

TI_GERICHTE 36.2013.6 vom 18. Februar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.6

FR: TI_GERICHTE 36.2013.6 du 18 février 2014

IT: TI_GERICHTE 36.2013.6 del 18 febbraio 2014

Regeste

Richiesta di pagamento di un'indennità giornaliera parzialmente accolta in seguito all'esito della perizia. Obbligo di ridurre il danno quando l'assicurato è abile al lavoro nella medesima professione ma presso un altro datore di lavoro

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). nel merito 2. Per quanto concerne l'indennità perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato, come emerge da una sentenza del TF del 26 settembre 2007 (4A_53/2007), che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. Adrian von Kaenel, *Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR*, in: *Krankentag-geldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte*, Zurigo 2007, pag. 109-131, in particolare pag. 111-115). La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 116 seg.). Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller, *Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG*, in: *Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte*, Zurigo 2007, pag. 19-45, in particolare pag. 20). Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628). L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert, in: *Commentaire romand*, n. 50 ad art. 324a CO). La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno

assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali). 3. Nella fattispecie l'art. _____ delle condizioni generali di assicurazione (di seguito: CGA) prevede che le basi del contratto sono la richiesta di assicurazione, incluse eventuali dichiarazioni sullo stato di salute, la polizza assicurativa, le condizioni speciali (CS) elencate nella polizza assicurativa, le esistenti Condizioni generali di assicurazione (CGA) e la LCA (doc. 3). Per l'art. _____ CGA si considera malattia qualsiasi pregiudizio della salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o trattamento medico o provochi un'incapacità al lavoro. A norma dell'art. _____ CGA l'incapacità lavorativa si riscontra quando, a seguito di malattia, infortunio o parto, la persona assicurata è totalmente o parzialmente incapace di svolgere la propria professione o un'altra attività lucrativa ragionevolmente accettabile. E' considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente accettabile nella professione o nel campo d'attività abituale. Se l'incapacità al lavoro dura più di 30 giorni, possono essere prese in considerazione anche le mansioni accettabili in un'altra professione o campo di attività. L'incapacità lavorativa parziale sussiste quando il grado d'inabilità al lavoro è pari al 25% almeno. Per l'art. _____ CGA le prestazioni si conformano alla copertura assicurativa convenuta ed alle presenti condizioni di assicurazione. La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può essere superiore al guadagno venuto meno alla persona assicurata a causa del sinistro, ovvero al salario annuo fisso concordato. Entrambe le polizze assicurative prevedono il pagamento dell'80% del salario in caso di malattia (doc. 1 e 2), dopo 7 giorni (doc. 1), rispettivamente 30 giorni (doc. 2), di periodo di attesa. 4. Nel caso di specie, in seguito alle divergenze tra i medici curanti, dr. med. _____ e dr. med. _____ da una parte e la fiduciaria, dr.ssa med. _____, dall'altra circa la diagnosi e l'influsso della patologia psichica sulla capacità lavorativa dell'attrice, il TCA ha ordinato una perizia alla dr.ssa med. PE 1, FMH in psichiatria e psicoterapia. La specialista, nel suo referto del 20 gennaio 2014, dopo aver riassunto gli atti, aver riportato le delucidazioni del dr. med. _____ ed il colloquio telefonico avuto con la dr.ssa med. _____, aver descritto l'anamnesi personale, fisiologica, somatica, scolastica, professionale, patologica ed il decorso della malattia, gli aspetti soggettivi ed aver riassunto l'esame psichiatrico, ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.22) attualmente in remissione e accentuazione di tratti di personalità anancastica-narcisistica (ICD10: Z73-1). La perita ha in seguito affermato quanto segue: " (...) I dati dell'incarto, l'anamnesi, l'esame psichiatrico da me eseguito parlano in favore dell'esordio insidioso di sintomi ansiosi e depressivi aggravatisi in concomitanza con condizioni di sovraccarico (impegno casalingo e impiego al 100%; vedi anche descrizione della giornata nella presente perizia) e personale/emotivo (malattia e lutti nell'ambiente familiare con gravoso impegno dato per es. dalla quotidiana visita in ospedale ai congiunti). La p. che presenta una struttura di personalità caratterizzata da eccessivo perfezionismo, scrupolosità, e rigidità non è stata in grado di valutare correttamente a quel tempo i suoi limiti "non sopportando" per. es. di sbagliare e reagendo molto male alle osservazioni del datore di lavoro. Aspetti narcisistici completano il quadro ("volevo essere

