

TI_GERICHTE 36.2009.135 vom 5. Juli 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-07-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.135

FR: TI_GERICHTE 36.2009.135 du 5 juillet 2010

IT: TI_GERICHTE 36.2009.135 del 5 luglio 2010

Regeste

Danno psichico alla salute. Inabilità lavorativa. Copertura LCA. Perizia. Medico fiduciario. Valutazione degli atti medici

Erwägungen

E. 1

e l'assenza o quasi di un rapporto di confidenza. Per quanto attiene all'anamnesi remota il perito espone assenza di patologie significative, fatta salva un'epatite B asintomatica, ed osserva come AT 1 sia nata in _____ ed allevata nei primi anni di vita dalla nonna e da una zia materna visto che i genitori risiedevano in _____ per lavoro. Successivamente l'attrice ha seguito la famiglia a _____ dove il padre si era trasferito per lavorare a migliori condizioni. Dopo le scuole dell'obbligo in _____ il rientro in Italia, in provincia di _____, con il completamento della scolarità obbligatoria e la frequenza di un corso professionale di estetista. Diplomatasi nel 1999 AT 1 si è trasferita in Ticino, a _____, per collaborare quale cameriera in un esercizio pubblico. In Ticino una prima convivenza con un compagno non ha funzionato, successivamente ha conosciuto l'attuale compagno di vita con il quale ha iniziato una convivenza nel 2007 in Italia. Nel corso del medesimo anno l'attrice ha iniziato la sua collaborazione con _____ di _____ lavorando sino alla fine del 2007 quando è rimasta a casa per la sua prima gravidanza. Il 21 agosto 2008 è nata la figlia _____. Dopo il primo parto, come evidenzia il perito, AT 1 "avrebbe sofferto di crisi di pianto, di agitazione, di paure ... si sarebbe sentita più fragile". Nel gennaio 2009 l'attrice è rimasta incinta del secondogenito _____ nato il 20 ottobre 2009, la gravidanza "sarebbe stata vissuta male ... inattesa. ... Sarebbe stata arrabbiata (ma) avrebbe accettato la situazione pur vivendola con molte difficoltà psicologiche ma ... senza problemi fisici". Nella valutazione dello status il perito rileva buone condizioni generali della peritanda con uno stato di coscienza indisturbato e "forse un'ombra di ipervigilanza che segnala un'aumentata tensione endopsichica. L'orientamento spazio-temporale, situativi e autopsichici é conservato". Il dott. _____ evidenzia difficoltà di rievocazione mnemonica e funzioni cognitive nella norma, mimica e gestualità vengono definiti "vivaci" con tono della voce "vitale" e l'eloquio scorrevole con pensiero indisturbato, unicamente l'affettività appare dominata da una nota ansiosa controllata con sforzo. Per quanto attiene ai disturbi presenti al momento dell'allestimento della perizia l'esperto evoca quanto gli riferisce la paziente ossia la presenza di crisi di pianto (2-3 volte al giorno, ma non ogni giorno) a insorgenza repentina, senza apparente ragione, della durata di mezz'ora, crisi che sarebbero iniziate con il parto della prima figlia. A seguito di queste crisi l'attrice si sarebbe recata nelle strutture pubbliche italiane con presa a carico considerata dalla stessa signora AT 1 come insufficiente. L'attrice ha indicato al dott. _____ che dal settembre 2009 "a queste

