

## **TI\_GERICHTE 36.2017.89 vom 13. Juni 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-06-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2017.89](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.89)

FR: TI\_GERICHTE 36.2017.89 du 13 juin 2018

IT: TI\_GERICHTE 36.2017.89 del 13 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Non posso concordare, per ragioni evidenti, con quanto scrive la collega a pag. dove 2 quando afferma che una depressione grave non poteva essere trattata all' Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che all'epoca era un piccolo Ospedale \_\_\_\_\_ molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico con competenza e sensibilità dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie, senza dover ricorrere all'alternativa \_\_\_\_\_.

#### **E. 2**

Non posso concordare con la disquisizione della collega, sempre a pagina 2, sulla differenza tra ■stato depressivo■ e ■scompenso ansio-depressivo■, che sono termini nosologici molto vicini, quasi sinonimi, pur con sfumature descrittive e di gravità diverse. La differenza di vedute tra me e la collega si riconferma poi a pagina 4, quando la collega nega l'esistenza di processi depressivi presso il paziente, che invece io affermo.

#### **E. 3**

A pagina 3, parlando dell'incapacità lavorativa, la collega dimentica che nella descrizione clinica si trovano le giustificazioni del proseguo dell'inabilità lavorativa (ridotta capacità di pensare e di concentrarsi, agitazione ) che a mio avviso era assolutamente giustificata, tenendo conto anche del fatto che, a partire dalla decisione del licenziamento alla visita peritale che fu organizzata molto rapidamente, erano passate meno di 3 settimane.

Ricordo inoltre che un licenziamento in tronco all'età di 58 anni, dopo 38 anni di lavoro nell'ambito \_\_\_\_\_ e dopo 16 anni al servizio dello stesso datore di lavoro costituiscono un evento esistenziale importante capace di far sorgere disturbi psichici importanti anche a persone apparentemente solide.

#### **E. 4**

A pagina 3, al paragrafo 4, la collega fa delle rimostranze sul mio scritto, dimenticando che mi sono limitato a riportare le affermazioni che il paziente mi aveva riferito, ad esprimere il mio stupore per il fatto che la collega non avesse riportato aspetti clinici che a me erano parsi evidenti, e a definire gentilmente come ■discutibili■ alcune frasi scritte dalla collega nel rapporto.

#### **E. 5**

per quel che concerne il mio commento sull'ineleganza del tono delle ultime righe del primo rapporto del 17.11.2016 (■Assolutamente da disgiungere ■ e ■Non sono escluse rivendicazioni ■ mi rimetto volentieri al giudizio del giudice del TCA che leggerà il dossier comprensivo della perizia neutra che spero verrà eseguita■ (doc. R)

Nel nuovo scritto del 12 febbraio 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ al punto 1 ritorna sulla questione dell'ospedalizzazione dell'assicurato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ avvenuta anni prima affermando che lo stesso fosse: molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie.

Ricordo che detto nosocomio non ha mai avuto un mandato cantonale in tal senso! Non era una clinica psichiatrica ma un ospedale di medicina generale.

Una depressione grave non poteva essere certo trattata in detto nosocomio!

Al punto 3 il collega non specifica quali siano le menomazioni mentali e psichiche alterate ed in quale grado, né come tali eventuali limitazioni possano interferire nell'esercizio dell'attività lavorativa (nella propria professione o in attività adeguata).

Ciò è assolutamente scorretto! Tengo nuovamente a precisare che la valutazione della capacità lavorativa è legata ai deficit evidenziati a livello clinico (nessuno in questo caso!) e non alla diagnosi categoriale secondo l'ICD-10 in quanto tale!

Posta la diagnosi, elemento fondamentale di un esame peritale richiesto per valutare la capacità lavorativa di un soggetto consiste nel valutare il peso nel suo funzionamento delle menomazioni psichiche e mentali riscontrate. Si confronta con il resoconto soggettivo con il quadro oggettivo, la descrizione della quotidianità, delle competenze nella vita sociale e di relazione. Da tutti questi aspetti si giunge alle conclusioni funzionali.

I punti 2, 4 e 5 non apportano nuovi elementi oggettivi da parte sua.

#### Conclusioni

Il collega non aggiunge nulla di nuovo utile per una valutazione di eventuali funzioni psichiche e mentali compromesse che possano incidere sulla CL dell'assicurato.

La nuova documentazione medica prodotta non apporta elementi nuovi che possano invalidare il giudizio diagnostico e le conclusioni da me riportate nel rapporto peritale del 17.11.2016 che confermo integralmente. (doc. 2)

In considerazione di quanto esposto in precedenza la diagnosi da attribuire al peritando in relazione alle vicende \_\_\_\_\_, in particolare al licenziamento, è dal mio punto di vista specialistico quella di una reazione depressiva prolungata nell'ambito di una sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2). Si tratta di una condizione di malessere soggettivo e disturbo emozionale che in genere interferiscono con il funzionamento e le prestazioni sociali, e che insorgono nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita alle conseguenze di un evento di vita stressante (nel caso specifico sospensione del lavoro/licenziamento) La predisposizione e la vulnerabilità individuale gioca un ruolo più importante nel condizionare la comparsa e nel modellare le manifestazioni delle sindromi da disadattamento di quanto non avvenga nelle altre condizioni di questo gruppo (F43), ma si presume tuttavia che la condizione non sarebbe insorta senza l'intervento del fattore stressante Le manifestazioni sono variabili ed includono umore depresso, ansia, preoccupazione, sentimento di incapacità ad affrontare la situazione, a fare progetti per il futuro, o a continuare nella presente condizione, nonché un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane Nessuno dei sintomi è sufficientemente grave o preminente di per sé da giustificare una diagnosi più specifica L'esordio avviene

generalmente entro un mese dal verificarsi dell'evento stressante o del cambiamento di vita nella reazione depressiva prolungata, nella quale un lieve stato depressivo si presenta in risposta all'esposizione prolungata ad una situazione stressante (nel caso specifico condizione di "senza lavoro") generalmente ha una durata che non supera i due anni, il caso in questione rientra pertanto ancora, al momento attuale, in tale tempo.

