

# **TI\_GERICHTE 36.2012.67 vom 11. Februar 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-02-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2012.67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2012.67)

FR: TI\_GERICHTE 36.2012.67 du 11 février 2013

IT: TI\_GERICHTE 36.2012.67 del 11 febbraio 2013

## **Regeste**

Richiesta di continuare a versare le indennità per perdita di guadagno a seguito di malattia psichica. La perizia fatta eseguire dalla Cassa malati non è stata sufficientemente confutata dai referti del curante, va perciò ritenuto che l'ass.ta è abile al 100% e non ha più diritto ad indennità

## **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 dell'articolo 68.

### **E. 2**

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

### **E. 2.3**

Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht ( BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu

unten E. 4.4.)" (...) Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...)

## **E. 2.5**

. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), consid. 3b, l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)". Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico ( psychische Fehlentwicklungen ), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)".

2.6. Nel caso in esame, riguardo l'incapacità lavorativa della ricorrente, va osservato che il suo medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, il 1° luglio 2011 (doc. 6) ha attestato un'abilità lavorativa del 50% a decorrere dal 4 luglio seguente, ribadita il 18 (doc. 6) ed il 29 luglio 2011 (doc. 6). Il 31 agosto 2011 (doc. 3) ella ha allestito un certificato medico di inabilità lavorativa per malattia sempre del 50% dal 1° al 16 settembre 2011. Il 2 settembre 2011 (doc. 4), a richiesta di CO 1, la dottoressa ha compilato il 1° rapporto intermedio, rispondendo alle domande preformulate. In particolare, essa ha posto

la diagnosi di sindrome ansioso depressiva con attacchi di panico presente dal luglio 2011 e l'anamnesi di attacchi di panico, astenia, pianto ed insonnia, osservando che le condizioni della paziente erano in lento miglioramento. L'assicurata, dal canto suo, lamentava una continua faticabilità, stanchezza, labilità emotiva e disturbi del sonno. La prognosi era comunque buona e la terapia adottata era di tipo farmacologico (Cipralex e Temesta). Dal profilo lavorativo, la malattia le creava delle difficoltà di concentrazione e di maggiore faticabilità, ma era comunque in grado, parzialmente al 50%, di proseguire l'attività. L'incapacità lavorativa medicalmente giustificata è iniziata il 1° luglio 2011 nella misura del 50%. Dal foglio per l'indennità giornaliera (doc. 6) risulta inoltre che il medico curante ha attestato un'incapacità lavorativa del 25% dal 17 ottobre 2011 fino al 30 novembre 2011, ma con certificato dell'8 novembre 2011 (doc. 7) il grado d'inabilità lavorativa è diventato del 100% dal

### **E. 2.7**

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; 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; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGa ( consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea ( consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica ( consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM ( consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia ( consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo ( consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo ( consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica ( consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità ( consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le

perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella citata sentenza DTF 137 V 210 e segg. (9C\_243/2010 del 28 giugno 2011), il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 ; 122 V 157 ) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise ( BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schewergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

## **E. 2.9**

Agli atti figurano da un canto, le certificazioni del medico curante dr. med. \_\_\_\_\_ che, in qualità di specialista, ha avuto (ed ha) in cura RI 1 e, d'altro canto, le perizie e le

osservazioni delle dr.sse \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e la valutazione dell'ispettrice dei sinistri interpellata dalla Cassa. Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Per questo stesso motivo, è totalmente ininfluente che la perita del \_\_\_\_\_ non disponga di un titolo FMH in psichiatria. Infatti, il Tribunale federale ha stabilito che non è necessario che il medico incaricato disponga del titolo FMH, bensì di una specializzazione nel settore interessato (STF 9C\_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 6.2; STF 9C\_218/2008 del 4 marzo 2009 consid. 4.2). Ne consegue che, da questo punto di vista (formale), la perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_ va considerata valida. Il TCA rileva innanzitutto che sebbene il dottor \_\_\_\_\_ sia lo psichiatra curante della ricorrente dal gennaio 2012 (doc. 12), durante un intero anno (gennaio 2012-gennaio 2013) egli ha rilasciato soltanto due certificati medici motivati (docc. A1 e C) e quattro certificati in cui indicava solo il periodo ed il grado d'incapacità lavorativa dell'interessata (docc. 12, 13, 16 e 17). Più precisamente, però, fino all'emanazione della decisione su opposizione (conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa, STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nel giugno 2012 (doc. A2), un solo certificato medico si è pronunciato in maniera un po' più dettagliata sulle condizioni di salute dell'insorgente. Tuttavia, questo rapporto, del 9 febbraio 2012 (doc. A1), non dà un quadro completo e particolareggiato sull'assicurata; esso è infatti piuttosto stringato. Vero è che, a quel momento, l'interessata era sua paziente solo da un mesetto, ma perfino la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha visto l'assicurata solo una volta, ha saputo esprimersi più lungamente e più compiutamente sul suo stato di salute. Pertanto, un'analisi più descrittiva poteva certo essere pretesa dal dr. med. \_\_\_\_\_, visto che in questo breve lasso di tempo lo psichiatra curante è ugualmente riuscito a porre la diagnosi ed a valutare psichicamente l'interessata. Egli ha infatti avuto il tempo di notare che l'umore era chiaramente depresso, il pensiero era rallentato, i contenuti erano prevalentemente di tipo depressivo, la vigilanza e la coscienza non apparivano integre, v'erano elementi indicativi di fenomeni di derealizzazione e di depersonalizzazione. Di fronte ad una minima attivazione emotiva, l'assicurata andava subito in confusione, lo sguardo si smarriva e la capacità di comprensione si riduceva notevolmente. Anche la memoria, la concentrazione e l'attenzione apparivano ridotte, così pure le capacità di pensiero astratto. Questo quadro clinico, come detto, differisce però notevolmente dalla valutazione che, soltanto due mesi prima, la psichiatra del \_\_\_\_\_ ha effettuato per conto della Cassa malati resistente. Infatti, la dottoressa \_\_\_\_\_, che ha redatto un rapporto di due pagine fitte, oltre alla pagina di risposte ai quesiti posti dall'assicuratore, ha esposto una più lunga anamnesi personale, sociale e medica dell'assicurata. Nell'esplorazione dello status psichico, la psichiatra ha annotato tutt'altri elementi rispetto a quelli, negativi, rilevati dal collega. Per esempio, essa ha rilevato che la mimica dell'assicurata era mobile e lo stile interpersonale era adeguato, l'eloquio era spontaneo, congruo e normoprodotto, nulla a che vedere, quindi, con una mimica triste e poco mobile e con un linguaggio in cui venivano ripetuti in continuazione gli stessi concetti. Inoltre, se per il curante il pensiero era rallentato se non addirittura, a volte, bloccato, per la specialista del \_\_\_\_\_ il pensiero era invece adeguatamente articolato e non c'erano dispercezioni. I contenuti del pensiero dell'interessata erano

