

TI_GERICHTE 36.2025.22 vom 14. Juli 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-07-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2025.22

FR: TI_GERICHTE 36.2025.22 du 14 juillet 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2025.22 del 14 luglio 2025

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. 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 LPGGA). 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 LPGGA 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 LPGGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione. 2.4. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI – giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) – è considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le

condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b). L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGA (sentenza 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.

2.5. Va in primo luogo rammentato che 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. sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3; sentenza 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 cpv. 2 seconda frase 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 nella professione abituale 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 (Bonaz Lucile, L'assurance perte de gain maladie en droit suisse, 2024 [doi.13907/archive-ouverte/unige:179341], pag. 176, n. 502; 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). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento [citata anche nella sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3]), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile

collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177 n. 503 con rinvio alla STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 3). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. Bonaz Lucile, op. cit., pag. 177, n. 503 con rinvio alla STF 9C_595/2008 del 5 novembre 2008, consid. 4.1; cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440). Al termine del periodo di adattamento il grado d'incapacità di guadagno dipende dalla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute (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).

2.6. Come visto al considerando precedente, nella misura in cui la persona assicurata è completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività e la sua situazione valetudinaria è stabile, le incombe l'obbligo di ridurre il danno e di mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua in un'attività adatta e confacente al suo stato di salute (cfr. anche sentenza 8C_702/2018 dell'11 luglio 2019). L'art.

E. 3.2

Se risulta che l'assicurato nell'ottica dell'obbligo di ridurre il danno sia tenuto a cambiare lavoro, l'assicuratore deve invitarlo in tal senso e concedergli un adeguato periodo transitorio per adattarsi alle mutate circostanze e trovare un nuovo posto di lavoro, durante il quale le indennità giornaliere continuano a essere versate. Tale periodo transitorio viene fissato da tre a cinque mesi (sentenza 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.4.2 con rinvio a DTF 141 V 625 consid. 4.1 pag. 629 seg.; cfr. anche sentenze 8C_838/2012 del 19 aprile 2013 consid. 3.1; 8C_173/2008 del 20 agosto 2008 consid. 2.3; U 108/05 del 28 agosto 2006 consid. 2.3; U 301/02 del 1° ottobre 2003 consid. 1.3 con rinvio a DTF 114 V 281 consid. 5b pag. 289 seg.; MARKUS SCHMID, nota marginale 10 ad art. 16 LAINF ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, nota marginale 213 pag. 973 con riferimenti). ” Va ancora evidenziato che secondo la dottrina (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 181, n. 513), “ un changement de carrière dans l'assurance perte de gain maladie devrait rester l'exception, et la personne assuré ne saurait y être contrainte à la légère ”. Infine la dottrina (Häberli/Husmann, op. cit., pag. 169 e seguenti) rammenta che dal principio di reciprocità valido nell'ambito della LAMal deriva un giudizio differente dell'esigibilità del cambio di attività rispetto all'AI. Nel primo caso viene infatti assicurato un salario determinato per il quale viene pagato un premio calcolato in funzione dell'indennità che le parti hanno concordato di versare. L'obbligo di cambiare attività, derivante dall'obbligo di ridurre il danno, comporta di regola una riduzione unilaterale della prestazione assicurativa prevista in cambio del premio pagato dalla persona assicurata. Ciò è in contraddizione con il principio dell'equivalenza valido nella LAMal (“ Ebenso ist zu beachten, dass für die Zumutbarkeit in der Krankentaggeldversicherung grundsätzlich ein anderer, für die Versicherer strengerer Massstab als in der Invalidenversicherung gilt. Dies ergibt sich aus dem Äquivalenz-(VVG) bzw. Gegenseitigkeitsprinzip (KVG). Die Versicherten versichern einen bestimmten Lohn bzw. danach bemessene Taggelder und bezahlen dafür die entsprechenden Prämien. Der mit der Schadenminderung geforderte