La diagnosi di disadattamento ben si addice anche ai precedenti episodi presentati dal paziente negli anni, situazioni che si sono generalmente risolte in tempi relativamente medio-brevi. Il disadattamento nel caso del peritando sarebbe da intendersi più precisamente come fallimento dei suoi meccanismi di difesa narcisistica, "funziono nella misura in cui tutto va bene", quando però subentrano eventi negativi esterni oppure relazioni di conflitto che lo coinvolgono eccessivamente a livello emozionale (sia dal punto di vista affettivo che lavorativo) egli non appare in grado di fronteggiarli in quanto perderebbe le proprie competenze finendo così in una reazione depressiva con compromissione del suo funzionamento.

Nonostante le reazioni di disadattamento, nell'ambito affettivo, avrebbe mostrato di avere delle risorse nell'investire sempre in nuove relazioni, in realtà anche di fronte ai conflitti sul posto di lavoro. Il vero crollo narcisistico sarebbe a mio avviso avvenuto con il licenziamento, perché gli avrebbe lasciato scarsissime possibilità di reinvestirsi (vedi motivo del licenziamento nonché età anagrafica).

Concludendo ritengo che il peritando, nel periodo dal 20.10.2016 al 30.6.2017, possa non essere stato in grado di adempiere un'attività lavorativa, in particolare nel suo ruolo \_\_\_\_\_ per i motivi discussi in precedenza, considerazione che mi sento di sostenere ripeto anche sulla base dello stato psichico più attuale. Condivido pertanto le valutazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_ che hanno attestato una completa incapacità lavorativa. Ribadisco per chiarezza i motivi: lo stato ansioso "depressivo" (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritando) i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile affaticabilità non gli avrebbero permesso di far fronte con sufficiente lucidità alle proprie mansioni come pure l'attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle. (doc. XV/1)

Mie osservazioni e conclusioni

- 1).La perita non specifica (non scrive) quale sia il suo mandato (svolgere una perizia psichiatrica sull'assicurato? Porre una diagnosi psichiatrica categoriale? Valutare la capacità lavorativa dell'assicurato? Relativamente a quale periodo temporale?).
- 2)Non riporta quali siano i quesiti posti dal giudice del TCA.
- 3)Nel paragrafo valutazione la perita afferma il peritandoha presentato sostanzialmente, a quanto si evince dalla documentazione in mio possesso, quattro situazioni di malessere Il primo nel 1989 a seguito di ripetuti conflitti con la consorte: il medico curante a quel tempo certificava uno stato depressivo severo reattivo a problemi coniugali, nel rapporto dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non viene precisata nella diagnosi il grado di tale stato depressivo; grazie ad una terapia antidepressiva ed ansiolitica infusionale il paziente migliora e dopo due settimane abbondanti viene dimesso. In quell'occasione ritengo personalmente che l'allontanamento dell'allora moglie abbia presumibilmente

svolto un ruolo importante nella risoluzione dei sintomi in un tempo relativamente breve. A sostegno di ciò anche il fatto che dopo la dimissione il peritando non avrebbe necessitato del proseguo delle cure. Nelle osservazioni in merito a tale ricovero della Dr. med.

\_\_\_\_\_ si legge: una depressione grave non poteva essere certo curata in tale nosocomio; in merito a ciò ritengo che contrariamente a quest'affermazione uno stato depressivo pure importante possa essere curato anche in strutture diverse dalla Clinica psichiatrica a patto che il paziente non sia suicidale; di fatto nel nostro caso il paziente non lo sarebbe stato.

Ricordo che lo psichiatra curante dr. med. \_\_\_\_\_ affermava nel rapporto del 12.02.2017 che ■all'epoca era un piccolo Ospedale \_\_\_\_\_ molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico con competenza e sensibilità dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie senza dover ricorrere \_\_\_\_\_. Nel rapporto del 03.12.2016 scriveva ■nel 1989 ha presentato un primo episodio depressivo grave che ha necessitato un ricovero ospedaliero di un mese e di una cura farmacologica antidepressiva prolungata.

Ribadisco che l'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non fosse struttura psichiatrica accreditata per la cura di una depressione. Al tempo vi erano altre cliniche con tale mandato.

Pure attualmente non vi sono in Ticino ospedali abilitati per la cura di malattie somatiche con mandati per cura di pazienti depressi!

La perita poi scrive ■il secondo episodio depressivo è riferito nel 2014 in occasione della separazione sentimentale con l'allora compagna; situazione in cui il peritando avrebbe beneficiato di una terapia antidepressiva con Fluoxetina e dei colloqui con lo psichiatra curante da gennaio ad ottobre.

Nel febbraio 2016 vi sarebbe stato il terzo episodio, descritto dal curante come un disturbo dapprima unicamente ansioso .

Il quarto episodio depressivo sopraggiunge in relazione \_\_\_\_\_, ancora lo psichiatra curante: \_\_\_\_\_ ed è stato assalito da uno stato ansioso molto importante, per cui si è rivolto in mia assenza al suo medico curante Dr. med. \_\_\_\_\_ che gli ha giustamente certificato un'inabilità lavorativa a partire dal 20.10.2016, che è poi del resto stata successivamente da me giustificata

Nell'analizzare quanto menzionato si evidenzia una chiara tendenza del peritando a reagire in maniera ansioso depressiva soprattutto di fronte a situazioni cariche emotivamente.