perfetta”) e indicano la presenza di tratti di personalità anancastica-narcisistica che non si organizzano in un vero e proprio disturbo di personalità e che sono classificabili secondo ICD-10 come “Accentuazione di tratti di personalità”. La p. entrava allora in una spirale di esaurimento psicofisico riconoscibile sia dai curanti che dal medico di fiducia CV 1 come reattiva (anche il medico di famiglia in modo contraddittorio, probabilmente perché meno avvezzo al corretto utilizzo della nosografia psichiatrica, nei suoi scritti descrive la sintomatologia come conseguenza delle problematiche sul posto di lavoro”... si tratta di depressione scatenata dall’esperienza sull’attuale posto di lavoro”, lettera del 28.09.2012) a problemi personali e professionali e questo dal punto di vista nosografico in una persona senza anamnesi psichiatrica precedente definisce la diagnosi di disturbo dell’adattamento secondo ICD-10 come correttamente riportato sia dal Dr. med. _____ che dalla Dr.ssa med. _____. La sintomatologia descritta dai colleghi e quanto da me raccolto durante le due visite indicano la contemporanea presenza di sintomi ansiosi (aumento arousal) e depressivi (calo del tono dell’umore, delle motivazioni, faticabilità) che fanno propendere la diagnosi verso la sottocategoria “Reazione misto ansioso-depressiva” così come descritto nell’IDC-10. (Il Dr. med. _____ d’altra parte nella sua lettera del 01.10.2012 descrive una “forte componente ansiosa”). La p. con la terapia adeguata presentava un graduale miglioramento delle sue condizioni psichiche restando per un periodo inabile al lavoro nella misura del 100% secondo una valutazione condivisa sia dai curanti che dalla perita assicurativa. La Dr.ssa med. _____ concordava con la p. una ripresa lavorativa per la metà del mese di giugno nella misura del 50% e in seguito dopo un periodo di due settimane al 100% in ragione del graduale miglioramento sintomatologico. Questa ripresa graduale della capacità lavorativa corrisponde alla prassi in uso nella pratica clinica psichiatrica per tipo di patologia. La p. (come ammesso anche dal medico di famiglia nella sua lettera del 28.09.2012 “il graduale miglioramento prima di questo tentativo di lavoro fu distrutto con il confronto dell’ambiente lavorativo ...”) al momento dell’inizio concordato dell’attività lavorativa con ogni probabilità presentava una crisi ansiosa (tensione, palpitazioni, tremori, nausea, difficoltà di concentrazione ecc.) per la quale veniva visitata dal medico di famiglia e alcuni giorni più tardi (28.06.2012) dallo psichiatra curante con un moderato incremento della terapia farmacologica (Cipralex 15 mg) e l’introduzione di un ansiolitico (Xanax ret. 0.5 mg). I due medici curanti descrivono (nella loro lettera rispettivamente del 28.09.2012 Dr. med. _____ e 01.10.2012 Dr. med. _____) le difficoltà della p. rispetto al posto di lavoro con vissuti di tipo ansioso-fobico e aspetti conflittuali di ambivalenza e rivendicazione confermati da quanto raccolto nella presente perizia. La documentazione raccolta d’altra parte non parla in favore di atteggiamenti particolarmente penalizzanti o inadeguati da parte del datore di lavoro ma piuttosto di un nucleo nevrotico della p. in grave difficoltà a confrontarsi da un lato con i propri limiti e dall’altro con meno consapevoli antichi vissuti di rabbia e rivendicazione per una vita impegnativa iniziata già nell’infanzia (“io sono un tipo che voleva sempre funzionare ... ho dovuto cominciare a nove anni ... per una volta che stavo davvero male ... io ci avrei provato [a riprendere il lavoro n.d.r.] perché non sono una che si fa mettere sotto...”). Questi vissuti conflittuali in parte contraddittori non riconosciuti, né elaborati, né integrati sono verosimilmente alla base della crisi d’ansia, della frustrazione e del peggioramento clinico successivo al “fallimento” della ripresa lavorativa e rendono ragione del fatto che la p. per ragioni di salute non potesse riprendere il lavoro presso quel datore di lavoro. L’entità della sintomatologia descritta, il moderato incremento della terapia farmacologica senza necessità di intensificare la presa a carico medico psichiatrica (una sola visita il 28.06.2012) nonché la mancanza di una visita peritale

nello stesso periodo rendono non del tutto esauriente la possibilità di valutare le limitazioni della capacità lavorativa della p. in quel periodo. Con buona probabilità (tenendo anche conto della abituali valutazioni in situazioni cliniche simili ed escludendo la possibilità di ripresa del lavoro presso il datore attuale per ragioni di salute) è possibile esprimere un giudizio in merito alla capacità lavorativa e alla sua evoluzione. La capacità lavorativa alla luce di quanto documentabile e quanto raccolto in sede peritale può essere valutata per un ulteriore periodo seguito alla crisi ansioso-fobica del 18-19 giugno allo 0% fino al 30 giugno, al 50% fino al 15 luglio e allo 100% dal 16 luglio 2012 e continua. Deve inoltre essere sottolineato come la necessità della p. di ridurre la percentuale lavorativa riguarda l'organizzazione della sua vita personale e non è ascrivibile alla patologia psichiatrica presentata allora (come correttamente valutato dal medico di fiducia CV 1). Il particolare stile personale con aspetti nevrotici indica come utile la prosecuzione della psicoterapia individuale anche ai fini prognostici per prevenire la possibile insorgenza di episodi simili.