crisi si è associata una nuova sintomatologia ... nella fase dell'addormentamento avvertirebbe formicolii e <pizzicotti> al corpo ... (ed) ... avvertirebbe la presenza di <un gruppo di persone che prega>. Inizialmente si sarebbe trattato di una percezione acustica, ora invece anche ottica e avrebbe l'impressione che l'anima esca dal corpo ... (e) ... avrebbe avvertito il peso sul proprio sterno" di una donna che "l'avrebbe presa per il collo e lei si sarebbe sentita soffocare". Queste crisi ("allucinazioni", perizia pagina 5 in medio) hanno influenza sul ciclo del sonno di AT 1 e l'umore sarebbe sempre "a terra". Secondo la descrizione dell'attrice stessa essa sarebbe fragile, irascibile, preoccupata per le condizioni economiche, timorosa e pessimista. Il perito, dopo avere riassunto nel suo esposto sia il colloquio intervenuto con il convivente della signora AT 1 che gli atti giudiziari acquisiti, presenta una sua sintesi e valutazione (da pagina 10 del doc. XXIV) in cui rileva come il quadro clinico insorto a seguito della prima gravidanza si sia complicato, e così si esprime: "(...) Questo quadro clinico, che potrebbe apparire reattivo a particolari circostanze (gravidanza, sovraccarico nella nuova situazione familiare) ed è stato perciò, comprensibilmente, inquadrato dal Dr. _____ e dagli psichiatri Dottori _____ e _____ quale "sindrome da disattamento", ha in realtà, a mio avviso, origini ben più remote. (...) Se anche la sua anamnesi familiare non fa stato di patologie psichiatriche importanti o sicuramente ereditarie, è incontestabile che la biografia presenti elementi meritevoli, in un'ottica peritale, di attenzione (...) è sicuramente ravvisabile un primo elemento di una possibile futura fragilità nella struttura di personalità. (...) ...le relazioni intrafamigliari problematiche, con una madre diventata troppo presto sposa e madre, occupata a turni e quindi spesso assente da casa anche la notte, sostituita di giorno, quand'era al lavoro, da un'estranea e un padre definito come "problematico", giocatore d'azzardo, poco preoccupato della famiglia e dei figli. (...) ...la separazione e il divorzio dei genitori e le loro successive scelte di partner (in entrambi i casi problematiche) così come le situazioni famigliari dei fratelli, in particolare _____, (e la prima scelta di partner della peritanda stessa) fanno pensare a un modello di relazioni famigliari privo di direttive chiare. Con il nuovo compagno, la peritanda sembra iniziare un capitolo più promettente della propria esistenza e rimane incinta desiderando la gravidanza. I disturbi fisiologici di cui soffre, di per sé comuni e non allarmanti, vengono probabilmente a indebolire una struttura già fragile ma che, fino a quel momento, aveva retto bene. La situazione psicologica comincia a deteriorarsi tanto che dopo il parto compare un quadro clinico (che verosimilmente la peritanda ha tentato di dissimulare il più possibile) descritto appunto come "sindrome da disadattamento". Nei mesi successivi, e sino ad oggi, questo quadro clinico è evoluto sfavorevolmente. (...) La sintomatologia accumula, a segnali d'ansia, sintomi di attacco di panico (anche se il quadro clinico conclamato non è, per quanto a nostra conoscenza, ancora apparso), ritiro sociale, agorafobia, umore depresso, irritabilità, sensazioni di insufficienza, incapacità e colpa. Questa sindrome - cui si associano le paralisi da sonno - si protrae ormai da circa due anni (è molto difficile fissare con precisione una data d'inizio del disturbo), ma è insorta su un "terreno predisponente" formatosi molto prima. A mio avviso, la diagnosi di "sindrome da disadattamento" è perciò da inquadrare in un preesistente problema subclinico, di cui viene a costituire un'evoluzione. (...) I vissuti depressivi sono tenuti in secondo piano rispetto a quelli ansiosi, poiché questi sono probabilmente, nella fase attuale, più tormentosi, più presenti e immediati. Tuttavia, i sensi di insufficienza, di impotenza e di pessimismo sono percettibili ed anche ammessi, cosicché dobbiamo riconoscere la compartecipazione di elementi ansiosi e di elementi depressivi e formulare la diagnosi di Sindrome mista ansioso-depressiva, nella