4). La perita fa poi delle ipotesi, non corredate da dati scientifici riproducibili, su come l'assicurato potrebbe aver reagito ai problemi incontrati in ambito lavorativo.

5). Afferma poi ■egli infatti appare ancora oggi molto vulnerabile, ansioso e depresso e un rischio di peggioramento non può essere escluso.

Ricordo che la perita riporta che l'assicurato al momento della sua valutazione fosse iscritto alla disoccupazione: perciò dichiarato abile al 100%.

6). La perita fa un'analisi della mia valutazione molto superficiale affermando che ciò che io descrivo oggettivamente non corrisponde ai sintomi riferiti dall'assicurato.

Ora o si tiene conto di tutto ciò che io ho scritto nel mio rapporto del 17.11.2017, comprese le affermazioni fatte dall'assicurato al momento della mia valutazione (rendita di invalidità, assenza di progettualità per riprendere il ruolo lavorativo), a lui da me lette e confermate al momento della mia valutazione o ci si astiene dal fare osservazioni fuori luogo.

7). La perita pone poi diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi (ICD 10 F43.2).

Ricordo che lo psichiatra curante nel rapporto del 03.12.2016 poneva diagnosi di sindrome depressiva ricorrente di grado medio-grave con sintomi biologici e senza sintomi psicotici (F33.11).

La perita non discute nel dettaglio perché escluda la diagnosi da me posta e quella posta dallo psichiatra curante.

8) Ritengo che l'assicurato nel periodo 20.10.2016 al 30.06.17 non fosse abile al lavoro senza descrivere nel dettaglio quali fossero le funzioni mentali e psichiche così alterate da giustificare una inabilità lavorativa né su quali basi arbitrariamente ritenesse valide le conclusioni dello psichiatra curante sulla compromissione delle funzioni dell'io dell'assicurato e delle capacità quali persistenza, flessibilità, giudizio, assertività, relazione con gli altri, mobilità che si analizzano anche a livello peritale AI per valutare la capacità lavorativa di un soggetto.

D'altronde neppure lo psichiatra curante che aveva letto i miei rapporti in cui chiedevo che ciò fosse specificato lo aveva fatto.

In conclusione ribadisco integralmente le mie conclusioni contenute nei miei rapporti del 17.11.2016 del 14.12.2016 e del 21.02.2017 e dissento dalle conclusioni della perita dr.ssa med. PE 1 per quanto da me sopra scritto. (doc. XIX/1)

Non mi soffermerò sull'anamnesi del caso in quanto a voi ben nota.

In base alla documentazione in mio possesso unitamente all'osservazione del peritando nell'ambito dei colloqui avvenuti con lui, è emerso molto chiaramente l'impatto negativo che il fattore stressante (licenziamento) ha avuto sullo stato di salute del peritando. Per questo ho ritenuto adeguato porre la diagnosi che ho dato, supponendo in più che la condizione non sarebbe presumibilmente insorta senza questo evento.

Preciso che la mia valutazione del caso essendo un'analisi a posteriori è pertanto evidentemente fondata su ipotesi. Ipotesi che comunque sarebbero anche supportate dal racconto e dal vissuto del signor AT 1 al momento dei nostri incontri.

Faccio innanzitutto notare ancora una volta che la Dr. med. \_\_\_\_\_ scrive che l'assicurato non si proiettava nella ripresa del ruolo lavorativo né presso \_\_\_\_\_ per cui lavorava né presso un nuovo datore di lavoro; questo mi fa pensare che il peritando vivesse un malessere tale da non permettergli di intravedere un minimo di progettualità in ambito lavorativo. Una persona in queste condizioni appare quindi senza speranza ma soprattutto sofferente per l'importante perdita. Perdita che come ho spiegato bene nella perizia avviene su qualcosa che è generalmente fondamentale per il benessere di ogni persona, a maggior ragione se avviene nella mezza età. D'altronde è lo stesso signor AT 1 a descriversi, a quel momento, come depresso, demotivato, sfiduciato, in sostanza distrutto psicologicamente da un evento che oggettivamente gli avrebbe

rovinato la vita. Il lavoro per lui rappresentava un importante elemento stabilizzante (a differenza delle relazioni), che gli permetteva di autodeterminarsi come uomo nella società.

Ricordo poi infine che il peritando avrebbe negato alla sottoscritta di aver rivendicato, durante l'incontro con la Dr. med. \_\_\_\_\_, un qualsiasi diritto all'AI.

La Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma ancora al di là della diagnosi categoriale le funzioni percettive, esecutive, decisionali, previsionali e consequenziali dell'assicurato erano indenni. Lo stesso non presentava deficit della persistenza, della flessibilità, del giudizio, dell'assertività, della relazione con gli altri, della mobilità. Il quotidiano era descritto come attivo e costruttivo. Affermazione con cui non concordo sulla base di quanto riferitomi dal peritando che ribadisco ancora una volta, al tempo del licenziamento si descriveva come depresso, fortemente deluso, come se non avesse più nulla da dare, svuotato di ogni cosa, senza motivazione in generale, anche nella cura della propria persona (che era a sua detta diminuita ma mai da rasentare la trascuratezza), trascorreva le giornate principalmente in casa con solo qualche uscita per camminare e sempre con l'angoscia di incontrare qualcuno che gli potesse chiedere del lavoro, presentava difficoltà anche solo a leggere un libro, trascurava le attività di giardinaggio a cui avrebbe dedicato molto tempo in precedenza. Il peritando quindi non si sarebbe trovato, a mio avviso, in condizioni sufficientemente serene da poter far fronte a incarichi lavorativi. Per questo ho giustificato una sua presumibile inabilità lavorativa. Pure la persistenza e la flessibilità in un contesto simile parrebbero in dubbio, e ancora una persona inabile al lavoro può mantenere la capacità di giudizio. Per quanto concerne l'assertività non posso che rimarcare di nuovo che esiste una contraddizione nell'affermare che non c'era un deficit dell'assertività e poi scrivere non sono escluse rivendicazioni da parte dell'assicurato