RISPOSTE AI QUESITI PERITALI 1. Qual è la differenza, dal punto di vista medico, con particolare riferimento alla capacità lavorativa, tra la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata (ICD-10: F43.21), posta dal Dr. med. _____ il 10 luglio 2012 (doc. H, cfr. anche doc. N) e la sindrome da disadattamento con reazione ansioso-depressiva (ICD-10:F43.22) posta dalla Dr.ssa med. _____ il 1° giugno (doc. E)? La differenza nella diagnosi può spiegare un lasso di tempo maggiore nel recupero della capacità lavorativa nell'attività di segretaria svolta da AT 1? Una "Sindrome da disadattamento" (F43.2) secondo ICD-10 è definita come una "condizione di disturbo soggettivo a disturbo emozionale che in genere interferisce con il funzionamento e le prestazioni sociali e che insorge nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o ad un evento di vita stressante". Nel caso della p. i fattori stressanti sono rappresentati dalla malattia e dai lutti dell'ambiente familiare nonché dall'aumento della percentuale lavorativa avvenuta a suo tempo per motivi economici. L'ICD-10 definisce anche come la "la predisposizione o vulnerabilità individuale (rappresentata in questo caso dai tratti di personalità definiti in precedenza n.d.r) gioca un ruolo importante nel condizionare la comparsa e nel modellare le manifestazioni delle sindromi da disadattamento... le manifestazioni sono variabili ed includono umore depresso, ansia e/o preoccupazioni..." oltre alle difficoltà di funzionamento e progettualità. La prevalenza di determinati sintomi rispetto ad altri definisce secondo l'ICD-10 sottocategorie diagnostiche codificabili con una quarta cifra fra cui le due citate: Reazione depressiva prolungata (F43.21) è definita come uno "stato depressivo lieve verificatosi in risposta all'esposizione prolungata ad una situazione stressante" di durata non superiore a due anni. Reazione mista ansioso-depressiva (F43.22) definisce un quadro clinico nel quale "sia i sintomi ansiosi sia quelli depressivi sono preminenti" con una durata (come in questo caso specifico) in genere non superiore ai sei mesi "dopo la cessazione dello stress". I principali sintomi ansiosi citati in questo caso sono "palpitazioni, tremori, nausea, difficoltà ad addormentarsi". I sintomi depressivi citati sono calo del tono dell'umore e della motivazione, faticabilità mentre ad entrambe le categorie di sintomi (ansia e depressione) appartengono le difficoltà di concentrazione. L'entità della sintomatologia in questo caso è lieve-media e corrisponde ai criteri per la F43.22. Entrambe le sottocategorie diagnostiche non sono sufficienti di per sé a definire correttamente la presenza o assenza di incapacità lavorativa. Quest'ultima viene definita dalla presenza/assenza quantitativa e qualitativa di limitazioni valutate nella loro evoluzione nel tempo con visite mediche specialistiche a scadenza ragionevole (per esempio ogni due settimane). A questo proposito non posso non rilevare che la p. è stata

vista nel periodo giugno-settembre 2012 una sola volta dallo psichiatra curante il 28.06. e dalla perita assicurativa il 27.09.2012. La documentazione medica prodotta dai medici curanti non descrive in modo sufficiente le limitazioni, la loro entità e in che modo essi interferiscano con la CL nonché la loro evoluzione nel tempo. Cionondimeno come detto quanto raccolto in sede peritale rende con buona probabilità una corretta valutazione possibile. 2. Nel preciso caso di specie qual è la diagnosi corretta? Sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.22) 3. Qual era la capacità lavorativa di AT 1 tra il 1° luglio 2012 ed il 30 settembre 2012? In particolare, sulla base della presa di posizione del 9 luglio 2012 del Dr. med. _____ (doc. G) del 10 luglio 2012 del Dr. med. _____ (doc. H) e del referto del 22 luglio 2012 della Dr.ssa med. _____ (doc. I), nonché delle valutazioni dei medesimi medici datate 28 settembre 2012 (doc. M), 1° ottobre 2012 (doc. N), e 11 ottobre 2012 (doc. O), AT 1 era abile al lavoro nella sua precedente attività? In che percentuale? Vedi valutazione. Capacità lavorativa al 0% fino al 30 giugno 2012 compreso; capacità lavorativa al 50% dal 1° luglio 2012 al 14 luglio 2012 compreso; capacità lavorativa al 100% e continua a tempo indeterminato dal 15 luglio 2012. Per ragioni di salute la p. non era in grado di riprendere il lavoro presso il suo posto di lavoro precedente (la valutazione della capacità lavorativa è da considerarsi nell'occupazione abituale, senza limitazioni presso un altro datore di lavoro). (...)” (doc. XXVI) Il 29 gennaio 2014 la dr.ssa med. _____ ha preso posizione sulla perizia, affermando tra l'altro: " (...) Non ho osservazioni in relazione alla diagnosi posta di sindrome da disadattamento con reazione ansioso-depressiva. Al quesito 3 la perita risponde affermando che l'assicurata avesse “una capacità lavorativa dello 0% fino al 30.06.2012, al 50% dal 01.07.2012 al 14.07.2012, al 100% dal 15.07.2012” e che per ragioni di salute non fosse in grado di riprendere il lavoro presso il suo posto di lavoro precedente, senza limitazioni presso un altro datore di lavoro. Giunge a tale conclusione con una motivazione che non è condivisibile perché non sufficientemente motivata. (...) La perita spiega, secondo la sua valutazione, da un punto di vista psicodinamico i motivi alla base della crisi d'ansia presentata dall'assicurata al momento della ripresa dell'attività lavorativa: nucleo nevrotico, antichi vissuti di rabbia e rivendicazione. Non descrive però quali menomazioni mentali o psicologiche fossero presenti nell'assicurata tra la ripresa dell'attività lavorativa e il periodo successivo di incapacità lavorativa da lei giudicato del 100% fino al 30.06.2012 e del 50% dal 01.07.2012 al 14.07.2012. Cioè non entra nel merito della valutazione richiesta: non spiegazione psicodinamica ma rilevamento di deficit eventualmente compromettenti la capacità lavorativa dovuti (conseguenti) a menomazioni compromettenti le capacità progettative, esecutive, decisionali, previsionali dell'assicurata, menomazioni interferenti con il ritmo di lavoro e l'adeguamento del contesto lavorativo. A mio giudizio evade il quesito posto che è l'oggetto della causa inoltrata dall'assicurata nei confronti dell'assicurazione. Non è comprensibile perché non spieghi in alcun modo come giunga alla diagnosi di crisi d'ansia, diagnosi che peraltro non categorizza in alcuna categoria diagnostica secondo l'ICD 10, cioè di un momento di ansia di breve durata per definizione e come poi giunga alla conclusione che tale crisi di limitata durata temporale potesse inficiare la capacità lavorativa dell'assicurata dal 19.06.2012 (aveva lavorato il 18 e il 19.06.2012: l'assicurata infatti alla visita da me effettuata il 27.09.2012 affermava di aver lavorato al 50% il 18 ed il 19.06.2012) al 14.07.2012. Apprezzo che condivida il fatto che non vi sia stata alcuna intensificazione della presa a carico psichiatrica e vi sia stato un aumento da lei considerato “modico” della terapia farmacologica: elementi questi che in maniera oggettiva evidenziano come la patologia dell'assicurata non potesse essere di