quale vi sono anche segnali di attacco di panico (incompleto) e di agorafobia. Le parasonnie (paralisi nel sonno) con le caratteristiche allucinazioni acustiche e, in un secondo tempo, anche visive, ancorché benigne, fanno pensare ad una certa disposizione della peritanda a vissuti allucinatori, non di ordine psicotico (non ho rilevato alcun indizio in tal senso) ma piuttosto di ordine "dissociativo" (nel senso di un "disturbo dissociativo" affine a amnesie, fughe dissociative ecc.). Si tratta di disturbi più frequenti in persone traumatizzate nell'infanzia e provenienti da culture come quella di origine della peritanda - così almeno risulta dalla mia esperienza. L'evoluzione, per quanto sinora si è potuto constatare, non appare favorevole, come d'altronde il Dr. _____ già aveva ipotizzato nella sua relazione del 10.04.2009. Misure terapeutiche intense, di ordine psicoterapeutico e di ordine farmacologico, sarebbero indispensabili, poiché, allo stato attuale delle cose, nulla ancora è irreversibilmente compromesso e l'età e la condizione familiare della peritanda imporrebbero di impegnarsi a fondo per bloccare l'evoluzione infausta. (...)" (doc. XXIV pag. 10-11) In risposta ai quesiti posti il dott. _____ ha quindi posto la diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva (ICD – 10 F41.2) medio grave, cui si aggiungono elementi della sindrome da attacchi di panico con agorafobia e parasonnia (F51.8). Per il perito la patologia riscontrata giustifica "attualmente un'inabilità lavorativa completa ... e ciò a tempo indeterminato ... vi è ... il rischio di una cronicizzazione, alla quale bisogna opporsi con adeguate e tempestive misure terapeutiche ... non ... (ancora) ...poste in atto". Per il perito l'inabilità lavorativa è completa, vale cioè sia riferita alla precedente attività di operaia svolta presso _____ che per ogni attività lavorativa. 2.7. Come evocato nelle considerazioni di fatto l'assicuratore ha chiesto al proprio medico psichiatra fiduciario dott. _____ una presa di posizione sul referto peritale. Lo specialista ha formulato aspra critica al collega. Egli osserva anzitutto, quo allo status, come non venga descritto alcun segno deponente per una sintomatologia ansioso-depressiva grave, in particolare non si sarebbe in presenza di una spinta vitale ridotta (rallentamento psicomotorio, apatia, abulia, evocazione di idee o progetti autolesivi, difficoltà dell'attenzione, della concentrazione) o segni di disturbo della personalità rispettivamente altre comorbidità psichiche di rilevanza clinica (doc. XXIX pag. 2 in fine). Quo alle lamentele soggettive il dott. _____ osserva come "la descrizione dei sintomi è vaga e confusa. Emerge essenzialmente un disagio legato al sovraccarico per il suo ruolo di madre e a generici problemi socio-esistenziali". Il professionista esamina il lungo e ponderato lavoro del dott. _____ passando in rassegna gli argomenti trattati e contesta il rilievo del divorzio dei genitori della peritanda avvenuto quando la stessa era ormai donna (24 anni), ciò pur avendo il perito evidenziato, nelle sue lunghe considerazioni, gli aspetti relativi alle difficoltà della coppia, all'assenza di comunicazione, al ruolo di madre e moglie ragazzina della madre e di quello di genitore irresponsabile del padre. Per il dott. _____ AT 1 soffrirebbe solo di difficoltà psicosociali che non "hanno origini remote" ma legate ad eventi stressanti quali il fatto di diventare genitore. Lo psichiatra incaricato dall'assicuratore contesta quindi la diagnosi posta dal collega ribadendo come " i disturbi psichici della sig.ra AT 1 siano stati scatenati da un elemento stressante chiaramente identificabile legato non alla gravidanza di per sé, ma piuttosto ad un cambiamento specifico di una fase di sviluppo, come quella di divenire genitore, in associazione ad altri elementi citati nel mio rapporto peritale, come la necessità di accudire il padre (problema che nel frattempo si è risolto), il soggettivo sovraccarico e la mancanza di aiuto nella cura dei figli (a quanto pare promesso e poi procrastinato) da parte dei suoceri e della cognata". Il dott. _____ nega che le condizioni psicosociali descritte costituiscano degli elementi stressanti straordinari o