Berufswechsel führt meistens zu einer einseitigen Herabsetzung der geschuldeten Versicherungsleistungen zugunsten des Taggeldversicherers, was letztlich dem Äquivalenz- bzw. Gegenseitigkeitsprinzip zuwiderläuft. Daher ist eine gewisse Zurückhaltung bei der Bejahung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels angezeigt ”). 2.8. In concreto, dopo aver ricevuto la notifica di malattia (doc. 2) ed aver acquisito numerosa documentazione medica, l’assicuratore ha convocato l’insorgente per una visita specialistica (cfr. doc. 27) presso il dr. med. _____, FMH medicina interna e reumatologia, che ha visitato l’insorgente in data 14 gennaio 2025 ed ha redatto il referto il giorno seguente (doc. 43). Descritta l’anamnesi personale remota, sociale e attuale, lo specialista ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome lombospondilogenica sino a lombo radicolare irritativa L4-L5 sinistra su/con alterazioni degenerative con ernia discale L5-S1 con lussato posteriore mediano paramediano e restringimento dello spazio epidurale, a livello L4-L5 presenza di protrusione discale circonferenziale più marcata a sinistra, tessuto cicatriziale con riduzione dell’ampiezza dei neuroforamini più evidente a sinistra, protrusione discale L3-L4 con piccola ernia discale contenuta, insufficienza muscolare, stato dopo intervento di asportazione di ernia discale L4/L5 a sinistra con approccio extraforaminale il 15.03.2024 e stato dopo asportazione intra ed extra foraminale e microdiscectomia L4-L5 a sinistra e posizionamento di distanziatore intraspinoso il 29.07.2024. Il reumatologo ha affermato: " (...) Attualmente il paziente presenta delle importanti limitazioni al carico della colonna lombare già operata due volte con poco beneficio e che presenta comunque delle importanti alterazioni degenerative a livello della risonanza magnetica. All’esame clinico una limitata mobilità con delle miogelosi nonostante il paziente quasi non lavori. L’ultima attività quale idraulico è quindi, secondo me, definitivamente non più possibile.” Nell’ultima attività il reumatologo ha giudicato l’insorgente inabile al lavoro al 100% dal 24.11.2023, precisando che la “ capacità lavorativa è ridotta in maniera definitiva ”. Circa la possibilità per il ricorrente di esercitare un’attività adatta al suo stato di salute, il dr. med. _____ ha risposto affermativamente, ritenendolo abile al 100% in “ un’attività molto leggera dove il paziente possa cambiare regolarmente posizione da seduto a posizione eretta, è in grado di stare seduto anche per più di 2 ore, dove non debba sollevare pesi superiori ai 5 kg in modo ripetuto, raramente fino a 10 kg, dove non debba lavorare in antiflessione con torsioni ripetute del corpo, dove non debba salire su scale a pioli, il paziente è in grado di camminare su terreni piani per anche un 1 km in modo ripetuto, è in grado di fare lavori di precisione leggeri, raramente medio-pesanti mai lavori di precisione pesanti ”. Alla domanda dell’assicuratore di sapere da quando sarebbe possibile, il reumatologo ha affermato che “ dagli atti non è possibile stabile una data precisa, da parte mia penso che si possa dire dal giorno della mia visita che è avvenuta più o meno a sei mesi dall’intervento ”. Lo specialista ha aggiunto che il ricorrente deve “ adesso iniziare a perdere peso così come cercare veramente di rinforzare la muscolatura, ho invece qualche dubbio che un terzo intervento possa portare veramente a dei miglioramenti decisivi che possano cambiare l’abilità lavorativa. Ho visto che il neurochirurgo proponeva una stabilizzazione che però come spiegato anche al paziente non porterebbe ad un cambiamento della capacità lavorativa. Di fianco a questo eventualmente provare ad aumentare il dosaggio del Tegretol in questo dolore neuropatico ”. Con decisione formale del 28 gennaio 2025 l’assicuratore ha informato l’insorgente dell’esito della visita presso il dr. med. _____. L’opponente ha ritenuto l’interessato completamente abile al lavoro in un’attività adatta, quale guardia di sicurezza, lavori di controllo nel settore industriale, operaio generico, con i limiti descritti dallo specialista e gli ha assegnato un termine di tre mesi per cambiare professione.

Dopodiché avrebbe continuato a versare un'indennità del 25%, corrispondente alla sua perdita di guadagno (doc. 46). Il 21 febbraio 2025 il ricorrente ha inoltrato opposizione contro la decisione formale informando l'assicuratore che era sua intenzione sottoporsi all'intervento chirurgico definitivo propostogli dal dr. med. _____ durante la visita ambulatoriale a causa del forte dolore lombare, peggiorato dopo l'ultimo intervento chirurgico e della persistenza del dolore all'arto inferiore sinistro, al fine di " migliorare la mia qualità di vita generale " (doc. 50). Egli ha allegato un referto del 12 febbraio 2025 del dr. med. _____, specialista in neurochirurgia, attivo presso l' _____, che ha posto la diagnosi di discopatia degenerativa L4-L5 con stenosi foraminale sinistra critica, esiti di asportazione di ernia discale extraforaminale sinistra ed impianto di dispositivo interspinoso (in 2 riprese presso _____, Italia) e discopatia degenerativa con ernia discale centrale L5-S1. Descritta l'anamnesi, l'esame obiettivo e radiologico, ha concluso: " (...) Il paziente presenta a mio avviso segni e sintomi clinici compatibili con radicolopatia compressiva L4 destra. Dato il persistente disturbo nel quotidiano è giustificato un trattamento chirurgico definitivo che a mio parere è rappresentato dalla fusione del tratto L4-S1 (TLIF L4-S1) con associato impianto dinamico nel tratto L3-L4. Ho spiegato nel dettaglio aspettative, rischi e benefici soffermandomi soprattutto sul fatto che il target principale dell'intervento sarebbe nel migliorare la qualità di vita mentre non potrebbe garantire con certezza una ripresa dell'attività lavorativa abituale" (doc. 48) Il 5 marzo 2025 il dr. med. _____ ha affermato: " (...) Ricordo nell'anamnesi che il paziente era già stato visto da vari neurochirurghi che erano piuttosto scettici sul nuovo intervento operatorio. Il paziente è ora stato visto da un ennesimo neurochirurgo, il Dr. _____, il quale pone come diagnosi una discopatia degenerativa L4-L5 con stenosi foraminale sinistra critica, esiti da esportazione di ernia discale extraforaminale di sinistra e l'impianto di dispositivo intraspinoso in due riprese presso l'ospedale di _____, discopatia degenerativa ed ernia discale centrale L5-S1. Si limita ad accennare agli interventi così come alle alterazioni degenerative già da me anche citate con alterazioni degenerative con ernia discale L5-S1 con lussato posteriore mediano paramediano e restringimento dello spazio epidurale. A livello di L4-L5 presenza di protrusione discale circonferenziale più marcata a sinistra con tessuto cicatriziale con riduzione ampiezza dei neuroforamini più evidenti a sinistra. Egli conclude per un ennesimo intervento operatorio con la fusione di L4-S1 TLIF L4-S1 con associato impianto dinamico del tratto L3-L4. Mi lascia poi molto perplesso l'ultima frase in cui parla dell'intervento che serve a migliorare la qualità di vita, mentre non potrebbe garantire con certezza una ripresa dell'attività lavorativa abituale, attività che personalmente avevo già valutato e ridotto in maniera definitiva. Personalmente il Dr. _____ non porta nulla di nuovo rispetto alla mia perizia se non l'idea di un ennesimo intervento operatorio. Ritengo ancora di più che dopo un tale intervento il paziente sarebbe inabile in maniera definitiva quale idraulico, mentre resta per il momento abile in un'attività leggera come da me attestato . È chiaro che un intervento chirurgico porterà ancora ad un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività per un periodo massimo di 6 mesi. Personalmente quindi chiederei al paziente quando è previsto l'intervento operatorio. Fosse un intervento previsto a breve si può attestare ancora un'inabilità lavorativa di un 100% fino ad un massimo da 6 mesi dall'intervento anche in attività leggere. Per prolungarlo ulteriormente avrei bisogno sicuramente del rapporto poi del neurochirurgo in cui si attestasse un peggioramento della situazione rispetto alla precedente valutazione. Personalmente resto piuttosto scettico sull'effetto di tale intervento, anche se spero per il bene del paziente, che possa portare a dei miglioramenti." (doc. 51,