prevalentemente di tipo depressivo nel febbraio 2012, mentre due mesi prima l'umore non ha mostrato particolare coloritura. V'erano sì contenuti di ansia libera che a tratti si organizzava in ansia acuta, ma non ancora franchi disturbi da attacchi di panico, che peraltro il medico curante non ha rilevato come tali. Egli ha evidenziato soltanto che la paziente, di fronte ad una anche minima attivazione emotiva, si mostrava rapidamente confusa, lo sguardo si smarriva e la capacità di comprensione si riduceva notevolmente. Senza invocare quindi sintomi particolari e specifici riscontrati nell'esame psichiatrico, ma basandosi (verosimilmente) sulla sintomatologia riferita dalla paziente, lo psichiatra curante ha concluso per la sindrome agorafobica con attacchi di panico (ICD 10: Fr 40.01), mentre la perita psichiatra ha individuato una agorafobia con tendenza agli evitamenti (ICD 10, F 40.00) e quando l'assicurata era impossibilitata ad evitare, sviluppava episodi di ansia acuta, perciò le ha diagnosticato anche una sindrome da ansia generalizzata (ICD 10, F 41.1). Infine, la dottoressa non ha riscontrato delle dispercezioni, mentre il collega ha evidenziato che la memoria, la concentrazione e l'attenzione apparivano ridotte, così pure le capacità di pensiero astratto. Ricevuta l'analisi psichiatra del dr. med. \_\_\_\_\_, la Cassa malati resistente l'ha giustamente trasmessa alla perita del \_\_\_\_\_ che già aveva valutato l'assicurata, per una presa di posizione. Nel suo secondo parere del 27 marzo 2012 (doc. 15), la specialista ha subito rilevato che quanto da lei riscontrato nel mese di dicembre 2011, non presentava affatto elementi che potessero far pensare anche lontanamente ad un quadro depressivo nemmeno medio né a fenomeni di depersonalizzazione e/o derealizzazione, segnalati, invece, dal collega un mese prima. Infatti, l'assicurata appariva lucida ed orientata, non ha mostrato momenti di alterazione del funzionamento cognitivo, non aveva difficoltà a dirigere la sua coscienza su specifici contenuti ed a discuterli con l'interlocutrice, quindi ha mostrato un'attenzione valida e nessuna disattenzione né tanto meno una grave alterazione dell'attenzione come negli stati confusionali e amenziali. Non v'era nessuna anomalia del pensiero nella forma e nel contenuto, non era rallentato e non ha rivelato dei blocchi. Perfino su temi dolorosi l'interessata, nel primo colloquio, si è mossa con competenza e capacità senza mai mostrarsi confusa in senso psicopatologico, non era quindi in uno stato confusionale, dato che non presentava disorientamento rispetto ai luoghi, alle persone, allo spazio, né disturbi delle percezioni e della memoria e neppure pensiero incoerente. In merito alla depersonalizzazione ed alla derealizzazione che il collega che ha in cura l'assicurata ha evidenziato in quest'ultima, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha spiegato che la depersonalizzazione è il disturbo della coscienza dell'Io caratterizzato da una perdita del carattere di meità, un vago vissuto di estraneità e di impersonalità, detto anche depersonalizzazione auto psichica, mentre la derealizzazione, detta anche depersonalizzazione allopsichica, si ha quando è l'ambiente che è vissuto come estraneo, diverso, ambiguo. La psichiatra ha rilevato che entrambi questi quadri possono essere presenti negli episodi di tipo acuto di ansia e che le emozioni come quadri reattivi intensi possono indurre quadri simili con un potere destrutturante temporaneo quando molto gravi. Nel caso concreto, nella sua valutazione ha notato che era presente una quota di ansia libera che a tratti si organizzava in ansia acuta (ma non franchi disturbi da attacchi di panico cui mancano alcuni elementi per porre la diagnosi). L'assicurata presentava agorafobia (attiene alla presenza di una paura per gli spazi aperti, ma anche ad aspetti ad essi connessi come avere a che fare con la folla, la difficoltà di trovare rapidamente rifugio, ecc.), che attivava evitamenti e, impossibilitata ad evitare, lo sviluppo di episodi di ansia acuta, che però non assumevano le caratteristiche di veri attacchi di panico. In merito al riferimento del collega sui segni biologici di depressione riscontrati nell'interessata stante la sua sofferenza di