Preciso che nell'ambito della diagnosi da me posta (sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10; F43.2), si include un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane come si riscontra nel nostro caso. Ora è vero che non ci troviamo di fronte ad una persona paralizzata dal malessere ma se si riesce a cogliere il grado di sofferenza di quel momento appare difficile immaginare come avrebbe potuto avere le forze per reinvestirsi in ambito lavorativo. In più stiamo parlando di un soggetto vulnerabile per quanto subito in precedenza; la stessa Dr. med. \_\_\_\_\_ lo riporta Da alcuni anni riferiva di aver subito forti pressioni sul posto di lavoro: a sua detta veniva costantemente controllato e mal giudicato per fatti accaduti 8 anni prima \_\_\_\_\_.

In merito alla questione dell'Ospedale \_\_\_\_\_ ritengo inutile ogni altra sorta di precisazione in più in quanto già fatto nella mia valutazione, in fondo lo riterrei un dettaglio poco importante ai fini della valutazione attuale e sinceramente reputo anche poco utile mettere in discussione anche le certificazioni dei medici di quel tempo.

Al punto 4 la collega afferma la perita poi fa delle ipotesi, non corredate da dati scientifici riproducibili, su come l'assicurato potrebbe aver reagito ai problemi riscontrati in ambito lavorativo, ribadisco a tal proposito che per forza ho dovuto fare delle ipotesi dal momento che mi è stata chiesta una valutazione a posteriori, e i dati riproducibili in questo caso sono stati rappresentati dai certificati medici ma soprattutto dal vissuto del paziente. Un vissuto caratterizzato da ansia e aspetti depressivi come tono dell'umore deflesso, perdita del piacere e dell'interesse nelle corse, disturbi del sonno, facile affaticabilità, incapacità a proiettarsi in un futuro e pessimismo, tutti sintomi che il

peritando ha riferito essere presenti al momento del licenziamento; sintomatologia questa soggettiva ma che ho avuto modo di poter rilevare oggettivamente, anche se in forma residua, durante gli incontri con il peritando. Una condizione che potrebbe ben spiegare l'allora incapacità al lavoro.

Sottolineo inoltre nuovamente che egli non avrebbe mai presentato elementi che potessero far pensare ad una produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni (simulazione).

Rispondo invece al punto 5, dove la Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma ricordo che la perita riporta che assicurata al momento della sua valutazione fosse iscritto alla disoccupazione: perciò dichiarato inabile al 100%, dicendo che non ho mai dichiarato il peritando abile al lavoro al 100% e di avere piuttosto precisato che iscrizione in disoccupazione sarebbe stata secondo lui motivata principalmente da un'esigenza finanziaria.

Al punto 6 la collega mi valuta superficiale in merito all'analisi della sua valutazione; non mi sento di essere stata superficiale quanto piuttosto di aver messo semplicemente in risalto che quanto da lei affermato non corrispondesse al vissuto del peritando da me rilevato. Mi sento in particolare di essere stata attenta alla sofferenza di una persona che si è vista crollare il mondo addosso a causa della perdita di uno dei più importanti strumenti di realizzazione personale fondamentale aggiunto per il rispetto della dignità di ogni persona.

La collega afferma poi la perita non discute nel dettaglio perché escluda la diagnosi posta da me e quella posta dallo psichiatra curante. Più che elementi per escludere le diagnosi summenzionate ho ritenuto più opportuno evidenziare quelli che mi hanno permesso di formulare la diagnosi di disadattamento, ripeto dal momento che vi è stato un evento senza il quale presumibilmente il peritando non avrebbe sviluppato il problema.

Nel punto 8 sempre la Dr. med. \_\_\_\_\_ fa osservare che non avrei descritto nel dettaglio quali fossero le funzioni mentali e psichiche così alterate da giustificare un'inabilità lavorativa del peritando nel periodo dal 20.10.2016 al 30.6.2017, per questo le riscrivo qui di seguito: lo stato ansioso depressivo (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritando) i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile affaticabilità che non gli avrebbero permesso di far fronte con sufficiente lucidità alle proprie mansioni come pure l'attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle.

In conclusione riconfermo quanto scritto nella mia valutazione peritale, in particolare la presumibile inabilità lavorativa completa del peritando nel periodo appena citato. (doc. XXI+1)

2.7. Affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; 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).

Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF

9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss).

Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione ed 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 suddetti criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata.

Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

Va ancora rammentato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234).

Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste.

2.8. 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 conclusione. 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)."

2.9. In concreto, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dalla perita giudiziaria, dr.ssa med. PE 1, FMH psichiatria e psicoterapia. Il referto del 28 marzo 2018 (doc. XV/1), privo di contraddizioni, 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 la specialista ha espresso la sua valutazione 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). Essa ha poi confermato le sue conclusioni con la presa di posizione del 16 maggio 2018 (doc. XXI) con la quale ha risposto alle contestazioni della specialista incaricata dalla convenuta di verificare lo stato di salute dell'attore.