particolarmente traumatici. Non sarebbero inoltre ravvisabili nei processi di migrazione dei fallimenti a livello di integrazione o difficoltà di adattamento maggiori. Lo psichiatra incaricato dall'assicuratore ritiene in conclusione che la diagnosi formulata in precedenza di sindrome da disadattamento sia maggiormente corretta e la capacità lavorativa dell'assicurata sia data a fronte di un esigibile sforzo di volontà da parte di AT 1 pur se confrontata con il sovraccarico psicologico per i cambiamenti dovuti alla maternità. Per il dott. _____ il disturbo dell'adattamento di tipo "ansioso-depressivo ... può limitare per un periodo circoscritto la resistenza per quanto riguarda il compimento e il tempo dedicato al lavoro. Secondo l'esperienza clinica e secondo le indicazioni contenute nel Manuale diagnostico ICD 10 una sindrome da disadattamento supera raramente i 6 mesi". Citando dottrina medica lo psichiatra richiama i cosiddetti vantaggi secondari nel disturbo d'adattamento, ossia la liberazione del soggetto normale dalle proprie responsabilità e le ricompense date dall'attenzione e dall'empatia del terapeuta che "possono diventare ricompense in sé, rafforzando perciò i sintomi". Per l'estensore la diagnosi di un disturbo psichiatrico non "giustifica ... una diminuzione della capacità lavorativa ... il disturbo psichico deve essere quantificato e si tratta poi di valutare le conseguenze sociali come pure le prospettive evolutive a lungo termine dell'esigibilità. In caso di disturbo psichico la sintomatologia psichiatrica deve essere tanto più marcata quanto i fattori psicosociali e socioculturali sono importanti ... (ed occorre allora) ... rendere plausibile e descrivere esattamente in che modo i disturbi psichici si ripercuotono sulla capacità e sul funzionamento lavorativo in rapporto ad una determinata attività". Sempre d'avviso del dott. _____ la perizia non evidenzerebbe i limiti funzionali e le conseguenze sulla capacità di rendimento. Il medico analizza poi ulteriori aspetti (ossia l'assenza di indicazioni riabilitative ad esempio) criticando la perizia per non averli esaminati pur non essendo stati richiesti. In conclusione l'esperto ribadisce il contenuto della sua valutazione del 18 aprile 2009. 2.8. Invitato ad esprimersi sulle critiche a lui mosse dal collega incaricato dall'assicuratore il perito ha preso posizione il 19 maggio 2010 (doc. XXXI) indicando lo strabismo delle valutazioni del fiduciario della cassa il cui rapporto dà "l'impressione (di essere) a tesi, finalizzato a confermare ... le conclusioni cui era pervenuto nella ... precedente valutazione", frutto di una lettura a stralci. Il dott. _____ si esprime poi sul metodo usato per la redazione dei referti peritali, con attenzione all'esame clinico oggettivo ("status") sempre più – a torto secondo lui – "parametro principe per valutare la capacità di lavoro", criterio che però non tiene adeguatamente conto – d'avviso del perito – dell'intera persona, ma soltanto dei sintomi presentati in un determinato momento, quello della visita peritale. Per tale motivo il dott. _____ rileva di tenerne conto "attentamente, senza però farne criterio quasi esclusivo di valutazione. Allo <status> ... deve accostarsi, con adeguata <dignità>, la raccolta dei dati anamnestici e anche la comunicazione soggettiva dei disturbi". Nel merito delle osservazioni del collega interpellato dall'assicuratore il perito ribadisce il sussistere, e sufficiente descrizione da parte sua, della presenza di ansia e depressione nella paziente ancorché non esplicitamente nominata nello "status". Il perito osserva poi come il fiduciario riassume troppo frettolosamente i "disturbi attuali" della paziente omettendo parte di quanto da lui descritto, in particolare i sintomi depressivi ed ansiosi. Il dott. _____ conferma poi le indicate "origini ben più remote" del disagio della peritanda che il dott. _____ "sembra non capire" rilevando (ed appare qui opportuno riprendere i passaggi nella loro interezza): "(...) Mi sembrava (e mi scuso davvero se questo non è stato il caso) di avere esposto in modo piuttosto particolareggiato le problematiche biografiche che, a mio avviso,