alzarsi dal letto alla mattina, la psichiatra ha elencato le caratteristiche di un episodio depressivo maggiore, indicando, per ogni elemento caratteristico, se era presente o no nell'assicurata. In particolare, erano assenti: la depressione del tono dell'umore, la perdita degli interessi e della capacità di provare piacere (visto che l'interessata aveva una relazione affettiva di recente nascita su cui investiva le sue emozioni e pensieri), la riduzione dell'attenzione e della concentrazione, la riduzione dell'autostima e della fiducia in sé, le idee di colpa e di rovina, la visione pessimistica sul futuro (nell'attesa di un progetto da condividere con l'amico in America) e le idee o atti auto aggressivi o di suicidio. La riduzione dell'energia e l'aumentata faticabilità erano invece solo parzialmente presenti, i disturbi del sonno non erano particolarmente denunciati e la diminuzione dell'appetito non era rilevante. La stessa analisi è stata effettuata riguardo ai cosiddetti sintomi biologici, che comprendono la perdita di interesse e/o di piacere, la mancata reattività emotiva nei confronti delle circostanze (ciò che però contraddice la nota del collega sull'entrata in confusione dell'assicurata, come ad indicare piuttosto una rilevante partecipazione emotiva più propria di note personologiche e dei disturbi della sfera ansiosa), il risveglio anticipato di due-tre ore al mattino (assente), il peggioramento al risveglio al mattino (presente), l'evidenza di un chiaro rallentamento psicomotorio (assente in assoluto), la marcata perdita dell'appetito (non rilevabile), la perdita di peso rilevante (assente), la marcata diminuzione della libido (non valutabile). Visto che le caratteristiche elencate di un episodio depressivo maggiore e dei sintomi biologici erano praticamente tutte assenti, rivalutando l'intera questione l'esperta ha concluso che non era possibile a rigore ed oggettivamente registrare un episodio depressivo neanche medio-lieve, perciò ha ribadito la diagnosi di sindrome da ansia generalizzata (ICD 10, F 41.1) e di agorafobia con tendenza agli evitamenti (ICD 10, F 40.00). D'avviso della psichiatra del \_\_\_\_\_, la diagnosi umorale posta dal collega non era condivisibile né la presenza di franchi episodi di tipo dappico. Essa ha quindi ribadito che la capacità lavorativa dell'assicurata era totale, motivo per cui ha osservato come fosse difficilmente immaginabile che la persona valutata in dicembre fosse la stessa di quella descritta dallo psichiatra curante. In particolare, essa ha rilevato come una grande distanza di vedute con il collega sugli aspetti inerenti la coscienza, la memoria e l'attenzione non fosse plausibile, dubitando dell'esistenza di un simile peggioramento clinico in così poco tempo. Il TCA osserva, quindi, che la perita interpellata dalla Cassa malati ha preso posizione sul parere del medico curante. Per contro, quest'ultimo, al di là del recente certificato dell'8 gennaio 2013, peraltro posteriore di sei mesi alla decisione impugnata, non ha ribattuto alle contestazioni della collega, nemmeno dopo che il 4 aprile 2012 (doc. 29) la Cassa malati ha informato l'assicurata - e lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_, che ne ha ricevuto copia - che, dopo avere valutato la nuova documentazione - intesa come il rapporto del 9 febbraio 2012 del precitato psichiatra -, non erano subentrati nuovi elementi medici tali da modificare il contenuto dello scritto del 22 dicembre 2011 che le negava ulteriori prestazioni dopo il 31 dicembre 2011. Anche alla decisione formale del 24 maggio 2012 (doc. 30) non ha fatto seguito alcun certificato medico da parte della ricorrente. Infatti, con l'opposizione dell'11 giugno 2012 (doc. 31) l'assicurata, sebbene fosse sempre in cura dal suo psichiatra, si è limitata ad una mera esposizione di disturbi soggettivi, ma non ha suffragato le sue richieste con certificati medici ed elementi clinici oggettivabili. Con il ricorso (doc. I), le osservazioni alla risposta della Cassa malati (doc. III), lo scritto del 29 novembre 2012 (doc. VIII) ed ancora di recente con l'invio dell'ultimo certificato dello psichiatra curante (doc. XII), la ricorrente ha chiesto che il TCA ordini al più presto una perizia giudiziaria che accerti il suo stato di salute e quindi la sua (in)capacità lavorativa.

Ma questa richiesta, come tale, non può condurre all'erezione di una perizia ordinata da questo Tribunale. Questo Tribunale ribadisce, infatti, che il medico curante non si è espresso, malgrado ne abbia avuto la possibilità, sulla presa di posizione dell'esperta del \_\_\_\_\_. Pertanto, limitarsi a chiedere semplicemente, con il ricorso, l' erezione di una nuova perizia medico giudiziaria, contraddice l' obbligo di collaborare delle parti che affianca il principio inquisitorio a cui è sottoposto il TCA. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest' obbligo non può per l' appunto tradursi in una mera richiesta della ricorrente di un nuovo accertamento medico. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della richiesta di nuovi accertamenti - peraltro formulata dall' assicurata stessa - vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009). Non va infatti dimenticato che questa richiesta non è suffragata da sufficienti indizi medici oggettivi che suggeriscono di indagare l' esistenza di patologie psichiatriche che impediscano all' assicurata di svolgere delle attività lucrative. Una semplice indicazione di procedere a degli accertamenti medici non è dunque sufficiente per essere accolta, tenuto conto che le dettagliate osservazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ al parere del collega \_\_\_\_\_ non sono state messe in discussione da uno specialista. Il recente certificato dell'8 gennaio 2013 (doc. C), oltre a non replicare alle osservazioni della collega del 27 marzo 2012 e quindi a non confrontarsi con esso, attesta addirittura che c'è stato un lieve miglioramento della sintomatologia ansiosa e depressiva dell'assicurata rispetto al rapporto del 9 febbraio 2012, visto che, allora, era presente una sintomatologia costituita da ansia costante, attacchi di panico, angoscia, umore depresso con grave inibizione psicomotoria, astenia, difficoltà nell'attendere alle comuni incombenze domestiche, grave labilità emotiva, pensiero rallentato, fenomeni dissociativi quali derealizzazione e depersonalizzazione, rapida alterazione dello stato di coscienza con confusione di fronte ad un'attivazione emotiva e grave riduzione della capacità di attenzione e concentrazione. Lo psichiatra curante ha osservato che la terapia instaurata ha dato finora una risposta parziale, seppur con qualche elemento di miglioramento, dato che si è assistito alla riduzione della frequenza delle crisi di ansia e di angoscia, senza però che siano scomparse. I fenomeni dissociativi si sono nettamente ridotti, anche se vi sono ancora alterazioni della coscienza e dell'attenzione nel caso di rilevanti attivazioni emotive, mentre quelle lievi sono tollerate meglio. Il tono dell'umore ha invece mostrato solo lievi e transitori miglioramenti, permanendo gravemente depresso. La risposta alla farmaco terapia è stata parziale e difficoltosa ed ancora oggi l'interessata assume tre farmaci ed è molto collaborante verso la terapia, mostrando una chiara determinazione a voler guarire ed a recuperare una vita personale e sociale adeguata. La prognosi è quindi favorevole, ma è ancora inabile al lavoro al 100%. A proposito dell'umore depresso e del pensiero con contenuti di tipo depressivo evidenziato dal dr. med. \_\_\_\_\_ anche in questo suo secondo rapporto medico, questo Tribunale rileva, però, che né la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che ha visitato l'assicurata il 21 novembre 2011, né la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che l'ha vista il 3 dicembre 2011 e nemmeno l'ispettrice dei sinistri intervenuta il 13 settembre 2011 su mandato della Cassa malati, hanno mai riscontrato segni depressivi nell'assicurata. Anzi. Come già evidenziato, la specialista del \_\_\_\_\_, nel suo complemento, ha addirittura esaminato nel dettaglio sia i tratti caratteristici di un episodio depressivo maggiore, concludendo all'assenza di