La dr.ssa med. PE 1, esperta nell'ambito qui in discussione, ha minuziosamente esaminato il caso di specie, rispondendo, contrariamente a quanto sembra sostenere la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, a tutte le domande poste dal Tribunale e non contestate né completate dalle parti, seppur non in maniera scolastica, seguendo la numerazione contenuta nell'ordinanza del 13 dicembre 2017, ma riportandole in maniera discorsiva a pag. 12, 13 e 14 del referto, dopo aver visitato l'attore in due occasioni (il 29 gennaio 2018 e l'8 febbraio 2018), aver preso in considerazione tutta la documentazione prodotta dalle parti ed aver preso atto del test di Rorschach allestito il 5 febbraio 2018 dalla psicologa Lic. Phil. \_\_\_\_\_ (doc. XV/1).

La circostanza sollevata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ secondo cui la perita non avrebbe specificato quale sia il suo mandato (svolgere una perizia psichiatrica oppure porre una diagnosi psichiatrica categoriale oppure ancora valutare la capacità lavorativa e per quale periodo temporale), non inficia la fedeltà del referto del 28 marzo 2018. Le parti hanno infatti ricevuto l'ordinanza del 13 dicembre 2017 del giudice delegato del TCA dove è stato ampiamente spiegato qual era il ruolo della dr.ssa med. PE 1, a quali domande avrebbe dovuto rispondere e per quale lasso di tempo era in concreto controversa la capacità lavorativa dell'attore (cfr. doc. XII). Su questi punti, del resto, le parti non avevano sollevato contestazioni.

La specialista ha descritto l'anamnesi familiare, scolastica, lavorativa e medica, ha riportato le lamentele soggettive dell'attore, ha esaminato il suo stato psichico e le conclusioni della relazione psicodiagnostica del test di Rorschach ed ha descritto tutti gli atti messi a disposizione, spiegando nel dettaglio la sua valutazione e rispondendo nelle sue conclusioni ai quesiti posti con l'ordinanza del 13 dicembre 2017, precisando per quale motivo condivide o no le conclusioni del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

La dr.ssa med. PE 1, sulla base della valutazione psichiatrica esperita, dei dati anamnestici forniti dall'attore e dei dati contenuti nell'incarto, ha posto la diagnosi di reazione depressiva prolungata nell'ambito di una sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD 10: F 43.2).

A questo proposito la perita ha descritto in cosa consiste questa diagnosi (pag. 13 della perizia), ritenendola attinente al caso di specie e rilevando che essa ben si addice anche ai precedenti episodi presentati dal medesimo attore nel corso degli anni e che si sono generalmente risolti in tempi relativamente medio-brevi. Nel suo caso il disadattamento va inteso come fallimento dei suoi meccanismi di difesa narcisistica (■funziono nella misura in cui tutto va bene■), ma quando subentrano eventi negativi esterni oppure relazioni di conflitto che lo coinvolgono eccessivamente a livello emozionale egli non è più in grado di fronteggiarli in quanto perderebbe le proprie competenze finendo così in una reazione depressiva con compromissione del suo funzionamento. La specialista ha poi precisato che il vero crollo narcisistico è avvenuto con il licenziamento che gli avrebbe lasciato scarsissime possibilità di reinvestirsi.

Non va infatti dimenticato che l■attore da 38 anni è attivo in ambito \_\_\_\_\_, settore che negli ultimi tempi ha visto un■importante emorragia di posti di lavoro in Svizzera e particolarmente nel Canton Ticino, è nato nel 1958 e si trova pertanto in un■età dove, a causa del mercato del lavoro, è più difficile trovare un■occupazione. Come rileva anche la perita nelle sue osservazioni del 16 maggio 2018, perdendo il lavoro l■assicurato si è visto ■crollare il mondo addosso■ a causa della perdita di uno dei più grandi strumenti di realizzazione personale fondamentale per il rispetto della dignità di ogni persona.

Non va del resto dimenticato che l■attore è stato giudicato completamente abile dal 1° luglio 2017, ciò che limita la sua incapacità lavorativa ad alcuni mesi.

Non vi è alcun motivo per non ritenere le conclusioni della perita, che ha rilevato come a causa di quanto successo, l■interessato non è più stato in grado di adempiere ad un■attività lavorativa, in particolare nel suo ruolo di \_\_\_\_\_. Ciò è del resto stato confermato anche dal medico curante dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha avuto in cura l■interessato già negli anni passati e che meglio conosce la sua storia psichiatrica.

La perita, contrariamente a quanto sostiene la convenuta, non si è limitata a prendere in considerazione solo gli elementi soggettivi descritti dall■attore, ma ha pure elencato una serie di elementi oggettivi che l■hanno indotta a confermare le valutazioni del curante sulla base di una valutazione che necessariamente è retrospettiva e può fondarsi unicamente sulla documentazione agli atti e su quanto affermato dall■attore stesso: stato ansioso ■ depressivo (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritando), i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile affaticabilità che non gli avrebbero permesso di far fronte con la necessaria lucidità alle proprie mansioni come pure l■attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle.

Le contestazioni, contenute nello scritto del 19 aprile 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non sono atte a sovvertire le convincenti e motivate valutazioni della perita, la quale, del resto, il 16 maggio 2018 (doc. XXI), ha puntualmente risposto a ogni singola censura, spiegando approfonditamente ed in maniera motivata le ragioni che l■hanno portata a ritenere l■interessato completamente inabile al lavoro dal 20 ottobre 2016 al 30 giugno 2017 e a cui si può fare riferimento.