gravità tale da incidere sulla capacità lavorativa in modo così incisivo da considerarla inabile al 100% fino al 30.06.2012 e al 50% fino al 14.07.2012. Da ultimo evidenzio il fatto che la perita accenni a più riprese agli atteggiamenti di rabbia e rivendicazione dell'assicurata verso il datore di lavoro che non approfondisce nelle conseguenze che eventualmente determinano la presa di posizione dell'assicurata rispetto alla non continuazione dell'attività lavorativa dopo il 19.06.2012 e che a me paiono gli stessi di voler vedere riconosciuto il suo diritto alle indennità di malattia oggetto della presente causa. Ritengo pertanto incompleto il lavoro della perita su questo aspetto fondamentale per giungere ad un giudizio condivisibile. Ribadisco pertanto le mie valutazioni ed il mio giudizio espresso riguardo la capacità lavorativa dell'assicurata, 50% dal 15.06.2012 e 100% dal 01.07.2012, conclusioni che ritengo approfondite, spiegate e logiche." (doc. XXVIII/BB) Il 12 febbraio 2014 la perita, dr.ssa med. PE 1, ha affermato: " (...) Ho letto con attenzione la presa di posizione della dr. med. _____, psichiatra di fiducia di CV 1 del 29.01.2014, non rilevando elementi che portino a modificare il mio giudizio peritale che confermo integralmente rimandando al mio rapporto del 20.01.2014. Rilevo che la dr. med. _____ nel suo rapporto del 1.06.2012 giudicava la p. "salvo ulteriori complicazioni" abile al lavoro nella misura del 50% dal 15.06.2012 al 30.06.2012 e al 100% dal 1.07.2012 e continua non effettuando più alcuna visita medica fino al 27.09.2012. La valutazione di tutti gli elementi in nostro possesso permette di documentare un peggioramento sintomatologico (una complicazione appunto) seguito all'esposizione al fattore stressante rappresentato per la p. da quel contesto lavorativo nei giorni 18 e 19 giugno 2012. Come ho avuto modo di descrivere in perizia in quell'occasione si è trattato con ogni verosimiglianza di un peggioramento quantitativo di sintomi, segni e conseguenti limitazioni della capacità lavorativa inerenti la diagnosi già posta prima di me dalla psichiatra di fiducia CV 1. Per questo peggioramento ansioso-depressivo temporaneo dello stato psichico, con l'allontanamento del fattore stressante, è valutabile una procrastinazione di due settimane della ripresa della capacità lavorativa teorica rispetto a quanto proposto dalla dr. med. _____. Per precisione ho valutato la p. inabile al lavoro anche durante i due giorni in cui si presentava presso il posto di lavoro a causa del rendimento insufficiente conseguente al peggioramento repentino dello stato psichico che nel secondo giorno lo portava anche ad abbandonare recandosi dal medico di famiglia. Infine rispetto alle controindicazioni alla ripresa dell'impiego presso il datore di lavoro in oggetto, sottolineavo la presenza di aspetti personologici risultanti dall'esame peritale (in particolare dai documenti dell'incarto, dall'anamnesi e dall'esame clinico) con la documentabile presenza di un disagio ansioso-fobico non controllabile dalla p. e che è tuttora presente senza compromissione della capacità lavorativa nella professione abituale in altro luogo di lavoro. L'indagine delle dinamiche psichiche soggiacenti e delle loro motivazioni che sottendono al malfunzionamento e compromettono la possibilità di adattamento non può essere approfondita in ambito peritale ma è piuttosto di pertinenza della presa a carico psicoterapeutica (di qualsiasi orientamento essa sia) allo scopo anche di prevenire ulteriori episodi patologici e le loro conseguenze anche sulla capacità lavorativa" (doc. XXX) Il 10 febbraio 2014 il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina generale, ha affermato: " (...) provo di prendere posizione, ma il compito è arduo per la mia esperienza in materia giuridica (per la materia stessa e anche per il linguaggio inerente alle perizie delle specialiste elencate). Mi riferisco alla mia cartella della paziente, allestita durante i eventi descritti. Ho definito inabile al lavoro la Signora AT 1 al 100% dal 16.3.2012 per una depressione che ha reso inabile la paziente sia al lavoro, ma anche alla vita familiare e