praticamente tutti gli elementi tipici, sia i presunti sintomi biologici di depressione, negandone l'esistenza in concreto. Quanto ai pareri della dr. ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, e della dottoressa \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, curanti dell'assicurata, gli stessi non sono determinanti per la soluzione della presente controversia. Le loro valutazioni, oltre ad essere state rese da medici non specialisti per gli aspetti in discussione ed a non potere così beneficiare di pieno valore probatorio ( STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C\_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti) , sono comunque in contrasto con i successivi rapporti psichiatrici della dottoressa \_\_\_\_\_ del dicembre 2011 e del relativo complemento del marzo 2012. Inoltre, l'affermazione ricorsuale secondo cui la specialista interpellata da CO 1 si sarebbe lasciata influenzare dalle diagnosi pessimistiche delle suindicate dottoresse nel rendere il proprio parere, non merita di essere tutelata. Ciò, soprattutto se si tiene conto che la psichiatra del \_\_\_\_\_, proprio per accertare compiutamente lo stato di salute dell'interessata, ha addirittura contattato la dr.ssa \_\_\_\_\_, siccome il quadro di disturbo bipolare certificato da quest'ultima risultava essere alquanto fuori luogo, tanto che poi questa stessa dottoressa ha ammesso di avere emesso una diagnosi sbagliata. Non va infine dimenticato che il Tribunale federale ha confermato 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\_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 3.3; STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell ' )

### **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." Giusta l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. 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. 2.3. 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; Maurer , Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Tomo I, pag. 286 segg.). 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 ( Scartazzini , Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 228). In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione malattia vige il principio – già comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2). Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica. Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente esigibili. Del resto, deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina, questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti ( Peter , Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata). Infine, il fatto di essere assicurato per un'indennità giornaliera di un determinato importo e di avere pagato i relativi premi non conferisce ancora il diritto al versamento della somma assicurata in caso di incapacità lavorativa (DTF 110 V 322 consid. 5, 105 V 196; RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1987 no. K 742 pag. 275 consid. 1, 1986 no. K 702 pag. 464 consid. 2a; Eugster , Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 539). Occorre infatti ancora che l'assicurato subisca una perdita di guadagno in misura tale da giustificare il pagamento dell'importo assicurato (RAMI 2000 no. KV 137 pag. 355 consid. 3c, 1998 no. KV 43 pag. 421 consid. 2a; STF 4A\_344/2007

dell'11 marzo 2008 consid. 3.3; STFA K 146/03 del 4 maggio 2004 consid. 3.1). In caso di sovraindennizzo, le prestazioni assicurate possono essere ridotte conformemente agli art. 78 cpv. 2 LAMal e 122 OAMal. 2.4. Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera \_\_\_\_\_ secondo la LAMal, nell'edizione del 1° gennaio 2007 (doc. 1), sono applicabili alla fattispecie. Per l'art. 3.1 CGA, è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. A norma dell'art. 3.4 CGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. 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. È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 3.5 CGA). Giusta l'art. 6.1 CGA, per i dipendenti è assicurata la percentuale del salario AVS effettivo con le sue componenti indicata nella polizza. Restano salvi eventuali altri accordi contrattuali. Quale base per la determinazione delle indennità giornaliere vale l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso d'assicurazione. Nel periodo di fruizione di un'indennità giornaliera non si prendono in considerazione eventuali aumenti di salario, salvo che l'aumento avvenga necessariamente sulla base di disposizioni del contratto collettivo di lavoro. L'indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d'incapacità al lavoro di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa (art. 13.1 CGA). In virtù dell'art. 14.2 CGA, la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni. Per l'art. 14.3 CGA, le persone assicurate devono intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritardi. In particolare, devono attenersi alle prescrizioni del medico e del personale sanitario. A norma dell'art. 14.5 CGA, la persona assicurata che nella sua professione abituale resta completamente o parzialmente inabile al lavoro, prevedibilmente in modo duraturo, è tenuta ad impiegare la sua eventuale capacità di guadagno residua anche se ciò esige un cambio della professione. L'assicuratore esorta la persona assicurata al cambio di professione e la rende attenta sulle sanzioni previste dal paragrafo 15. In caso d'incapacità al lavoro parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta per la durata indicata nella polizza. La copertura assicurativa per la capacità al lavoro residua permane (art. 18.3 CGA). Infine, l'indennità giornaliera si calcola convertendo il salario assicurato in un anno intero e dividendo la somma annua assicurata per 365 o per 366 negli anni bisestili (art. 22 CGA).

### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune

raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella recente STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. In concreto va esaminato se, a giusta ragione, la Cassa malati ha ritenuto la ricorrente completamente abile al lavoro con effetto dal 1° gennaio 2012, oppure se all'interessata devono essere erogate ulteriori prestazioni assicurative dovute ad un'inabilità lavorativa. Nel caso di specie, dai pareri medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sullo stato di salute dell'assicurata e sui rimedi attuabili sono discordanti le une dalle altre. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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 (DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191; DTF 122 V 160, consid. 1c). 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Come visto, nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, pag. 33 e RAMI 1999 U 356, pag. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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, 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.

## **E. 7**

novembre 2011 ed è perdurato dal 22 novembre al 12 dicembre 2011 (doc. 8) e dal 13 dicembre al 23 dicembre 2011 (doc. 9). Il 13 settembre 2011 (doc. 18) l'assicurata è stata

visitata dall'ispettrice sinistri per l'indennità giornaliera, la quale le ha sottoposto una serie di domande contenute in un formulario. In particolare, l'interessata ha affermato che il motivo della sua incapacità lavorativa era un esaurimento psico-fisico dovuto al sovraccarico di lavoro accumulato negli ultimi tre anni, oltre che per la morte della madre avvenuta nel 2008. L'assicurata ha rilevato come il tentativo di riprendere l'attività al 75% il 1° settembre 2011 non sia andato a buon fine, motivo per cui era ancora inabile al 50%: lavorava bene alla mattina, ma verso il pomeriggio si doveva fermare, non riusciva più a lavorare come prima, perché era troppo stanca non riuscendo a dormire bene di notte e facendo fatica ad alzarsi la mattina. Le sue mansioni sono state dimezzate e questo cambiamento poteva aiutarla, perciò non ha pensato di cambiare lavoro. Trascorrevano le giornate riposando e dormendo, ma l'intenzione era quella di riprendere subito l'attività lavorativa, gradualmente, poi avrebbe valutato se continuare. Nel certificato del 19 novembre 2011 (doc. 5) la dottoressa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in neurologia, ha attestato un disturbo bipolare, ultimo episodio depressivo, a cui si associavano crisi d'ansia che si strutturavano in attacco di panico con tratti di somatizzazione, condizionata da eventi stressanti. L'assicurata era in trattamento farmacologico. Il 14 ottobre 2011 la Cassa malati ha dato mandato al \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ di valutare lo stato di salute dell'assicurata, la quale è stata quindi peritata il 21 novembre ed il 3 dicembre 2011. Nel rapporto peritale del 15 dicembre 2011 (doc. 11), il \_\_\_\_\_ ha riassunto tutti gli atti medici messi a sua disposizione, ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale e professionale, l'anamnesi patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, la descrizione della giornata, l'anamnesi da terzi ed il parere della psichiatra che ha eseguito la perizia specialistica il 3 dicembre. Nell'anamnesi patologica, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato che a causa della malattia oncologica della madre, l'assicurata ha rinunciato ad avere una vita privata ed ha dedicato il suo tempo al lavoro ed alla famiglia; il decesso della madre è avvenuto nel 2008. Dopodiché, nel 2009 l'interessata ha avuto un incidente automobilistico in autostrada e da allora non è più riuscita a guidare, tanto che il medico curante, a cui si era rivolta per la stanchezza e debolezza che lamentava, l'ha indirizzata presso una psicologa, ma la presa a carico è stata poi interrotta per volere dell'assicurata medesima. Nell'aprile 2011 quest'ultima ha iniziato a soffrire di attacchi di panico ed ansia quando si trovava tra la folla, con disagio, palpitazioni e stato confusionale. Nel giugno 2011, sul posto di lavoro, ha sviluppato un altro attacco di panico, che si è risolto in un'ora. La peritanda ha riferito che ora, quando ha un attacco di panico, assume mezza pastiglia di Temesta. Dall'estate 2011 era seguita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, un'amica di famiglia, che la vedeva ogni 2-3 settimane, dato che con la precedente psicologa non si trovava bene, mentre la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ la seguiva ogni 2-4 settimane. Dal 2008 ad oggi l'assicurata ha accumulato uno stato di stanchezza cronica, di iperinvestimento sia a livello lavorativo sia familiare. Trascorrevano le giornate svegliandosi alle 8.30, ma alzandosi alle 9.30-10, poi si recava da una famiglia che le era molto vicina e che, con i suoi otto figli, l'aiutava molto, e ci stava fino a metà pomeriggio. Non riusciva più a pulire la casa, perciò un'amica l'aiutava. A volte usciva a cena con gli amici e poi guardavano un film insieme. Proprio il giorno prima della perizia ha capito che poteva di nuovo stare con la gente. Quando era sfinita stava nel letto e verso le 22.30-23 si coricava. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha visitato l'assicurata il 21 novembre 2011, ha contattato telefonicamente sia la collega \_\_\_\_\_, sia la collega \_\_\_\_\_, al fine di ottenere maggiori informazioni sulla terapia in atto. Alla dr.ssa \_\_\_\_\_ ha fatto presente le sue perplessità sulla diagnosi di disturbo bipolare, finché la neurologa ha ammesso che la