Nello specifico, rammentato che la questione di sapere se la Clinica \_\_\_\_\_ nel 1989 era o meno adatta per un ricovero psichiatrico non è decisiva (cfr. comunque la sentenza \_\_\_\_\_, dove il TCA per una paziente affetta da una patologia psichiatrica aveva ritenuto, nel preciso caso di specie, detto istituto adeguato per la cura e la degenza dell'allora ricorrente) rispetto alla valutazione complessiva della capacità lavorativa dell'attore nel periodo qui d'interesse, la dr.ssa med. PE 1 ha evidenziato che le sue conclusioni si fondano anche su quanto descritto dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ad esempio laddove afferma che l'assicurato non si proiettava nella ripresa del ruolo lavorativo né presso l'\_\_\_\_\_ per cui lavorava né presso un nuovo datore di lavoro a comprova che l'interessato viveva un malessere tale da non permettergli, in quel momento, di intravedere una progettualità in ambito lavorativo. Questa perdita, rammenta la perita, avviene su qualcosa che è generalmente fondamentale per il benessere di ogni persona, a maggior ragione se avviene nella mezza età, ritenuto che, come per la maggior parte degli esseri umani, il lavoro rappresentava per lui un importante elemento stabilizzante (doc. XXI). La perdita di lavoro alla soglia dei 58 anni può avere degli effetti devastanti per qualsiasi persona, soprattutto in un periodo in cui le occasioni lavorative nel mercato del lavoro, segnatamente in ambito \_\_\_\_\_, si fanno sempre più rare e sono sovente appannaggio di persone più giovani. Per qualcuno abituato a lavorare nel medesimo settore da diversi decenni, il licenziamento può, senza ombra di alcun dubbio, aver avuto un effetto dirimpente, tale da renderlo, per un periodo determinato, completamente inabile al lavoro.

La perita, oltre a quanto scritto dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dal curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha preso in considerazione quanto riferitogli dall'attore e ha confermato la presenza di una completa inabilità lavorativa (doc. XXI, pag. 3).

La specialista ha precisato che se è vero che l'interessato, in quel periodo non era una persona paralizzata dal malessere, ciò non impedisce di porre la diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2), poiché appare difficile immaginare come l'attore avrebbe potuto, in quel momento, avere le forze per reinventarsi in ambito lavorativo. Ciò vale a maggior ragione se si pensa che l'interessato aveva subito eventi negativi già in anni precedenti che lo avevano reso maggiormente vulnerabile, come del resto rilevato dalla medesima dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (Da alcuni anni riferiva di aver subito forti pressioni sul posto di lavoro: a sua detta veniva costantemente controllato e mal giudicato per fatti accaduti 8 anni prima \_\_\_\_\_).

La perita evidenzia pure che non vi sono elementi che possano far ritenere ad una produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni (simulazione).

La circostanza che la perita abbia sostenuto che l'interessato appare ancora oggi molto vulnerabile, ansioso e depresso e un rischio di peggioramento non può essere escluso allorché è ancora iscritto all'assicurazione contro la disoccupazione, non inficia la fedefacenza della perizia poiché da una parte oggetto della medesima è solo il periodo fino al 30 giugno 2017 e dall'altra il fatto che appaia vulnerabile, ansioso e depresso non significa ancora che attualmente sia completamente inabile al lavoro. La circostanza che la medesima specialista abbia affermato che un rischio di peggioramento non può essere escluso tende semmai a confortare il fatto, rilevato dai curanti, secondo cui, in precedenza, vi è stato un miglioramento che lo ha reso nuovamente abile al lavoro.

Eventuali rivendicazioni per asseriti peggioramenti successivi al 30 giugno 2017 non sono comunque oggetto della vertenza e non vanno pertanto esaminati da questo Tribunale.

La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non può neppure essere seguita laddove sostiene che la perita avrebbe fatto un esame superficiale della sua valutazione, poiché ha affermato che quanto descritto oggettivamente non corrisponde ai sintomi riferiti dall'assicurato. La dr.ssa med. PE 1 ha unicamente rilevato una differenza tra quanto descritto dalla dr.ssa incaricata dalla convenuta e quanto rilevato in sede peritale.

Certo, la perita non ha indicato per quale motivo non ha condiviso la diagnosi del curante e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Determinante tuttavia non sono le ragioni per le quali la dr.ssa med. PE 1 non ha ritenuto di seguire l'uno o l'altro degli specialisti ma conoscere i motivi che l'hanno condotta a porre la diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2). Ciò emerge chiaramente dalla perizia a pag. 13.

Infine, le affermazioni della convenuta secondo cui la dottrina medica avrebbe costatato che durante una prima visita (ma anche perizia) un paziente ottiene nel 95% dei casi un'attestazione di inabilità lavorativa, nonostante la mancanza di un motivo medico sufficiente non le è d'aiuto e non trova conferma nel caso di specie. Infatti, l'unica specialista che ha visitato una prima volta ed in una sola occasione l'assicurato, ossia la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, lo ha considerato completamente abile al lavoro, mentre gli specialisti che hanno visto l'interessato su un arco di tempo maggiore, ossia i curanti, dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e la perita dr.ssa med. PE 1 (che ha visitato l'attore il 29 gennaio e l'8 febbraio 2018 e ha sottoposto l'interessato al test di Rorschach il 5 febbraio 2018 tramite una sua collaboratrice) hanno rilevato una incapacità lavorativa completa.

Alla luce di quanto sopra esposto non vi è documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali. Le valutazioni della dr.ssa med. PE 1, compatibili con quanto accertato dal medico curante, anch'egli specialista in psichiatria e psicoterapia e che ha visto l'attore nei momenti in cui la patologia era maggiormente incisiva, sono motivate, prive di contraddizioni erispecchiano i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi che precedono.

La perita si è espressa su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attore sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di lei.

Al referto va attribuita piena forza probante.