sottolineature in originale) Il 4 marzo 2025 il dr. med. _____ ha nuovamente visitato l'insorgente presso la Struttura di ricovero e cura _____. Posta la diagnosi di discopatia degenerativa L4-L5 con stenosi foraminale sinistra critica, esiti di asportazione di ernia discale extraforaminale sinistra ed impianto di dispositivo interspinoso (in due riprese presso _____), discopatia degenerativa con ernia discale centrale L5-S1, il neurochirurgo ha affermato che “ attualmente il paziente mi riferisce dolore lombare peggiorato dopo l'ultimo trattamento chirurgico e persistenza del dolore radicolare, soprattutto distale, all'arto inferiore sinistro che è costante con disturbo nel riposo e limitazione nei sovraccarichi funzionali e nelle posture inergonomiche (motivo per il quale non è in grado di riprendere le sue mansioni di idraulico) . Nel camminare dopo circa 30 minuti necessita di fermarsi ”. Lo specialista ha confermato l'indicazione per un intervento di artrodesi L4-S1 con impianto dinamico L3-L4 (doc. 52). Il 12 marzo 2025 il dr. med. _____, prendendo posizione sul referto del 4 marzo 2025 del dr. med. _____, ha aggiunto: " (...) ricevo una lettera del Dr. _____ del 04.03.2025 che conferma in base quanto detto nella lettera del 12.02.2025 e conferma l'indicazione da lui posta di intervento chirurgico. Per quello che riguarda l'abilità lavorativa si limita ad affermare che il paziente non è in grado di fare l'idraulico a causa di un disturbo nel riposo e limitazione nei sovraccarichi funzionali e nelle posture inergonomiche. Già nella mia perizia mi ero espresso in modo simile per l'attività come idraulico. Altresì confermo le mie valutazioni per una attività adatta. Questa nuova lettera non cambia la mia posizione riguardo all'abilità lavorativa.” (doc. 53) Il ricorrente ha inoltre prodotto un certificato del 22 aprile 2025 del dr. _____ di _____ (Italia), che, posta la diagnosi di discopatia plurifattoriale sintomatica, ha indicato che l'interessato è inabile al 100%. “ Terapia del caso con indicazione chirurgia elettiva Prognosi gg 90 (novanta) sc di riposo ” (doc. 54). Con il ricorso l'assicurato ha prodotto documentazione medica già agli atti, nonché un referto del 9 maggio 2025 del dr. med. _____, del seguente tenore: " (...) Rispondo alle domande relative al summenzionato paziente, come da Vs. richiesta. 1. Limitazioni attuali del paziente : il Sig. RI 1 presenta delle limitazioni funzionali di carattere medico secondarie ad una patologia spinale. Tali limitazioni si riflettono in modo negativo sulla attività lavorativa abituale (idraulico) e sulla quotidianità. Esse consistono in dolore lombare e dolore radicolare soprattutto distale all'arto inferiore sinistro costante, con disturbo nella deambulazione oltre 10-15 minuti, nel riposo e con severa limitazione nei sovraccarichi funzionali e nelle posture inergonomiche. Queste problematiche al momento non consentono al paziente di praticare la sua attività di idraulico. 2. Intervento chirurgico proposto : il paziente ha ricevuto 2 trattamenti chirurgici orientati alla liberazione radicolare, trattamenti purtroppo inefficaci. Dal momento che il disturbo risiede, al di là della persistenza di radicolopatia compressiva L4 sinistra, nella severa instabilità del tratto L4-S1 ho proposto al paziente un trattamento di artrodesi lombosacrale che è previsto alla fine del mese di Maggio in Italia. L'intervento ha il principale obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente nel quotidiano, non è possibile stabilire con certezza se una volta stabilizzato il quadro clinico il paziente potrà riprendere la sua attività abituale o se sarà necessaria una attività adatta al caso, con limitazioni di carico/posture. 3. conferma della indicazione chirurgica : l'indicazione chirurgica è confermata a causa: 1. del grave scadimento della qualità di vita del paziente, 2. del quadro clinico e radiologico caratterizzato da evidente radicolopatia L4 sinistra irritativa e limitazione antalgica nella motilità del tratto lombare per la presenza di discopatia degenerativa L4-L5 con stenosi foraminale sinistra critica e di discopatia degenerativa con ernia discale centrale L5-S1, 3.