possono aver costituito un terreno fragile e predisponente. (...) Potremmo osservare che in pazienti provenienti dall'emigrazione disturbi psichici, psicosomatici, invalidità, malattie croniche sono più frequenti che in soggetti cresciuti nella cultura d'origine, non separati dai genitori ecc. Il fatto di essere affidati ai nonni è un rimedio necessario ad una situazione difficile, la quale fortunatamente non in tutti i casi si rivela patogena ma non per questo è necessariamente insignificante o innocua. (...) Citando la separazione e il divorzio dei genitori non ho inteso, d'altronde, asserire che questo sia stato un fattore "traumatico" rilevante; ho inteso piuttosto segnalare come l'assetto familiare, già prima della separazione, fosse fragile e non abbia probabilmente assicurato alla peritanda un "holding" (per citare Winnicot anch'io) sufficientemente rassicurante. Va da sé che un "holding" o, come direbbe un cognitivista, "pattern di attaccamento" foriero di disturbi nell'età adulta non necessariamente si traduce in sintomi rilevabili in uno "status" constatato in un dato momento e in una data situazione. Non per questo esso è irrilevante. (...) Il Dr. _____ cita poi, in "Valutazione e conclusione", il fatto che, secondo ICD-10, una sindrome da disadattamento supera raramente i 6 mesi. E' questo uno dei vari motivi che mi induce a ritenere che, anche se vi è una relazione cronologica e probabilmente causale tra gravidanza e comparsa dei sintomi, non siamo ora (più) in presenza di una sindrome da disadattamento bensì, come da me diagnosticato, di una sindrome mista ansioso-depressiva, complicata da agorafobia con sindrome da attacchi di panico e associata a parasonnia. In queste condizioni, come ho cercato di spiegare nel mio referto, escludo che la signora AT 1 possa essere considerata abile al lavoro. Contesto che un'eventuale attenzione terapeutica possa costituire un tornaconto secondario tale da cronicizzare la patologia e la cura, ma questa osservazione diventa priva di significato se si pone mente al fatto che, per motivi economici, una terapia, comunque, non viene praticata. (...) ...la perizia mi sembra descrivere esaurientemente uno stato di grave limitazione a tutte le attività (tant'è vero che la peritanda non è nemmeno più in grado di uscire di casa da sola ed è il compagno, signor _____, a dover fare la spesa). (...)” (doc. XXXI pag. 2-3-4) Con scritto 1/4 giugno 2010 il dott. _____, su invito del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni tramite l'assicuratore, ha duplicato (doc. 30) alla replica del perito ribadendo l'importanza dello “status” (circostanza questa comunque non smentita dal dott. _____ ma semplicemente relativizzata e debitamente contestualizzata), e ribadendo correttezza del metodo da lui adottato (e comunque non smentito dal perito). Il dott. _____ ribadisce, nel merito, che le origini remote dei disturbi evidenziate dal perito giudiziario sarebbero “troppo speculative e generiche” ed in conclusione della sua duplica ritiene: " (...) Una condizione depressiva e ansiosa si riscontra spesso in situazioni sociali stressanti. Questi sintomi possono essere espressione di un adattamento non ottimale della persona alla situazione e non indicano necessariamente un disturbo psichico. Le situazioni di infelicità e di scontentezza fanno parte della vita e non sono patologiche. Le persone afflitte da questi disturbi restano normalmente in grado di esercitare un'attività lavorativa, purché sul posto di lavoro non siano necessarie particolari capacità creative o un aumento delle richieste relative alle funzioni cognitive. (...)” (doc. XXXV/30 pag. 4) Per l'esperto la perizia non spiegherebbe poi la gravità della depressione che permette comunque a AT 1 di adempiere in modo soddisfacente il suo ruolo di madre. Al perito non è più stata chiesta una presa di posizione sullo scritto doc. 30 alla luce delle argomentazioni contenute nello stesso e dei rilievi della perizia e del complemento informativo del dott. _____ (doc. XXXI). 2.9. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda

conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht*, Zurigo 1997, pag. 230). Se e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed

indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Va ulteriormente rilevato che con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e che occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). 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 (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009 consid. 7.4).