In queste condizioni questo TCA deve concludere che l'attore è stato completamente inabile al lavoro dal 20 ottobre 2016 al 30 giugno 2017.

2.10. In sede di udienza la convenuta ha ammesso che il tema della validità o meno del licenziamento dell'attore da parte della \_\_\_\_\_ è relativo poiché la notifica dell'inabilità lavorativa è avvenuta il 3 novembre 2016 e la nascita del diritto alle prestazioni è pertanto antecedente alla prima disdetta del rapporto di lavoro avvenuta il 25 novembre 2016 (doc. VIII e D).

L'assicuratore è pertanto tenuto a versare all'interessato le indennità giornaliere pattuite secondo il contratto sottoscritto dall'ex datore di lavoro dell'attore.

Ne segue che la richiesta di accertare la nullità delle disdette del 25 novembre 2016, rispettivamente del 24 febbraio 2017, la cui ricevibilità appare dubbia, non essendo il TCA competente a decidere su questi aspetti, poiché non si tratta di una vertenza tra assicuratore ed assicurato, tra assicuratore ed assicuratore o tra assicuratore ed un terzo (cfr. art. 75 LCAMal), ma semmai tra assicurato e datore di lavoro, e non trattandosi neppure di una questione pregiudiziale per stabilire il diritto o meno dell'interessato all'erogazione di indennità giornaliere, è in ogni caso priva d'oggetto nell'ambito della presente vertenza.

Rilevato che, sempre in sede di udienza, le parti danno atto che l'entità delle indennità postulate dall'attore deve essere rettificata nell'importo di fr. 33'757.25 pari alle indennità dei mesi di aprile, maggio e giugno 2017 (doc. VIII), l'assicuratore va condannato a pagare all'interessato fr. 33'757.25 oltre interessi al 5% dal 13 ottobre 2017 (cfr. a questo proposito: sentenza 4A\_268/2008 del 20 febbraio 2009, consid. 3.2 e, da ultimo, sentenza 36.2016.61 del 6 marzo 2017, consid. 2.19).

2.11. Infine, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove giacché gli atti prodotti dalle parti e la perizia giudiziaria sono completi ed esaustivi e non necessitano di complementi (cfr. sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

In particolare le testimonianze (o l'interpello) dei dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, la quale ha del resto potuto prendere posizione anche sulla perizia giudiziaria (doc. XIX/1), chieste dall'attore e di quest'ultima specialista anche dalla convenuta, alla luce della perizia medica diventano superflue, così come la richiesta di produzione dell'attestato dell'ultimo pagamento del salario e della polizza assicurativa, essendo le parti concordi nel ritenere che l'importo da riconoscere all'attore, se dovuto, ammonta a fr.33'757.25 (doc. VIII).

Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A\_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A\_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A\_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A\_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A\_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A\_175/2015 del 4 maggio 2015).

2.12. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va accolta e l'assicuratore condannato al versamento all'attore di fr. 33'757.25 oltre interessi al 5% dal 13 ottobre 2017.

La convenuta è inoltre condannata a versare le ripetibili all'attore.

2.13. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013 l'Alta Corte ha affermato che:

"( ) 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 dell'attore.

### **E. 30**

novembre 2016 (doc. G). Il 17 novembre 2016, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'attore in data 6 novembre 2016 su richiesta dell'assicuratore, descritta la situazione attuale, l'anamnesi familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa, sociale, somatica e psichiatrica, ha posto la diagnosi di sindrome ansiosa non specificata di grado lieve (ICD 10 F 41.9), reattiva a problemi in ambito lavorativo ed ha concluso per una completa abilità lavorativa da subito, affermando: "(...) L'assicurato è stato sospeso dal lavoro il \_\_\_\_\_ 2016 dopo essere stato coinvolto a sua detta senza saperlo in una \_\_\_\_\_. Avrebbe \_\_\_\_\_\_. A seguito di questo evento sarebbe stato \_\_\_\_\_ dalla \_\_\_\_\_ e teme di essere licenziato. Non si proietta in alcuna ripresa dell'attività lavorativa né presso l'attuale \_\_\_\_\_ né presso altri datori di lavoro. Ritiene che con tutto quello che avrebbe subito nel corso degli ultimi 8 anni sul posto di lavoro attuale di dover beneficiare di una rendita d'invalidità. A livello oggettivo non è diagnosticabile alcun episodio depressivo. L'assicurato a livello oggettivo presenta un tono dell'umore normale, non presenta segni di ansia al colloquio, non presenta deficit cognitivi né disturbi psicotici. Dal lato medico psichiatrico al momento l'assicurato presenta una sindrome ansiosa non specificata di grado lieve ICD 10 F41.9 reattiva ai problemi in ambito lavorativo. Al di là della diagnosi categoriale le funzioni dell'Io percettive, decisionali, esecutive, previsionali e consequenziali sono indenni. L'assicurato non presenta deficit della persistenza né della flessibilità, né del giudizio, né dell'assertività, né nella relazione con gli altri. Descrive un quotidiano attivo con spunti costruttive. Non presenta deficit della motilità. Assolutamente da disgiungere il problema legato al suo operato \_\_\_\_\_ da quella che è la certificazione di un'incapacità lavorativa per problemi di natura psichiatrica che non è giustificata non presentando alcuna menomazione delle funzioni mentali e psichiche che possano interferire nello svolgimento dell'attività lavorativa. È pertanto da considerare abile al 100% senza restrizione alcuna. Non sono escluse rivendicazione da parte dell'assicurato il quale non si proietta in alcun modo nella ripresa dell'attività lavorativa." (doc. N) Il 18 novembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha attestato una completa inabilità lavorativa da quel giorno (doc. I). Il 3 dicembre 2016 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha redatto un referto nel quale, dopo aver descritto l'anamnesi e la situazione clinica, ha affermato: "(...) Incapacità lavorativa: Lo stato clinico attuale, ancora molto acuto, non appare sicuramente compatibile al momento attuale con un'attività lavorativa: l'incapacità lavorativa rimane quindi a mio avviso del 100%, dal 20.10.2016, per un periodo ancora indeterminato, che potrebbe ancora prolungarsi di qualche mese, ma che verosimilmente NON porterà ad alcuna rendita AI! Valutazione della perizia psichiatrica della collega \_\_\_\_\_: La collega cita a pag. 2 una frase ("non mi resta che andare in AI.") che il paziente afferma con decisione di non avere detto. Per contro sarebbe stata la perita ad apostrofarlo in modo provocatorio e polemico all'inizio del colloquio con l'ingiunzione inaugurale: "Ma lei pensa di essere qui per

