramediana intraforaminale a sinistra con possibile contatto con la radice emergente di C6, ampia protrusione disco-osteofitosa C6/C7 posteriore con parziale impegno intraforaminale bilaterale), esiti da ricostruzione della cuffia rotatoria alla spalla sinistra, nel 2018, probabile gonartrosi bilaterale, a destra in varo, ha stabilito che l'insorgente è completamente inabile al lavoro nella precedente attività e abile in misura completa in attività leggere con le limitazioni ivi descritte e ciò da subito. Lo specialista ha precisato: " (...) L'assicurata era da ultimo attiva da anni come ausiliaria di cure presso il reparto di medicina interna dell' _____, lavoro che di regola va considerato pesante, in quanto svolto in posizioni inergonomiche per la colonna vertebrale, prevalentemente in piedi, con importante ingaggio contro resistenza degli arti superiori e quindi del cingolo cervicoscapolare, lavoro che, così configurato, è in grado di riesacerbare la sintomatologia algica strutturalmente spiegabile, lamentata dall'assicurata e quindi di portare ad ulteriori periodi d'inabilità lavorativa prolungati. Considero dunque l'ultima attività lavorativa inadatta allo stato di salute dell'assicurata che risulta di conseguenza, per l'attività abituale, inabile al lavoro al 100% in via definitiva. In

un lavoro adatto allo stato di salute, tenente dunque pienamente conto delle risorse fisiche dell'assicurata, la giudico abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100%, a decorrere dal 13.12.2023, ossia dal giorno seguente la valutazione peritale reumatologica" (pag. 9-10 doc. 20) Rispondendo alle domande, il dr. med. _____ ha affermato: " (...) A seguito del mansionario lavorativo abituale di un'ausiliaria di cura in un reparto di medicina interna, tenuto conto dei limiti funzionali e di carico profilati nella risposta alla domanda no. 4, l'ultima attività lavorativa così configurata è in grado di causare ulteriori recidive dei sintomi e portare di conseguenza a periodi d'inabilità lavorativa, per cui giudico l'assicurata in qualità di ausiliaria di cure, inabile al lavoro al 100%." (pag. 11, doc. 20) Con l'opposizione la ricorrente ha prodotto un referto del 6 febbraio 2024 della curante, dr.ssa med. _____, la quale ha affermato: " (...) ad oggi la paziente risulta aver ottenuto, dopo le adeguate cure, un buon compenso della sintomatologia dolorosa e la ripresa di un'attività lavorativa a tempo parziale risultava del tutto fattibile proseguiva senza problemi; ritengo a mio avviso che la paziente possa continuare ad esercitare con le dovute limitazioni di carico e di tempo la sua attività di assistente di cura in quanto ritengo che il rischio di recidiva – prospettiva in ogni caso del tutto indiziaria – non è superiore a quello in altre attività di diversa natura o anche in assenza di attività." (allegato doc. 25) In sede di ricorso l'insorgente ha prodotto un certificato d'inabilità lavorativa del 2 aprile 2024, attestante una completa incapacità lavorativa dal 15 aprile 2024 al 19 maggio 2024 della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. L9) e la risposta del 7 marzo 2024 dell' _____ ad una serie di domande poste dalla ricorrente (doc. I). Alle questioni 3 (" La resa professionale della mia cliente, durante il periodo effettivo in cui ella ha prestato, e presta, servizio (ossia durante la sua presenza fisica sul posto di lavoro), è diminuita rispetto all'ordinario? ") e 4 (" E in caso affermativo, in cosa consiste la diminuzione prestativa, in qualità e/o quantità? "), il datore di lavoro, in data 7 marzo 2024, ha risposto: " La collaboratrice attualmente è abile al 50% della sua percentuale di lavoro contrattuale attuale (80%), motivo per il quale possiamo esprimerci unicamente tenendo conto di questa % di abilità. La collaboratrice risponde alle richieste professionali dettate dal suo ruolo in modo pertinente. Richiede aiuto ai colleghi quando necessita di un sostegno nello svolgere le attività che sono limitate in base a quanto definito dal suo medico curante " (doc. I). 2.5. 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_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; 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). Giova qui pure ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Inoltre, a tal proposito è pure utile ricordare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021 consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medico curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)."