diagnosi avrebbe potuto essere di distimia. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, ha valutato l'assicurata il 3 dicembre 2011 e nel suo rapporto ha esposto l'istoriato della paziente, l'anamnesi con i dati medici e sociali, lo status psichico, rispondendo infine alle domande preformulate dalla Cassa malati. Come la collega, anche la psichiatra ha interpellato i due medici curanti dell'assicurata per confrontarsi con le loro diagnosi ed anch'essa è rimasta perplessa sulla diagnosi di bipolarità, vista l'assenza di franchi episodi maniacali, ma anche di fatto di franchi episodi di depressione maggiore visto che ha visitato l'interessata a meno di un mese e non ha riscontrato né a quel momento né nell'anamnesi alcun elemento compatibile con un franco episodio depressivo. Inoltre, la terapia attuata non appariva in linea con i protocolli previsti per la diagnosi di bipolarità. Dopo discussione fra colleghe, la neurologa ha affermato di avere forse ecceduto nella diagnosi, trattandosi piuttosto di distimia. Quanto all'analisi dello status psichico, la psichiatra ha rilevato che l'assicurata era curata nell'abbigliamento e nella persona, era orientata nei tre domini, non v'era nessuna nota di tratto che potesse essere messa in evidenza se non una certa rigidità strutturale in assenza di note francamente anancastiche. Si è presentata al colloquio con disponibilità, la mimica è apparsa mobile e lo stile interpersonale era adeguato, l'eloquio era spontaneo, congruo e normoprodotto, il pensiero era adeguatamente articolato, erano assenti dispercezioni. L'umore non mostrava particolare coloritura, ha registrato contenuti di ansia libera che a tratti si organizzava in ansia acuta (non franchi disturbi da attacchi di panico cui mancavano alcuni elementi) ed agorafobia che attivava evitamenti e, impossibilitata ad evitare, lo sviluppo di episodi di ansia acuta. L'interessata aveva il sonno difficile poiché leggero e facile a ripetuti risvegli per nulla: questa allerta sarebbe insorta quando accudiva la madre. Si è sovraccaricata e se da un lato non ha ricevuto l'aiuto richiesto, d'altro lato per volontà personale non ha ritenuto di lasciare nulla indietro, acuendo lo stress con temi di inadeguatezza a lei già noti ed un ideale di Sé estremamente alto e rigido. Al punto 5 del rapporto peritale, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, basandosi sul parere della psichiatra del \_\_\_\_\_, non ha posto una diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, mentre quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa la perita ha indicato la sindrome d'ansia generalizzata (ICD-10 F 41.1) e l'agorafobia con tendenza agli evitamenti (ICD-10 F 40.00). Al punto successivo, sono state tratte le conclusioni peritali, che si sono fondate su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del \_\_\_\_\_ e sono state date le risposte alle domande dell'assicuratore. La consulente in psichiatria ha affermato che c'era una reazione psicologica in fase di miglioramento, ma che, a suo avviso, non produceva nell'assicurata, competente e capace di una discreta resilienza, nessun limite della capacità lavorativa, perciò è stata considerata abile al lavoro al 100%, anche nella sua attività, dove poteva offrire il 100% della performance produttiva prevista nella sua mansione. Queste stesse prestazioni erano esigibili anche in un'attività adeguata alle sue condizioni di salute. Quanto alle misure terapeutiche adottabili per migliorare la capacità lavorativa, la psichiatra ha precisato che a quel momento l'assicurata non necessitava di altro e nemmeno sembrava incline a volerlo, avendo già chiarito, abbandonando la terapia con la psicologa, di non volere entrare troppo nel merito del suo funzionamento psicologico. Ha infine rilevato che durante la visita l'assicurata si è comportata in modo adeguato ed era disponibile. Il 12 gennaio 2012 (doc. 12) il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha certificato che l'assicurata era inabile al lavoro dal quel dì fino al 31 gennaio seguente e quello stesso giorno (doc. 13) lo specialista ha prolungato l'inabilità lavorativa totale fino al 29 febbraio 2012 e così di mese in mese fino al 31 maggio 2012 (docc. 16 e 17). Nel frattempo, a richiesta

dell'assicurata stessa (doc. 26), il 9 febbraio 2012 (doc. 14) lo psichiatra curante ha redatto un parere di due pagine, esponendo l'anamnesi, la sintomatologia riferita, l'esame psichiatrico, la diagnosi, la terapia, il grado d'inabilità lavorativa e la prognosi. Egli ha riferito che nel 2008, dopo la morte della madre, la paziente sembra avere avuto un primo episodio depressivo. Nel 2009, a seguito di un incidente stradale, sembra essere esordita una sintomatologia da attacchi di panico con tachicardia, sensazione di soffocamento, sensazione di svenimento, tanto che da allora non riesce più a guidare in autostrada. All'inizio del 2011 si è poi manifestata in forma iniziale una sintomatologia ansiosa e depressiva che si è progressivamente aggravata fino all'estate 2011. Nell'aprile 2011 si era manifestato un attacco di panico con tachicardia, disorientamento, derealizzazione, incapacità di stare con la gente e, nelle settimane successive, si era presentata costantemente ansia, iperreattività, disorientamento, insonnia. Le sue condizioni cliniche sono peggiorate fino all'estate 2011, quando il medico di famiglia ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% dal 1° luglio e del 100% dal 7 novembre 2011. A livello soggettivo, l'assicurata ha riferito un'ansia costante, attacchi di panico, angoscia, umore depresso, astenia, difficoltà nell'eseguire le comuni incombenze domestiche tanto da essere aiutata da amici e grave labilità emotiva. Il momento peggiore era il mattino, avendo gravi difficoltà ad alzarsi dal letto, mentre nel pomeriggio e verso sera c'era un leggero miglioramento della sintomatologia depressiva (segni biologici di depressione). L'esame psichico ha rivelato che la mimica era triste, poco mobile, l'umore appariva chiaramente depresso, l'affettività coartata, il linguaggio era fluente, continuava a ripetere gli stessi concetti. Non sono state rilevate indicazioni di disturbi della percezione. Il pensiero era apparso rallentato, a volte bloccato, i contenuti erano prevalentemente di tipo depressivo. La vigilanza e la coscienza non sono apparse integre, la paziente mostrava elementi indicativi di fenomeni di derealizzazione e depersonalizzazione. Di fronte ad una anche minima attivazione emotiva la paziente si mostrava rapidamente confusa, lo sguardo si smarriva, la capacità di comprensione si riduceva notevolmente. La memoria, la concentrazione e l'attenzione sono apparse ridotte, così pure le capacità di pensiero astratto. Il controllo degli impulsi appariva modesto e, in conclusione, la paziente è sembrata attendibile. Lo specialista curante ha posto la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD 10: F 32.2) e di sindrome agorafobica con attacchi di panico (ICD 10: F 40.01). La terapia seguita era da un lato una psicoterapia cognitivo-comportamentale, d'altro lato una farmacoterapia (Citalopram, Seroquel e Tranxilium). Pertanto, l'inabilità lavorativa dell'assicurata era del 100% e la prognosi era probabilmente favorevole. A quel momento, però, il curante non era in grado di prevedere quando sarebbe stato possibile un aumento della capacità lavorativa. Alla luce di questo rapporto, il 16 febbraio 2012 (doc. 27) CO 1 ha ricontattato il \_\_\_\_\_ per chiarire se, dopo il 31 dicembre 2011, un'inabilità lavorativa totale dell'assicurata fosse giustificata come sostenuto dallo psichiatra curante oppure, se non erano subentrati nuovi elementi medici atti a modificare la precedente valutazione, se l'assicurata fosse da ritenere abile al 100% dal 1° gennaio 2012. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si è quindi ripronunciata sulla fattispecie il 27 marzo 2012, tenendo conto anche del più recente rapporto medico dello psichiatra curante. Nel rapporto del 28 marzo 2012 (doc. 15) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha riportato integralmente il parere della collega, allineandosi ad esso. La stessa ha evidenziato quanto è emerso soltanto nel mese di dicembre 2011, dopo un lungo colloquio avvenuto in rilassatezza, senza elementi che potessero fare pensare anche lontanamente ad un quadro depressivo neanche medio e/o a fenomeni di depersonalizzazione e/o derealizzazione. Non v'era nessun cenno di alterazione del