sociale. Dopo un breve intervallo (prova di lavoro al 50% dal 18.6. al 19.6.2012 (pro rata temporis)) la Signora AT 1 fu di nuovo definita inabile al lavoro al 100% per ricaduta della sintomatologia iniziale. Con il graduale miglioramento (sotto trattamento medicamentoso e sedute psicoterapiche fu dichiarata abile al 50%, sempre pro rata temporis, fino alla fine di settembre 2012 e poi abile in modo totale dal 1 ottobre 2013. La Signora AT 1 ha presentato una depressione che viene però descritta del perito quale sindrome da disadattamento, che nel gergo diagnostico-analitico del ICD-10 è sicuramente corretto, ma non rispecchia la realtà ed il vissuto della paziente e del suo medico curante. Nondimeno mi sembra che l'evoluzione del caso sia preso con le pinze quando si valuta la severità della manifestazione della depressione con la frequenza delle sedute psicoterapiche e il dosaggio dei medicinali. Sottolineo che la paziente fu sostenuta in modo sostanziale della propria famiglia e di amiche, condizione fondamentale in una crisi di vita. Mi sembra cinico di considerare che la paziente, sempre disponibilissima nel suo lavoro e nella vita privata e sociale, abbia realizzata di dover ridurre i impegni lavorativi e sociali, così mettendo questo fatto nella luce di propria responsabilità dell'evoluzione della sua depressione. Non ho in modo preciso risposto alle domande, che come accennato all'inizio della presa di posizione, poiché non mi sento in grado di entrare sui dettagli elencati nelle perizie, ma ho provato di comunicare il mio punto di vista quale medico di famiglia che conosce la paziente e la sua famiglia dal 1986." (doc. CC1) Con scritto del 7 febbraio 2014, il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, anch'egli medico curante dell'interessata, ha affermato: " (...) In relazione alle mie certificazione dell'inabilità lavorativa la prego di riferirsi a quanto a lei trasmesso in data 15.10.2012. Come specificato in tale documento si è trattato piuttosto di una valutazione dell'inabilità lavorativa (che è stata sempre certificata dal medico di famiglia). Infatti la paziente è stata vista in consultazione dal sottoscritto l'ultima volta il 28.06.2012. Per una valutazione dettagliata dello stato di salute della paziente nel corso dei mesi di luglio e agosto 2012 la prego quindi di riferirsi al medico di famiglia. In merito alle sue osservazioni sulla perizia della collega PE 1 ritengo pertinente la sua osservazione sul fatto che la paziente sino alla data del suo licenziamento era impiegata presso la ditta in questione e che quindi come giustamente valutato dal perito essa non era abile al lavoro in quel posto di lavoro. Le valutazioni da me espresse vanno lette in questo contesto, un rientro in quello specifico posto di lavoro si sarebbe avverato assai difficile (ancor più dopo i fatti di giugno) e questo ha motivato un periodo di malattia più lungo. Non ritengo per contro di dover entrare nel merito della diatriba tra la dottoressa _____ e la dottoressa PE 1, lasciando alle parti di trovare l'accordo necessario a concludere questa lunga pratica." (doc. CC2) 5. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concluzione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 6. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dalla perita giudiziaria, autorevole specialista proprio nella materia che qui interessa, la quale, dopo aver visitato in due occasioni l'attrice, ha potuto stabilire che l'interessata è stata incapace al lavoro al 100% fino al 30 giugno 2012 ed al 50% dal 1° luglio 2012 al 14 luglio 2012 nella sua attività abituale (doc. XXVI:" Capacità lavorativa al 0% fino al 30 giugno 2012 compreso; capacità lavorativa al 50% dal 1° luglio 2012 al 14 luglio 2012 compreso; capacità lavorativa al 100% e continua a tempo indeterminato dal 15 luglio 2012 ") e che non avrebbe potuto riprendere la propria attività presso i precedenti datori di lavoro (doc. XXVI pag. 13: " Questi vissuti conflittuali in parte contraddittori non riconosciuti, né elaborati, né integrati sono verosimilmente alla base della crisi d'ansia, della frustrazione e del peggioramento clinico successivo al "fallimento" della ripresa lavorativa e rendono ragione del fatto che la p. per ragioni di salute non potesse riprendere il lavoro presso quel datore di lavoro " [sottolineature in originale]; doc. XXVI pag. 15:" per ragioni di salute la p. non era in grado di riprendere il lavoro presso il suo posto di lavoro precedente [...] "; doc. XXVI pag. 13/14: " [...] Con buona probabilità (tenendo anche conto delle abituali valutazioni in situazioni cliniche simili ed escludendo la possibilità di ripresa del lavoro presso il datore attuale per ragioni di salute) è possibile esprimere un giudizio in merito alla capacità lavorativa e alla sua evoluzione."). In effetti, il referto peritale, motivato e convincente, presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c con riferimenti; RAMI 1991 U 133 consid. 1b): in particolare, l'esperta giudiziaria ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame approfondito del caso (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2). La perita ha pure preso compiutamente posizione sui rilievi del 29 gennaio 2014 della dr.ssa med. _____ (doc. XVIII/BB e XXX), evidenziando in particolare che la valutazione di tutti gli elementi in suo possesso permette di documentare un peggioramento sintomatologico, ossia una complicazione seguita all'esposizione ad un fattore stressante che è rappresentato, per l'attrice, dal contesto lavorativo in cui si trovava quando ha ripreso la propria attività al 50% il 18 e 19 giugno 2012. La specialista evidenzia che si è trattato, con ogni verosimiglianza, di un peggioramento quantitativo di sintomi, segni e conseguenti limitazioni della capacità lavorativa inerenti la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione ansioso-depressiva, già posta dalla dr.ssa med. _____. La perita ha spiegato che questo peggioramento temporaneo dello stato psichico, con l'allontanamento dal fattore stressante, è valutabile in una procrastinazione di ulteriori due settimane della ripresa della capacità lavorativa teorica rispetto a quanto valutato dalla fiduciaria della Cassa. Da cui un'incapacità lavorativa totale fino al 30 giugno 2012 ed al 50% fino al 14 luglio 2012. Infine, la dr.ssa med. PE 1 ha indicato le ragioni per le quali l'interessata non poteva più riprendere l'attività presso i precedenti datori di lavoro (presenza di un disagio ansioso-fobico non controllabile dalla paziente che è tuttora presente senza compromissione