dal fallimento dei trattamenti non invasivi e chirurgici finora effettuati e protratti nel tempo.” (doc. H) Il 2 giugno 2025 il dr. med. _____, ha affermato: " (...) Abbiamo da una parte un certificato del Dr. Med. _____ con un'inabilità lavorativa del 100% con prognosi per 90 giorni del 22.04.2025 senza alcuna ulteriore aggiunta per cui non valutabile. Abbiamo poi un rapporto del 09.05.2025 del Dr. _____ il quale lo divide in tre punti: - Limitazione attuale del paziente, che sono chiaramente quelli che ho già messo io per cui non cambia nulla. - Un intervento chirurgico proposto, quando fa notare che il paziente ha già avuto 2 interventi e ora ne accetta un 3 con una stabilizzazione L4-S1. Lo stesso il Dr. _____ dice che l'intervento ha l'obiettivo principale di migliorare la qualità di vita del paziente nel quotidiano ma non è possibile stabilire con certezza se una volta stabilizzato il quadro clinico il signor RI 1 potrà riprendere la sua attività abituale o se sarà necessaria un'attività adatta al caso. - La conferma dell'indicazione chirurgica data dal grado di sofferenza della qualità di vita del paziente (che secondo me va valutato se solo dovuto a questa instabilità) al quadro radiologico e al fallimento dei trattamenti non invasivi. Di base la documentazione non porta a nulla di nuovo. Personalmente ritengo che un paziente dopo 3 interventi di cui 1 di stabilizzazione su due livello L4-S1 non possa più fare un lavoro pesante se non mettendo a rischio anche la sua salute. Trovo quindi al quanto bizzarro che l'avvocato dica che si possa fare un lavoro pesante quando poi sono loro i primi in caso di perizie a porre le limitazioni. Il paziente viene già stabilizzato da L4-S1 all'età di 50 anni e posso quindi immaginarmi che se dovesse fare un lavoro pesante nel giro di al massimo 10 anni ci troveremo davanti ad un ulteriore problematica lombare con rischio di dover stabilizzare ulteriormente la schiena. Per quello che poi riguarda il successo dell'intervento mi permetto di essere molto scettico. Il paziente è già stato valutato anche da altri neurochirurghi e inoltre esistono abbastanza articoli che parlano della possibilità di riuscita di un intervento. Allego nella bibliografia un articolo molto interessante proprio sul risultato di questi interventi, articolo che mi è stato anche passato oltretutto da un neurochirurgo. Per la vostra domanda: la nuova documentazione medica fornisce elementi tali da modificare le sue prese di posizione del 15.01.2025 e del 05.03.2025 rispettivamente del 02.03.2025 ? No, non ho alcun motivo per cambiare la mia valutazione. Si confermano le alterazioni degenerative già descritte in paziente che ha voluto assumersi il rischio di un terzo intervento operatorio. Personalmente ritengo che dopo una stabilizzazione L4-S1 le possibilità che il paziente riprenda un'attività pesante siano praticamente nulle se non a rischio della sua stessa salute a livello della schiena. Un intervento di tale portata per me preclude che il paziente possa ancora riprendere a fare attività pesanti se non a rischio di un rapido scompenso poi della situazione ai livelli adiacenti, vale a dire L2-L3 ed L3-L4. Come già detto nella mia lettera del 05.03.2025 ritengo un'inabilità lavorativa del 100% fino ad un massimo di 6 mesi dall'intervento anche in attività leggere. Per prolungare ulteriormente avrei bisogno sicuramente il rapporto del neurochirurgo in cui si attesti un peggioramento della situazione rispetto alla precedente valutazione e non i soliti rapporti dell'intervento è andato bene ma il paziente ha ancora dolori. Resto infine piuttosto scettico sugli effetti di tale intervento anche se spero per il bene del paziente che posso portare ad un minimo di miglioramento.” (doc. 56) Nelle more processuali l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica, e meglio: - referto del 4 giugno 2025 della casa di Cura _____ (_____ ; Italia), relativa all'intervento del 29 maggio 2025 di artrodesi L4-S1 con tecnica TLIF ed impianto di stabilizzazione dinamica L3-L4 (impianti Globus Transition RMN compatibili; doc. M/1a) e diagnosi di discopatia L4-L5 e L5-S1; - referto dell'11 giugno 2025 del dr. med. _____ relativo al decorso post-operativo dove figura