2.10. Va evidenziato qui come, sia il dott. _____ che il dott. _____ che hanno visitato e valutato la signora AT 1 al di fuori della procedura giudiziaria, si sono trovati concordi nel ritenere – al momento delle loro certificazioni (aprile 2009) - la diagnosi di lieve disturbo dell'adattamento con ansia e umore deflesso ma con parere diametralmente diverso quo alla capacità lavorativa. Essi hanno ricondotto le cause della malattia ai fattori sociali stressanti più sopra ricapitolati. Come esposto dettagliatamente nelle considerazioni che precedono in sede giudiziaria il giudice delegato ha trasmesso al perito dott. _____ l'incarico con la richiesta, in primis, di volere accertare compiutamente la patologia di cui è affetta AT 1. Il perito, contrariamente alle critiche successivamente mossegli dal fiduciario della cassa, ha svolto un lavoro di accertamento meticoloso, puntuale, preciso e dettagliato. Egli ha raccolto una minuziosa anamnesi familiare dalla quale emergono elementi che depongono certamente per la costituzione di un terreno fragile e predisponente (per utilizzare le parole del perito doc. XXXI pag 2) che ha fatto da sostrato alla patologia da lui diagnosticata. In questo ambito specifico egli ha evidenziato i continui sradicamenti dalla realtà del profondo sud italiano al contesto tedesco del _____ in cui erano immersi (per ragioni lavorative) i genitori della peritanda, per poi passare al contesto della città di _____ con la scolarizzazione della signora AT 1, ed il successivo passaggio all'Italia del nord. L'evidenza di una prima infanzia passata tra la nonna materna ed una zia chiamata dalla peritanda mamma. Sempre in questo contesto il dott. _____ ha estremamente ben evidenziato il ruolo genitoriale di una madre giovane ed immatura con un'educazione estremamente restrittiva, sposa appena quindicenne, i cui rapporti con il marito, indifferente, arrogante e privo del necessario senso di responsabilità verso la famiglia (incapace di tenere un posto di lavoro), non sarebbero stati buoni (padre padrone, minaccioso), la madre avrebbe sopportato il padre in un legame che - nonostante i retaggi educativi [evocati dal perito] e l'assenza del coraggio di lasciare il coniuge – alla fine si è rotto anche giuridicamente. Il referto evidenzia pure i rapporti esistenti tra la stessa assicurata e la madre, caratterizzati da profonde divergenze, dalla pretesa immaturità della madre che non costituirebbe un appoggio. La situazione attuale dei genitori viene poi descritta come fonte di peggioramento dello stato di AT 1 poiché la stessa “non riuscirebbe ad infischiarne”. Il contesto delle origini ben più remote del disagio della peritanda è stato decisamente ben suffragato dal perito. La diagnosi del dott. _____ è frutto di un'analisi attenta che correla tutti gli elementi raccolti, sia quelli riferibili alle “origini remote” (come gli psichiatri le hanno chiamate in corso d'istruttoria) sia alle osservazioni