funzionamento cognitivo, neanche sfumato. L'assicurata era apparsa lucida ed orientata nei tre domini, era in grado, senza difficoltà, di dirigere la sua coscienza su specifici contenuti e di discuterli con la perita (attenzione valida); nessuna ipopressia (disattenzione) né tantomeno alcuna aprosopia (grave alterazione dell'attenzione come negli stati confusionali e amenziali). La memoria di fissazione e di rievocazione risultavano nella norma. La psichiatra non ha evidenziato alcuna anomalia della forma e del contenuto del pensiero, che appariva normoprodotto, per nulla rallentato né permetteva di mettere in luce dei "blocchi" (barrage propri di quadri psichiatrici molto gravi). Nessuna accelerazione ideica e della produzione verbale. Anche su temi dolorosi, l'interessata, nel dicembre 2011, si muoveva con competenza e capacità senza mai mostrarsi confusa in senso psicopatologico (stato confusionale o amenza = alterazione onirica della coscienza dove la disorganizzazione della coscienza produce un venir meno della sua capacità di strutturazione). Nella paziente non è stato riscontrato uno stato confusionale vero e proprio, che si caratterizza per la presenza di disorientamento rispetto ai luoghi, alle persone, allo spazio, si associano disturbi delle percezioni e della memoria come pure pensiero incoerente. La specialista ha spiegato i quadri di depersonalizzazione e di derealizzazione, rilevando che, in concreto, era presente una quota di ansia libera che a tratti si organizzava in ansia acuta (non franchi disturbi da attacchi di panico cui mancavano alcuni elementi per porre la diagnosi). L'interessata presentava agorafobia che attivava degli evitamenti e, impossibilitata ad evitare, lo sviluppo di episodi di ansia acuta che però, secondo la psichiatra, non assumevano le stigmate di veri attacchi di panico. Quest'ultima ha inoltre dato la definizione di agorafobia e di episodio depressivo maggiore, quest'ultimo citato dallo psichiatra curante. Elencando le caratteristiche di un episodio depressivo maggiore, la perita ha evidenziato quali elementi caratterizzanti erano assenti nell'assicurata (praticamente tutti). Essa ha inoltre ricordato cosa comprendono i sintomi biologici di depressione che il curante ha riscontrato nell'interessata, evidenziando come essi fossero invece praticamente tutti assenti quando l'ha visitata nel dicembre 2011, tranne l'elemento del peggioramento al mattino, al risveglio. In assenza di tutti gli elementi caratteristici della depressione, il medico del \_\_\_\_\_ ha concluso che non è possibile a rigore ed oggettivamente registrare un episodio depressivo neanche medio-lieve. Pertanto, la sua diagnosi, senza ripercussione sulla capacità lavorativa, era di sindrome da ansia generalizzata e di agorafobia con tendenza agli evitamenti. La dr.ssa non condivideva la diagnosi umorale posta dal collega, mentre era d'accordo con la diagnosi ICD 40, ma non con la presenza di franchi episodi di tipo dappico. Secondo la precedente valutazione della psichiatra, non v'erano limitazioni della capacità lavorativa, perciò appariva difficile immaginare che la persona che ha valutato nel dicembre 2011 fosse la stessa descritta dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel febbraio 2012; essa non riteneva possibile un simile peggioramento clinico in così breve tempo. Possono esserci differenze nel registrare la qualità dei quadri ad esempio depressivi, ma la perita non ha ritenuto plausibile che ci fosse tanta distanza con il collega rispetto ad aspetti inerenti la coscienza, la memoria e l'attenzione. Rispondendo alle domande della Cassa malati, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha quindi ribadito l'abilità lavorativa del 100% dell'assicurata dal punto di vista psichiatrico dal 31 dicembre 2011, rilevando che già alla sua prima valutazione la prognosi non appariva compromessa. Il parere del collega psichiatra non è stato ritenuto compatibile con quanto essa ha registrato nel dicembre 2011, mentre riguardo allo stato dell'interessata in quel momento l'esperta non ha potuto esprimersi, ma si è confermata nella diagnosi, nei limiti della capacità lavorativa e nella prognosi. Con certificato dell'8 gennaio 2013 (doc. C), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di