che “ il deficit è in evidente miglioramento e recupero. Il dolore lombare secondario all'intervento è ben gestito ”, con la prescrizione di “ presa in carico fisioterapica per recupero del quadricipite sinistro ” (doc. M2a); - rapporto del 16 giugno 2025 del dr. med. _____ del seguente tenore: “ (...) Il paziente è stato sottoposto lo scorso 29.05.2025 ad intervento chirurgico di artrodesi L4-S1 con tecnica TLIF ed impianto di stabilizzazione dinamica L3-L4. Ricordo che l'intervento si è reso necessario in quanto il paziente presentava dolore lombare e dolore radicolare soprattutto distale all'arto inferiore sinistro, costante, con disturbo nella deambulazione oltre 10-15 minuti, nel riposo e con severa limitazione nei sovraccarichi funzionali e nelle posture inergonomiche. Il quadro clinico e gli accertamenti radiologici documentavano una evidente radicolopatia L4 sinistra irritativa con limitazione antalgica nella motilità del tratto lombare per la presenza di discopatia degenerativa L4-L5 con stenosi foraminale sinistra critica e di discopatia degenerativa con ernia discale centrale L5-S1. I sintomi erano continui e refrattari alle altre cure (anche chirurgiche, essendo stato il paziente sottoposto ad un primo intervento nel Marzo 2024 di asportazione di ernia discale extra foraminale L4-L5 e di un secondo intervento in Luglio 2024 di asportazione della recidiva di ernia e di confezionamento di dispositivo interspinoso L4-L5). L'intervento del 29.05.2025 si è svolto regolarmente. A livello intraoperatorio vi è stata la conferma della grave compressione della radice L4 di sinistra, congrua con i sintomi lamentati dal paziente sostenuta sia dalla compressione diretta del nervo da parte del residuo cicatriziale sia dalla stenosi foraminale legata alla grave discopatia con riduzione dell'altezza verticale del disco. Dimostrazione della gravità della compressione è stato il quadro immediatamente post-operatorio che ha visto svilupparsi immediatamente una neuroaprassia della radice L4 sinistra (deficit motorio e sensitivo in assenza di dolore radicolare e senza evidenza di decompressione radicolare agli accertamenti radiologici), verosimilmente esito delle manovre di liberazione radicolare in un contesto di stenosi molto grave. Fortunatamente già a distanza di 2 settimane il decorso è favorevole ed il paziente presenta un miglioramento quasi completo del deficit post-operatorio (in linea con i dati della letteratura scientifica in tema di neuroaprassiapost-chirurgica); il dato tuttavia più confortante è che da subito dopo il trattamento è scomparso il dolore radicolare all'arto inferiore sinistro precedentemente lamentato.” (doc. M/3a) 2.9. 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 (= 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). Va poi evidenziato 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, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che 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, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Rimangono riservati i casi in cui questi evidenzino elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia e sufficientemente pertinenti per imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). 2.10. L'assicurato sostiene, con riferimento anche ad un referto del 10 dicembre 2024 del dr. med. _____, specialista in neurochirurgia, che il suo stato di salute non sarebbe ancora stabilizzato ed un ulteriore intervento, poi eseguito il 29 maggio 2025 (cfr. doc. H/1a), lo avrebbe nuovamente reso abile nella sua precedente attività di idraulico. L'assicuratore non avrebbe di conseguenza potuto assegnargli un termine per cambiare professione. La censura va respinta. L'insorgente, al momento dell'emissione della decisione su opposizione qui impugnata del 7 aprile 2025, 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, era incapace al lavoro al 100% nella precedente attività dal 27 novembre 2023 (doc. 2), ossia quasi un anno e mezzo. Tale periodo esubera di gran lunga quello normalmente preso in considerazione per ritenere esigibile un cambiamento di attività (cfr. consid. 2.7). Sulla base delle valutazioni del dr. med. _____ l'assicuratore poteva di conseguenza ritenere che lo stato di salute del ricorrente fosse stabilizzato. Anche perché né il dr. med. _____ (doc. 40), né il dr. med. _____, hanno affermato che l'intervento avrebbe ripristinato, perlomeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante, la (totale) capacità lavorativa dell'interessato quale idraulico. Il dr. med. _____ ha sostenuto che l'operazione sarebbe servita a migliorare la qualità della vita dell'insorgente (doc. 48: “[...] Ho spiegato nel dettaglio aspettative, rischi e benefici soffermandomi soprattutto sul fatto che il target principale dell'intervento sarebbe nel migliorare la qualità di vita mentre non potrebbe garantire con certezza una ripresa della attività lavorativa abituale [...]”]; doc. H: “[...] L'intervento ha il principale obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente nel quotidiano, non è possibile stabilire con certezza se una volta stabilizzato il quadro clinico il paziente potrà riprendere la sua attività abituale o se sarà necessaria una attività adatta al caso, con limitazioni di carico/posture”). Ciò è quanto ha affermato anche lo stesso ricorrente in sede di opposizione (doc. 50: “vi comunico che intendo sottopormi all'intervento chirurgico definitivo [...] al fine di migliorare la mia qualità di vita generale”). Un miglioramento sostanziale o il ripristino della capacità lavorativa nella precedente attività non è pertanto stato accertato. Neppure in seguito all'intervento del 29 maggio 2025 il dr. med. _____ ha affermato che l'insorgente potrebbe riprendere l'attività di idraulico, ma ha sostenuto che dopo il trattamento è scomparso il dolore radicolare all'arto inferiore sinistro, precedentemente lamentato (cfr. doc. M/3a). Va qui rammentato che, secondo la giurisprudenza valida nell'ambito dell'assicuratore contro gli infortuni, il solo fatto che la persona assicurata senta ancora dei dolori o soffra di dolori cronici non permette di concludere che il suo stato di salute non sia stabilizzato (STF 8C_20/2022 del 10 giugno 2022 consid. 6.3; STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 5.3; STF 8C_83/2017 dell'11 dicembre 2017 consid. 4.3). Anche la prescrizione di medicinali antalgici e di sedute di fisioterapia o accertamenti supplementari per stabilire le cause dei dolori, sono compatibili con uno stato di salute stabilizzato (STF 8C_93/2022 del 19 ottobre 2022 consid. 4.2; STF 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). In queste condizioni, occorre concludere che al momento in cui l'assicuratore ha emesso la decisione su opposizione qui impugnata, lo stato di salute del ricorrente era da ritenersi stabilizzato. La circostanza che in seguito all'intervento del 29 maggio 2025 il ricorrente è da considerare inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività per almeno 6 mesi, come più volte affermato dal dr. med. _____, non modifica l'esito del procedimento, trattandosi di un fatto avvenuto dopo l'emissione della decisione su opposizione qui impugnata. Tale modifica dovrà semmai essere oggetto di un'altra procedura, segnatamente se l'assicurato è nel frattempo passato nell'assicurazione individuale. 2.11. In secondo luogo questa Corte, alla luce della documentazione medica agli atti, constata che l'assicurato deve essere ritenuto in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, attività confacenti al danno alla salute, alternative a quella svolta finora di idraulico presso la _____. Ciò è quanto accertato dal dr. med. _____ nel referto del 15 gennaio 2025 (doc. 43: abile al

100% in “ un’attività molto leggera dove il paziente possa cambiare regolarmente posizione da seduto a posizione eretta, è in grado di stare seduto anche per più di 2 ore, dove non debba sollevare pesi superiori ai 5 kg in modo ripetuto, raramente fino a 10 kg, dove non debba lavorare in antiflessione con torsioni ripetute del corpo, dove non debba salire su scale a pioli, il paziente è in grado di camminare su terreni piani per anche un 1 km in modo ripetuto, è in grado di fare lavori di precisione leggeri, raramente medio-pesanti mai lavori di precisione pesanti ”), senza essere smentito, su questo punto, dal dr. med. _____, il quale non ha mai indicato che l’insorgente non può svolgere un’attività adatta al suo stato di salute in maniera completa. L’assicurato sostiene che dopo la visita del dr. med.