della capacità lavorativa nella professione abituale in altro luogo di lavoro). La specialista si è pertanto confrontata con le valutazioni, rispettivamente con le obiezioni espresse dagli specialisti consultati dall'attrice e dalla convenuta, spiegando in maniera puntuale, facendo capo a un'approfondita analisi dei dati anamnestici contenuti nell'incarto, le ragioni per le quali se ne è scostata. Gli ulteriori certificati dei medici curanti del 10 febbraio 2014 del dr. med. _____, FMH medicina generale (doc. CC1) e del 7 febbraio 2014 dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. CC2) non sono atti a modificare la valutazione peritale, non apportando elementi di novità. Entrambi i medici si rifanno in particolare alle loro precedenti prese di posizione, già attentamente esaminate dalla perita. Il dr. med. _____, peraltro non specialista in psichiatria e psicoterapia, ammette del resto di non essere esperto nella materia in esame e di aver difficoltà a prendere posizione sul referto peritale (cfr. doc. CC1: “[...] provo di prendere posizione, ma il compito è arduo per la mia inesperienza in materia giuridica (per la materia stessa e anche per il linguaggio inerente alle perizie delle specialiste elencate [...])”). Il dr. med. _____ da parte sua ribadisce quanto già asserito il 15 ottobre 2012 e conferma di aver visto la paziente, per l'ultima volta, il 28 giugno 2012 (doc. CC2). Egli del resto è d'accordo con quanto affermato dalla perita circa il fatto che l'attrice “ non era abile al lavoro in quel posto di lavoro ” (doc. CC2). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante – anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, cioè in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). In queste condizioni questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni peritali e tantomeno per ordinare una complemento peritale atto a stabilire se presso i precedenti datori di lavoro l'interessata era inabile oppure no. Come visto in precedenza la perita ha infatti già avuto modo di stabilire che l'interessata non avrebbe potuto riprendere la propria attività presso i precedenti datori di lavoro (cfr. doc. XXVI pag. 13 e 15). Alla luce di quanto sopra non risulta necessario, come invece richiesto dall'attrice, neppure sentire personalmente il proprio medico curante, dr. med. _____, FMH medicina generale. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (ap-prezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungs-verfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e