sindrome depressiva grave senza sintomi psicotici (ICD 10: F 32.2) e di sindrome agorafobica con attacchi di panico (ICD 10: F 40.01). Lo specialista ha poi affermato che nel corso di questo anno (ossia tra febbraio 2012 e gennaio 2013) ha assistito ad un miglioramento solo lieve della sintomatologia ansiosa e depressiva dell'assicurata. All'inizio della terapia essa presentava una sintomatologia costituita da ansia costante, attacchi di panico, angoscia, umore depresso, astenia, difficoltà nell'attendere alle comuni incombenze domestiche (veniva aiutata da amici), grave labilità emotiva. All'esame psichiatrico era evidente umore depresso con una grave inibizione psicomotoria, il pensiero appariva rallentato, erano presenti fenomeni dissociativi quali derealizzazione e depersonalizzazione. Di fronte ad un'attivazione emotiva anche minima la paziente presentava rapidamente alterazioni dello stato di coscienza con confusione e grave riduzione delle capacità di attenzione e concentrazione. Stante questo quadro, lo psichiatra ha rilevato che la risposta alla terapia è stata parziale, seppure con qualche elemento di miglioramento. Si è assistito alla riduzione della frequenza delle crisi di ansia e di angoscia, che però non sono scomparse. I fenomeni dissociativi si sono nettamente ridotti, anche se la paziente presenta ancora alterazioni della coscienza e dell'attenzione nel caso di rilevanti attivazioni emotive, mentre quelle lievi sono meglio tollerate. Il tono dell'umore ha mostrato solo lievi e transitori miglioramenti permanendo gravemente depresso. La risposta alla farmaco terapia è stata parziale e difficoltosa, tanto che è stato necessario cambiare diversi farmaci antidepressivi, ansiolitici e antipsicotici per mancata risposta o per l'insorgenza di effetti collaterali. I farmaci prescritti sono Citalopram, Sequase, Nortrilene, Tranxilium, Remeron, Fluoxetina, Risperidone, Temesta e Valdoxan, mentre ora l'interessata assume Fluoxetina 40mg/die, Valdoxan 20mg/die e Tranxilium 40mg/die. L'assicurata ha un atteggiamento molto collaborante verso la terapia e mostra una chiara determinazione verso la guarigione e il recupero di una vita personale e sociale adeguata. Questo è un elemento prognostico favorevole, mentre la lunga durata della malattia e l'incompleta risposta alla terapia farmacologica rappresentano elementi sfavorevoli, perciò l'evoluzione andrà quindi ancora seguita nel tempo. Di conseguenza, l'inabilità lavorativa è tuttora del 100%.

#### **E. 11**

aprile 2008, consid. 5.3, STF 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, STF I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2; STCA dell'11 luglio 2011, 36.2011.15; STCA del 25 maggio 2011, 32.2010.313), 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). Ancora, il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (STF 9C\_605/2008 del 2 giugno 2009, consid. 3.2.5; STF I 514/06 del 25 maggio 2007, consid. 2.2.1). 2.10. Richiamata la suesa posta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 9), questo Tribunale non intravede ragioni che impediscano di condividere i risultati a cui è giunto il medico interpellato dall'assicuratore malattia, specialista in psichiatria, che ha sia incontrato personalmente l'assicurata sia preso visione di tutti gli atti dei medici interpellati dall'insorgente e dall'assicuratore, prendendo compiutamente posizione su di essi (in particolare, il rapporto del 9 febbraio 2012 dello psichiatra curante). Le conclusioni di questa esperta possono quindi essere definite chiare, complete, attendibili, convincenti, approfondite e prive di contraddizioni. Di conseguenza, vanno così pienamente condivise le considerazioni della specialista nominata da CO 1, che

nel dicembre 2011 e nel marzo 2012 ha ben valutato lo stato di salute dell'assicurata e ha stabilito che dal 1° gennaio 2012 essa non presentava (più) un'inabilità lavorativa. In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, la ricorrente non ha saputo sufficientemente giustificare, a mano di dettagliata documentazione medica e/o descrizioni di esami clinici effettuati, che il suo stato di salute fosse peggiore rispetto a quello individuato dai medici interpellati dall'assicuratore malattia e che quindi ella sarebbe stata (totalmente) inabile al lavoro tanto nella sua attività abituale di segretaria quanto anche in altre attività fisiche adeguate alle sue condizioni di salute. L'assicurata non ha dunque comprovato, mediante specifica documentazione medica, che la soluzione a cui è giunto il medico psichiatra interpellato dal suo assicuratore malattia non sarebbe credibile, ma sarebbe errata. I certificati medici versati agli atti dalla ricorrente non mettono in discussione le valutazioni della perita. I pareri dei medici curanti sono infatti troppo concisi e scarni per potergli dare il necessario valore probatorio e ribaltare il giudizio della dr. med. \_\_\_\_\_ . Anche i due certificati del dottor \_\_\_\_\_ , seppure egli sia uno specialista FMH in materia, non possono certo definirsi dettagliati, approfonditi e completi. Essi attestano semplicemente la patologia in atto ed il tipo di intervento farmacologico attuato per curare l'assicurata, ma non si confrontano con le puntuali osservazioni della psichiatra a cui si è rivolta la Cassa malati. 2..11. Stanti così le cose, è a giusta ragione che l'assicuratore malattia convenuto ha rifiutato di riconoscere e versare alla ricorrente delle indennità giornaliere dopo il 31 dicembre 2011, essendo essa pienamente abile al lavoro dato che la specialista appositamente scelta per valutare l'interessata ha fissato il suo grado d'incapacità al lavoro nello 0%, mentre la premessa necessaria ai fini delle prestazioni è un'incapacità lavorativa di almeno il 25% (art. 13.1 CGA). In queste circostanze, le pretese dell'insorgente di vedersi riconosciuta un'incapacità lavorativa del 100% dal 1° gennaio 2012, e quindi anche delle corrispondenti indennità per perdita di guadagno, sono errate e non possono dunque essere qui tutelate. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione impugnata va confermata. 2.12. Infine, come evidenziato, l'assicurata ha chiesto di effettuare una perizia medica che valuti il suo stato di salute, vista la (presunta) discordanza fra i pareri dei diversi medici intervenuti. Questo Tribunale, in virtù del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove, prescinde dal dare seguito alla richiesta della ricorrente ritenuto, come visto, che sulla base della perizia del dicembre 2011 e del marzo 2012 sia stato possibile stabilire chiaramente il grado di capacità lavorativa dell'assicurata, conclusioni che i certificati dei medici curanti non sono stati invece in grado di mettere in dubbio.

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