_____ del 14 gennaio 2025, vi sarebbe stato un peggioramento del suo stato di salute, rilevabile dai referti del 12 febbraio 2025 e del 9 maggio 2025 del dr. med. _____, che non gli permetterebbero l’esercizio di un’attività adatta. L’insorgente afferma in particolare che il materiale discale è ora ben visibile, che la radice appare compromessa anche dall’ipertrofia articolare e capsulare L4-L5 a sinistra, che l’edema è ancora attivo, che l’ernia centrale è voluminosa e in parte cicatrizzata, che la discopatia presente è ancora grave, che vi è un’instabilità vertebrale L3-L4 e che il tessuto cicatriziale è ben presente. Per l’insorgente il referto del 12 febbraio 2025 mostrerebbe un quadro clinico avanzato e aggravato, un dolore maggiormente presente, invalidante, costante e notturno, ulteriormente peggiorato nella descrizione contenuta nel referto del 9 maggio 2025, dove figura che vi è un aggravamento dei dolori lombari e radicolari soprattutto distali all’arto inferiore sinistro, che disturbano la deambulazione oltre 10/15 minuti rispetto ai trenta di febbraio/marzo. La documentazione medica citata dall’insorgente, esaminata anche dal dr. med. _____, il quale ha sottolineato come il neurochirurgo si limita ad accennare agli interventi noti così come alle alterazioni degenerative già indicate (cfr. doc. 51 e 53), non modifica tuttavia la valutazione secondo cui l’insorgente può svolgere un’attività lucrativa in attività adatta in maniera completa. Il reumatologo, già nel referto del 15 gennaio 2025 aveva infatti rilevato che il ricorrente riferiva della “ persistenza di importanti dolori da sotto al ginocchio, a livello dello spazio articolare irradiano sul lato anteriore dalla tibia alla caviglia fino al primo dito del piede sinistro ”, di come il “ dolore al mattino è presente, fa fatica a muoversi dopodiché muovendosi pian pianino va meglio per poi riapparire verso la sera ”, come anche “ di notte ogni tanto ha dei dolori e delle fitte proprio in quel punto ” e “ dal secondo intervento l’apparizione anche di un dolore a livello della colonna lombare con delle stilette se fa dei movimenti sbagliati ”. Quanto riportato dal ricorrente al dr. med.

_____ non differisce molto da quanto indicato dal medesimo insorgente al dr. med. _____ (doc. 48: “ attualmente il paziente mi riferisce dolore lombare peggiorato dopo l’ultimo trattamento e persistenza del dolore radicolare, soprattutto distale, all’arto inferiore sinistro (seppur quest’ultimo sia migliorato dall’esordio ad oggi ”). Il curante insiste del resto sull’impossibilità per il ricorrente di svolgere l’attività abituale di idraulico (doc. 48 e H), ma non si esprime sulle attività adatte che l’interessato potrebbe svolgere. Egli riporta quanto riferitogli dal ricorrente (cfr. doc. 48) e pone limitazioni (doc. 48: “ il dolore radicolare è però costante con disturbo nel riposo e limitazione nei sovraccarichi funzionali e nelle posture inergonomiche (motivo per il quale non è in grado di riprendere le sue mansioni di idraulico) ”; doc. H: “ presenta delle limitazioni funzionali di carattere medico secondarie ad una patologia spinale. Tali limitazioni si riflettono in modo negativo sulla attività lavorativa abituale (idraulico) e sulla quotidianità. Esse consistono in dolore lombare e dolore radicolare soprattutto distale all’arto inferiore sinistro costante, con disturbo nella deambulazione oltre 10-15 minuti, nel riposo e con severa limitazione nei