riferimenti). 7. Accertato che l'attrice è completamente inabile al lavoro presso i suoi vecchi datori di lavoro e capace al 50% dal 1° luglio 2012 ed al 100% dal 14 luglio 2012 presso altri datori di lavoro, va ora esaminato a quali prestazioni ha diritto. A norma dell'art. 61 LCA: " In caso di sinistro, l'avente diritto è tenuto a fare quanto possa per scemare il danno. Quando non siavi pericolo in mora, egli dovrà chiedere istruzioni all'assicuratore circa i provvedimenti da prendere e conformarsi alle medesime. Se l'avente diritto ha mancato a quest'obbligo in modo inescusabile, l'assicuratore può limitare l'indennità all'importo cui troverebbesi ridotta qualora l'obbligo fosse stato adempiuto." Con sentenza 5C.176/1998 del 23 ottobre 1998, al consid. 2c l'Alta Corte ha affermato: " (...) L'art. 61 LCA esprime infatti il medesimo principio generale concernente l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno da cui il Tribunale federale delle assicurazioni deduce che l'interessato può a tal fine essere costretto a cambiare professione (DTF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Un siffatto obbligo non costituisce una lesione più grave della libertà personale rispetto all'imposizione - espressamente citata da Maurer (Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, pag. 346 n. 4) con riferimento all'art. 61 LCA - di sottomettersi a una cura o addirittura ad un intervento chirurgico. Si può del resto rilevare che nemmeno l'attore contesta l'applicabilità dell'art. 61 LCA alla fattispecie, limitandosi a sostenere che, per un uomo di 63 anni nel suo stato di salute, un reinserimento in un'attività professionale appare perlomeno problematico. Ne segue che i giudici cantonali hanno violato il diritto federale accogliendo la petizione senza esaminare se e in che misura sia possibile esigere dall'attore un cambiamento di professione e se il termine accordato dalla convenuta a tal fine sia adeguato alle circostanze. La sentenza impugnata deve pertanto essere annullata e la causa rinviata all'autorità cantonale per completare gli accertamenti di fatto e per nuova decisione (...)" Le CGA, all'art. _____, prevedono il medesimo concetto; infatti per il terzo paragrafo del citato disposto se l'incapacità al lavoro dura più di 30 giorni, possono essere prese in considerazione anche le mansioni accettabili in un'altra professione o campo di attività. Va qui rammentato che anche nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera sottoposta alla LCA, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (cfr. sentenza 5C.74/2002 del 7 maggio 2002) . In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, come nel caso di specie, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'assicurato per procedere al cambiamento di professione, accertata la piena capacità lavorativa in attività confacenti al suo stato di salute, nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego (sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; DTF 114 V 289 consid. 5b; DTF 111 V 239 consid. 2a con riferimenti; RAMI 2000 pag. 123 consid. 3a; RAMI 1987 pag. 108; RAMI 1994 pag. 113 segg.). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998, K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito l'Alta Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in

un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998, consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440). In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 pag. 106 consid. 2). Il Tribunale federale ha applicato la medesima giurisprudenza alle assicurazioni complementari contro le malattie rette dal diritto privato (cfr. DTF 133 III 527, consid. 3.2.1: “ Dans des arrêts qui concernaient comme ici une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (arrêt 5C.211/2000 du 8 janvier 2001, consid. 4c non publié à l'ATF 127 III 106; arrêt 5C.176/1998 du 23 octobre 1998, consid. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 61 LCA était l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; ATF 114 V 281 consid. 3a; voir aussi VINCENT BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie, in *Le droit social dans la pratique de l'entreprise - questions choisies*, 2006, p. 95 ss, 107). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt K 14/99 du 7 février 2000, publié in *Assurance-maladie et accidents [RAMA] 2000* n° KV 112 p. 122, consid. 3a; voir aussi JEAN-LOUIS DUC, *Assurance sociale et assurance privée*, 2003, p. 109-111). “). In una recente sentenza di principio 36.2013.48 del 18 dicembre 2013 il TCA ha dovuto giudicare un caso simile a quello in esame. Si trattava infatti di stabilire il diritto ad indennità giornaliera di un'assicurata che a causa di una patologia psichica non poteva più svolgere la propria attività presso la medesima ditta ma che avrebbe dovuto cambiare datore di lavoro per poter continuare ad esercitare la sua professione abituale. La Corte cantonale ha stabilito: “ (...) In concreto l'assicuratore, con scritto del 18 giugno 2013, ha avvertito l'attrice che avrebbe continuato a versarle le indennità giornaliera per malattia fino al 31 luglio 2013. Parte convenuta non ha imposto all'attrice un cambio di attività lavorativa fissando un termine, che la giurisprudenza vuole compreso tra i tre ed i cinque mesi. In effetti il perito e la specialista curante dell'attrice hanno entrambe attestato che l'inabilità lavorativa era legata all'attività svolta sul posto di lavoro (doc. U e V) con il rilievo che un cambio, non di attività ma di luogo di lavoro, avrebbe permesso lo svolgimento dell'attività professionale usuale della signora X In questo senso correva l'obbligo all'assicurata di porre in atto gli sforzi necessari per ridurre