immediate, sia lo status. Il perito ha infatti evidenziato il sussistere, verosimilmente, di una relazione cronologica e probabilmente causale tra la gravidanza e la comparsa dei sintomi ma “non siamo ora (più) in presenza di una sindrome di disadattamento bensì ... di una sindrome mista ansioso depressiva, complicata da agorafobia con sindrome da attacchi di panico e associata a parasonnia” come evidenzia lo stesso dott. _____ (doc. XXXI pag. 3 in medio). Per giungere a tale conclusione il perito, come riportato in esteso nei passaggi precedenti (doc. XIV pag. 10), ha considerato gli elementi meritevoli di attenzione reperiti nell’anamnesi familiare (pur constatando l’assenza di patologie psichiatriche importanti o sicuramente ereditate), ha ritenuto un primo (futuro) elemento nella fragilità di struttura della personalità di AT 1 nelle relazioni intrafamigliari problematiche sfociate poi nella separazione e nel divorzio dei genitori e le particolari scelte di nuovi partner da parte degli stessi, la “parentificazione” della madre che fa pesare sulle spalle della figlia importanti aspettative e diviene così una “terza figlia” cui la signora AT 1 deve badare (doc. XIV pag 11 in medio). In questo contesto, rileva il perito, la sintomatologia accumula ai segnali d’ansia sintomi da attacco di panico, ritiro sociale, paura della piazza (agorafobia) ossia la paura degli spazi aperti, dei luoghi affollati e della eventuale difficoltà di trovare una fuga immediata verso un luogo sicuro (di solito la propria abitazione). L’umore depresso, che non viene contraddetto – come evidenzia bene il dott. _____ nella sua replica alle pur puntuali osservazioni dello psichiatra fiduciario incaricato dall’assicuratore – dal fatto che il compagno di vita della peritanda la descriva come un’ottima madre ed un’ottima compagna, il senso di inadeguatezza, di incapacità e di colpa giustificano la diagnosi in uno con le allucinazioni e le conseguenti paralisi da sonno. Il complesso di sintomi perdura, secondo il perito, da un paio d’anni (pur essendo difficile una datazione precisa) e va ribadito come la sindrome mista ansioso depressiva ritenuta trova il suo sostrato in quel terreno predisponente ben descritto dal perito. Contrariamente a quanto ritiene il dott. _____ il perito ha accertato, in ottica medica, ed ha saputo rendere nel suo referto, tutti gli elementi della patologia da lui diagnosticata. Gli aspetti depressivi sono stati tenuti da AT 1 in secondo piano rispetto a quelli ansiosi siccome quest’ultimi più “tormentosi, più presenti e immediati”. Il dott. _____ rileva come l’assicurata si controlli piuttosto bene, nei colloqui, e presenti buona facciata, resta però la diagnosi, per il sussistere di elementi ansiosi e di elementi depressivi, nella quale vi sono anche segnali di panico incompleto e di agorafobia con parasonnie con allucinazioni acustiche e, successivamente, visive ancorché benigne, non di natura psicotica ma d’ordine dissociativo. La diagnosi non può essere revocata in dubbio dalle critiche mosse dal dott. _____ che, come rettamente evidenzia il perito in sede di replica, opera una critica fondata solo su parte degli elementi che il dott. _____ ha ritenuto in sede peritale, tralasciando tutta una serie di fatti e circostanze di sicuro rilievo. Anche per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa dell’attrice le argomentazioni peritali sono convincenti. Le stesse trovano riscontro nelle osservazioni del dott. _____, nella natura della patologia, nel fatto che la stessa sia sulla via della cronicizzazione – ancorché sia ancora possibile intervenire per evitare che ciò accada -, negli aspetti di impotenza, di pessimismo, nell’agorafobia e nella parasonnia di cui soffre AT 1. Questo insieme di elementi è tale da impedire oggettivamente lo svolgimento di un’attività lavorativa, specificatamente al di fuori delle mura domestiche, ciò che permette di comprendere la riserva del perito per una possibile attività di estetista tra le mura domestiche come AT 1 aveva fatto in un passato ormai remoto. L’attrice infatti, appena terminata la formazione nel 1999 quale estetista, aveva lavorato per un po’ in casa propria salvo poi cercare un posto quale cameriera in

Ticino. Una remota possibilità di svolgimento di un'attività che AT 1 non svolge da una decina d'anni e che, se svolta in casa, comporterebbe certamente difficoltà per i bambini in tenera età e le esigenze del compagno e del di lui figlio, non va ulteriormente indagata ed approfondita siccome non verosimile. In questa sede va ritenuto come l'attrice non sia capace al lavoro in maniera completa successivamente al 31 maggio 2009 e sino a data che l'assicuratore vorrà accertare (comunque successiva alla data d'esecuzione della perizia del dott. _____). La signora AT 1 deve però porre in atto gli sforzi, non solo morali e fisici ma eventualmente anche finanziari, per ovviare alla patologia, per guarire o comunque ridurre gli effetti com'è suo dovere per ridurre il danno. L'attrice deve infatti sforzarsi affinché la sua patologia non divenga cronica come rammenta il perito nelle sue conclusioni. 2.11. Alla luce delle considerazioni che precedono questo Tribunale si allinea integralmente alle valutazioni peritali, disinteressate, scevre da contraddizioni, complete, esaustive, specifiche e dettagliate. Sulla scorta delle valutazioni peritali la petizione va accolta e l'assicuratore condannato al versamento di prestazioni assicurative come da contratto sino al miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata rispettivamente sino alla fine del periodo di indennizzazione se un miglioramento non intervenisse. AT 1 potrebbe beneficiare ancora di 541 indennità giornaliere (doc. XIX) per un importo di CHF 89,04 al giorno (almeno allo stato della fine del diritto riconosciuto dall'assicuratore; doc. 29). Per tale motivo il valore di causa assomma ad oltre CHF 48'170. Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, sono pertanto dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile, nei termini e nei modi descritti nel dispositivo, al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF). Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza FINMA una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza. A AT 1, rappresentata in questa sede, vanno riconosciute adeguate ripetibili.

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