sovraccarichi e nelle posture inergonomiche. Queste problematiche al momento non consentono al paziente di praticare la sua attività di idraulico”) che non precludono all’insorgente di svolgere in maniera completa un’attività leggera ed adatta al suo stato di salute, come stabilito dal dr. med. _____. Quest’ultimo ha infatti tenuto conto degli impedimenti segnalati dal dr. med. _____. Nello specifico, il dr. med. _____, per il quale l’insorgente può svolgere un’attività “ molto leggera ”, ha affermato, per quanto concerne la limitazione nelle posture inergonomiche, che l’assicurato deve “ cambiare regolarmente posizione da seduto a posizione eretta ” e non deve lavorare in anteflessione “ con torsioni ripetute del corpo ”, relativamente alla severa limitazione nei sovraccarichi, ha sostenuto che l’interessato non deve sollevare “ pesi superiori ai 5 kg in modo ripetuto ” e “ raramente fino a 10 kg ” e non può fare dei lavori di precisione pesanti e circa il disturbo della deambulazione oltre 10-15 minuti che il ricorrente può “ camminare su terreni piani per anche un 1 km in modo ripetuto ” (cfr. su questo aspetto: www.swisstopo.admin.ch/it/pianificazione-dell-orario: “ per 1 km di marcia calcolate all’incirca 15 minuti ”). Le limitazioni funzionali indicate dal dr. med. _____ sono pertanto compatibili con un’attività leggera e confacente allo stato di salute del ricorrente, come descritta dal dr. med. _____, e non fanno stato di alcun peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa dell’interessato in attività adatta e confacente al suo stato di salute. Su questo aspetto al ricorrente non è d’aiuto il certificato, generico, del 22 aprile 2025 del dr. med. _____, che attesta un’inabilità lavorativa al 100%, poiché non fornisce alcuna spiegazione in merito. Il curante pone la diagnosi di discopatia plurifattoriale sintomatica, senza indicare alcuna anamnesi, senza descrivere alcun esame medico oggettivo, senza evidenziare alcuna prognosi e senza chinarsi sulle valutazioni, motivate e convincenti, del dr. med. _____. Questo attestato è privo di qualsiasi valore probatorio. Sulla base delle valutazioni del reumatologo l’assicuratore ha pertanto giustamente elencato le professioni esigibili dal ricorrente, tra cui i lavori di controllo nel settore industriale o l’operaio generico con i limiti menzionati (su questo aspetto cfr. STF 9C_220/2020 del 30 giugno 2020, consid. 4.3 citato da Bonaz Lucile, op. cit., pag. 175, n. 499). 2.12. L’insorgente non contesta esplicitamente il termine di tre mesi per cambiare attività. Questo lasso di tempo, conforme alla giurisprudenza, va confermato, giacché al ricorrente, nato nel 1974 e di madre lingua italiana, ben inserito nella realtà del mercato del lavoro ticinese, tenuto conto delle limitazioni poste dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____, può essere richiesto di trovare una nuova attività, semplice e ripetitiva, quale quella di lavori di controllo nel settore industriale o operaio generico, nel termine assegnato. Si tratta infatti di attività nell’ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, assai leggere, con la possibilità anche di variare frequentemente la postura che il ricorrente nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa, senza la necessità di provvedimenti professionali (cfr. STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.2 e seguenti). 2.13. Il ricorrente, in via subordinata, chiede il ricalcolo della capacità lavorativa residua “qualora necessario”. Per quanto concerne il calcolo del grado dell’incapacità lavorativa, l’interessato non contesta il reddito da valido preso in considerazione dall’assicuratore ossia fr. 75'140, che avrebbe potuto conseguire se avesse continuato a lavorare nel 2024 (cfr. doc. 26). Relativamente al reddito da invalido, va rammentato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell’interessato, a condizione però che quest’ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall’attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF

126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Nel caso di specie il reddito evinto dalla Tabella TA1 2022 *tirage_skill_level* (NOGA08, RSS 2020; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), livello di qualifica 1, attività semplici e ripetitive, uomini che svolgono attività di tipo fisico o manuale nel settore privato, ammonta a fr. 5'305 al mese, pari a fr. 63'660 all'anno (5'305 X 12). Tale importo si riferisce ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2022 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: “ *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* ”), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'365.55 (fr. 63'660 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). L'importo di fr. 66'365.55 , aggiornato al 2024 secondo la Tabella T1.1.20 (indice dei salari nominali Uomini, 2021-2024) ammonta a fr. 68'000 (66'365 : 100.3 X 103.2). Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto l'assicuratore ha applicato una, generosa, riduzione del 15%, tenuto conto dei parametri legati alla persona dell'assicurato. Ritenuto che la riduzione, nel particolare caso di specie, rientra nei parametri giurisprudenziali, questo Tribunale non vede alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'assicuratore nell'applicazione della riduzione concessa. Raffrontando il reddito da valido di fr. 75'140 con quello da invalido di fr. 68'000 , ridotto del 15% (riduzione sociale) a fr. 57'800, si ottiene un'incapacità al guadagno del 23.07%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 23%, che, conformemente all'art. 15.2 CGA, non darebbe diritto ad alcuna indennità giornaliera dopo il termine di tre mesi. L'assicuratore aveva calcolato un discapito del 25% poiché non ha adeguato il reddito da invalido dal 2022 al 2024. In concreto, questo Tribunale rinuncia alla “ *reformatio in peius* ”, ritenuta la circostanza che l'indennità giornaliera al 25% verrà

ancora versata ancora per pochi mesi, ossia fino al massimo al 15 novembre 2025 (sul tema della reformatio in peius: DTF 144 V 153, dove il Tribunale federale al consid. 4.2.4. ha stabilito che “ Sofern reformatorisch entschieden werden kann und die Sache nicht wegen anderer Mängel zurückgewiesen werden muss, ist das kantonale Sozialversicherungsgericht bei Feststellung einer Rechtsverletzung verpflichtet, eine reformatio in peius ins Auge zu fassen. Ob eine solche tatsächlich zu erfolgen hat, da das objektive Recht durchgesetzt werden soll, oder ob im Einzelfall das subjektive Rechtsschutzinteresse überwiegt, verbleibt im Rahmen dieses Spannungsverhältnisses der Überprüfung durch das kantonale Gericht. Die Schlechterstellung im kantonalen Beschwerdeverfahren aber mit Voraussetzungen zu verknüpfen, wie sie in BGE 142 V 337 E. 3.1 formuliert wurden, verträgt sich nicht mit der im kantonalen Beschwerdeverfahren nach Art. 61 lit. d ATSG geltenden *Offizialmaxime*”).

2.14. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, la decisione su opposizione impugnata merita conferma. 2.15. 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); Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 «Rapporto sull’iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell’art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGa alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto» .