il danno e ciò mediante la ricerca di un altro datore di lavoro al fine di riacquistare, gradatamente, la piena capacità lavorativa come infermiera. Alla luce di quanto precede e della particolarità dell'inabilità lavorativa riconducibile al luogo di svolgimento dello stesso, pur se non obbligata ad un cambio di professione come tale, alla signora X vanno applicati i precetti sviluppati dalla giurisprudenza federale in materia di cambio di professione. D'avviso del TCA, infatti, siccome è possibile pretendere da un assicurato che, incapace di lunga durata nella precedente attività, metta a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, a maggiore ragione può essere preteso che la persona inabile eserciti la sua abituale professione ma presso un diverso datore di lavoro (majore ad minus). La giurisprudenza relativa al cambio di professione va applicata quindi in via analogica al cambio di datore di lavoro e quindi di luogo di lavoro. Per concretizzare l'obbligo occorre concedere all'assicurata un termine, remunerato mediante versamento di indennità per la perdita di guadagno, che sia analogo a quello fissato per il cambio di lavoro fissato dalla giurisprudenza, e, soprattutto, sia consono per porre in atto il cambiamento. Nell'evenienza concreta, il contratto di lavoro agli atti è datato 1° gennaio 2006 (doc. E), ma l'attrice è dipendente della Y sin dal 1° agosto 2001. Ritenuto, poi, che il contratto attualmente in vigore non prevede norme particolari in caso di disdetta (art. 335c cpv. 2 CO), ma solo un rinvio al diritto svizzero, considerato che l'art. 335c cpv. 1 CO dispone che il rapporto di lavoro può essere disdetto per la fine di un mese, nel primo anno di servizio con preavviso di un mese, dal secondo al nono anno di servizio incluso con preavviso di due mesi e in seguito con preavviso di tre mesi, X è pertanto tenuta a dare un preavviso di tre mesi prima di potersi liberare dalla predetta datrice di lavoro. Questo termine è da ritenere un lasso temporale minimo in situazioni che impongano un cambio di luogo di lavoro e datore di lavoro anche qualora i termini di disdetta del rapporto di lavoro fossero inferiori a quali applicabili in concreto. Si ritiene qui che l'assicuratore doveva riconoscere all'attrice il versamento di indennità di lavoro per ulteriori tre mesi e mezzo dalla comunicazione del 18 giugno 2013 e quindi sino alla fine di settembre 2013, e non soltanto per 6 settimane come fatto con la comunicazione consegnata al doc. D. Il termine appare del tutto adeguato alla luce dello status dell'assicurata, del pensum del suo lavoro, della sua formazione e della sua età, al fine di trovare adeguata nuova collocazione professionale.” (sottolineatura del redattore) 8. In concreto, secondo la succitata giurisprudenza, l'assicuratore avrebbe dovuto assegnare all'attrice, completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività fino al 30 giugno 2012 ed abile al 50% dal 1° luglio 2012 e poi al 100% dal 15 luglio 2012 presso un altro datore di lavoro, un termine, minimo, di tre mesi per cambiare posto di lavoro. Infatti i due contratti sottoscritti dall'attrice prevedono un termine di disdetta di due mesi per la fine di un mese (doc. A e B, art. 8), con rinvio al CO per tutto quanto non menzionato dalla convenzione (doc. A e B, art. 9). Ritenuto che l'interessata ha lavorato per le due società da oltre 6 anni (doc. A), rispettivamente 2 anni (doc. B), il termine di disdetta ordinario sarebbe stato di due mesi (art. 335c cpv. 1 CO). Considerato tuttavia che nella sentenza 36.2013.48 del 18 dicembre 2013 il TCA ha stabilito che un termine di tre mesi “ è da ritenere un lasso temporale minimo in situazioni che impongano un cambio di luogo di lavoro e datore di lavoro anche qualora i termini di disdetta del rapporto di lavoro fossero inferiori a quali applicabili in concreto ” all'interessata l'assicuratore con lo scritto del 4 giugno 2012 in luogo di paventare la cessazione di ogni prestazione con il 1° luglio 2012 avrebbe dovuto assegnarle, entro la fine di giugno 2012, un termine scadente il 30 settembre 2012 per trovare un altro datore di lavoro. Tanto più che, come emerge dalle osservazioni della dr.ssa med. PE 1 del 12 febbraio 2014 alle osservazioni della dr.ssa med. _____

del 20 gennaio 2014 (doc. XXVI), la procrastinazione della ripresa della capacità lavorativa teorica di due settimane è stata dettata dal peggioramento ansioso-depressivo avvenuto il 18 e 19 giugno 2012 con la tentata ripresa a tempo parziale dell'attività lavorativa presso i medesimi datori di lavoro. Per cui, indipendentemente dalla circostanza che l'incapacità lavorativa parziale per ogni attività si è protratta fino al 14 luglio 2012, l'assicuratore avrebbe potuto e dovuto assegnare il termine per cambiare lavoro già entro la fine di giugno 2012. Ne segue che all'interessata vanno versate indennità giornaliere di perdita di guadagno in caso di malattia al 100% fino al 30 settembre 2012. Questo Tribunale evidenzia infine che l'esito della presente vertenza non pregiudica eventuali altre soluzioni nella causa civile volta alla contestazione della disdetta del contratto di lavoro con effetto immediato, attualmente allo stadio dell'udienza di conciliazione e sospesa in attesa dell'esito del presente procedimento (cfr. doc. Z5). In concreto si tratta infatti di stabilire l'estensione dell'obbligo dell'assicuratore nell'erogare indennità giornaliere in applicazione dell'obbligo per l'attrice di ridurre il danno (art. 61 LCA), che, nel preciso caso di specie, non dipende dalla continuazione effettiva del rapporto lavorativo. Come visto il lasso di tempo entro il quale l'assicuratore è tenuto a versare ulteriori prestazioni non coincide necessariamente con i termini di disdetta del contratto di lavoro (cfr. 36.2013.48 del 18 dicembre 2013). 9. Il valore di causa è rappresentato dal totale delle indennità giornaliere richieste. Va del resto qui rammentato che con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013 il TF ha affermato: " (...) 1. Il ricorso è presentato dalla parte soccombente nella sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF), è tempestivo (art. 100 cpv. 1 LTF) ed è volto contro una sentenza finale (art. 90 LTF) emanata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile (art. 72 cpv. 1 LTF). Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)" Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo degli attori.

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