E. 6

cpv. 2 seconda frase LPGa prevede infatti che in caso d’incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un’altra professione o campo d’attività. Il cambiamento d’attività deve essere esigibile e l’assicuratore deve indicare i profili professionali o le attività esigibili per l’assicurato (sentenza 8C_702/2018 dell’11 luglio 2019, consid. 3.3, con riferimenti alla sentenza 8C_714/2018, consid. 4.4.4 e alla sentenza U 301/02 consid. 1.4 con rinvio alla DTF 124 V 181 consid. 1a). A questo proposito la dottrina rammenta che un’incapacità di lavoro di lunga durata, di regola, va ritenuta se supera i 6 mesi (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 174, n. 496; Kieser, Kradolfer, Lendfers, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, 5a edizione, 2024, n. 78 ad art. 6; cfr. in ambito di LCA : Häberli/Husmann , *Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte*, 2015, n. 519, pag. 166-167). Nella valutazione dell’esigibilità del cambiamento della professione occorre valutare se il cambiamento è oggettivamente (ossia ragionevolmente: “ vernünftigerweise ”; cfr. Kieser , Kradolfer, Lendfers op. cit., n. 78 ad art. 6 con rinvio alla DTF 114 V 298 dove il cambiamento di attività ordinato dalla Cassa dopo 6 mesi non è stato messo in discussione) possibile. Ciò significa che dal punto di vista medico-teorico l’attività indicata deve poter essere svolta, che questa attività nel mercato del lavoro concreto deve essere offerta in maniera sufficiente. Importante è soprattutto che l’attività possa effettivamente essere esercitata nel luogo di lavoro della persona assicurata (cfr. DTF

134 V 23); differentemente dall'assicurazione per l'invalidità non va preso in considerazione il mercato di lavoro equilibrato teorico, poiché l'esigibilità deve sempre tener conto del caso concreto (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 175, n. 499; cfr. anche Kieser, Kradolfer, Lendfers op. cit., n. 83 e seguenti ad art. 6). Occorre anche esaminare se la nuova attività può essere svolta senza misure di reintegrazione (cfr. sentenza 9C_141/2009, consid. 2.1.1 in: SVR 2010 IV Nr. 9). 2.7. Va ancora evidenziato, circa il suddetto termine, che nel rapporto della Commissione del Consiglio degli Stati del 27 settembre 1990 relativo all'iniziativa parlamentare sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, pubblicato nel FF 1991 II pag. 177 seguenti, a pag. 239, circa l'art. 6 LPGa, figura che: " La nozione d'incapacità al lavoro figura in varie leggi delle assicurazioni sociali, sovente come condizione per l'erogazione di prestazioni pecuniarie, ma non è stata definita più dettagliatamente. La giurisprudenza le ha tuttavia dato una definizione precisa, che viene ripresa nella presente disposizione. È determinante l'incapacità, per motivi di salute, di svolgere il proprio lavoro nell'attuale professione o settore d'attività oppure, per periodi più lunghi (in generale oltre 6 mesi), anche in un'altra professione o campo d'attività." Con sentenza 36.2013.58 del 29 novembre 2013 il TCA, in ambito di un'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia retta dalla LAMal, dopo aver esaminato la giurisprudenza (segnatamente sentenza K 31/04 del 9 dicembre 2004 e sentenza K 224/05 del 29 marzo 2007), ha stabilito che alla persona assicurata, di norma, può essere imposto un cambiamento di professione solo laddove una ripresa della propria attività non è più possibile. Questo è il caso, di regola, se l'incapacità lavorativa nella propria professione è durata oltre 6 mesi. Tuttavia il lasso di tempo di 6 mesi non va inteso quale termine assoluto. Se prima dello scadere dei 6 mesi è accertato che la persona assicurata non potrà più svolgere la sua attività ed un cambio di professione può essere imposto, l'assicuratore può intervenire prima, dando alla persona assicurata un lasso di tempo adeguato (di norma 3-5 mesi) per conformarsi alla nuova attività ed eseguendo l'abituale raffronto dei redditi. Per contro se è reso verosimile, anche dopo 6 mesi, che l'interessato può ancora svolgere, a breve, la sua attività lucrativa, di principio, non può essergli imposto un cambio di professione e le indennità devono continuare ad essergli corrisposte fino al reintegro nella sua precedente attività. Secondo la citata dottrina (Häberli/Husmann , op. cit., pag. 167 e seguenti) fin quando una cura non può essere esclusa e la guarigione è possibile, fin quando sono previsti ulteriori interventi medici oppure fin quando non è prevedibile se l'incapacità lavorativa sarà durevole e in quale misura, non può essere imposto alla persona assicurata di cambiare attività. In caso di stato di salute mutevole per un periodo determinato, l'incapacità lavorativa va stabilita nell'attività usuale (" Solange die Heilbehandlung nicht abgeschlossen und eine Genesung möglich ist, weitere medizinische Eingriffe bevorstehen oder noch nicht absehbar ist, ob die Arbeitsunfähigkeit über eine längere Zeitspanne und im gleichen Masse bestehen wird, kann keine Pflicht zu einem Wechsel in eine dem Leiden angepasste Tätigkeit bestehen. Bei labilem Gesundheitszustand während einer beschränkten Zeit beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit damit nach der Einschränkung im angestammten Beruf "). L'assicuratore può imporre il cambiamento d'attività quando risulta chiaro che la ripresa dell'attività usuale non è più esigibile o lo è solo in misura limitata rispetto a quanto possibile in un'attività adatta (" Die Versicherung kann sich erst dann auf eine Verweisungstätigkeit berufen, wenn klar feststeht, dass die Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit nicht mehr oder nur noch in geringerem Umfang als in einer angepassten Tätigkeit in Frage kommt"). L'obbligo di ridurre il danno tramite il cambio dell'attività è dato unicamente laddove lo stato di salute è stabile (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 174, n. 496; cfr.

in ambito di LCA: Häberli/Husmann , op. cit., pag. 167, n. 525 con riferimento alla sentenza K 224/05 del 29 marzo 2007: “ Eine Pflicht zur Schadenminderung durch einen Berufswechsel kann in aller Regel nur dann gegeben sein, wenn ein stabiler Gesundheitszustand vorliegt ”). A questo proposito la dottrina rammenta quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza K 224/05 del 29 marzo 2007: "

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