prendere l'AI?". In seguito il paziente riferisce di aver dovuto sopportare una serie di domande tendenziose, espresse con dei toni da lui percepiti come molto duri, freddi e umilianti, al limite sprezzanti. Tuttavia riconosce alla perita di aver riportato fedelmente le sue affermazioni, salvo la frase summenzionata a pagina 2. Per quel che concerne l'esame clinico, la perita afferma di aver testato "la memoria, le prassie e le gnosie", cosa che il paziente nega essere stato eseguito clinicamente. Stupisce poi l'affermazione: "non sono rilevabili segni di ansia al colloquio" e "il tono dell'umore è normale": alla luce delle mie costatazioni la realtà clinica è ben diversa! Una lettura attenta della "valutazione e procedere" permette di costatare affermazioni che paiono perlomeno discutibili, e al paziente addirittura inveritiere, tendenziose e gratuite: "non si proietta in alcuna ripresa dell'attività lavorativa..." e "ritiene, con tutto quello che avrebbe subito... di dover beneficiare di una rendita AI" sono parole che non corrispondono sicuramente a quanto il paziente ha dichiarato a me. Abbiamo infatti già discusso prima della perizia della situazione oggettiva, e delle diverse possibilità lavorative che avrebbe potuto prospettare, anche in ambiti diversi da quello \_\_\_\_\_. Anche la diagnosi ICD10 F41.9 "sindrome ansiosa non specificata di grado lieve" appare discutibile, perché se è vero che esiste un elemento reattivo, la perita ha completamente sorvolato sugli episodi depressivi precedenti che confermerebbero la presenza di una malattia depressiva conclamata. La mia diagnosi è quella di una sindrome depressiva ricorrente di grado medio-grave con sintomi biologici e senza sintomi psicotici (F33.11). Anche il tono delle ultime righe del rapporto a pagina 4 (assolutamente da disgiungere...) E "non sono da escludere rivendicazioni..." sembrano perlomeno ineleganti e a mio avviso non corrispondono assolutamente a quanto da me constatato clinicamente. Proposta: Vista la presenza di un rapporto peritale perlomeno discutibile nella forma e nella sostanza, ben lontano dalle mie costatazioni cliniche, propongo all'CV 1 di procedere ad un secondo rapporto peritale presso un altro medico-psichiatra (...)" (doc. O) Il 14 dicembre 2016 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver riassunto la fattispecie, ha preso posizione sulle affermazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ ed ha affermato: "(...) 1). Nel rapporto medico del 03.12.2016 il collega riporta al paragrafo riassunto anamnestico informazioni a me già note al momento della stesura del mio rapporto e contenute nel mio rapporto del 17.11.2016. La sua affermazione " nel 1989 ha presentato un episodio depressivo grave che ha necessitato di ricovero ospedaliero di un mese e di una cura farmacologica antidepressiva prolungata " fa riferimento al ricovero dell'assicurato avvenuto presso l'allora Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ che non era una clinica psichiatrica ma un ospedale di medicina generale. Una depressione grave non poteva essere certo trattata in detto nosocomio! La raccolta anamnestica da me effettuata permetteva di rilevare che l'assicurato sarebbe stato ricoverato presso detto nosocomio per uno scompenso ansioso depressivo. L'affermazione del collega è pertanto fortemente discutibile! Discutibile anche la successiva affermazione "nel 2014 ha presentato un secondo episodio depressivo all'occasione di una separazione sentimentale che ha ceduto dopo l'introduzione di una farmacoterapia serotoninergica antidepressiva con Fluoxetina. In questa occasione è stato in mia cura da gennaio a ottobre 2014 fino a risoluzione dell'episodio". Verosimilmente si trattò invece di una sindrome da disadattamento o di un nuovo scompenso ansioso depressivo secondo quanto riferito dall'assicurato al momento della mia valutazione. Il collega poi scrive: "... \_\_\_\_\_ ed è stato assalito da uno stato ansioso molto importante, ragion per cui si è rivolto, in mia assenza, al suo medico curante Dr. \_\_\_\_\_ che gli ha giustamente certificato una inabilità lavorativa a partire dal 20.10, che è poi del resto stata successivamente da me confermata ". Il collega pertanto a

differenza di quanto poi riporta in seguito che l'assicurato non ha presentato uno scompenso depressivo ma come da lui descritto uno stato ansioso! 2). Nel paragrafo situazione clinica il collega non disgiunge i disturbi soggettivi riferiti dall'assicurato dai dati oggettivi rilevabili dall'esame clinico e dall'interpretazione del vissuto. Ciò è inaccettabile: sono 3 cose ben distinte! 3). Al paragrafo "incapacità lavorativa" il collega scrive: "lo stato clinico attuale ancora molto acuto non appare sicuramente compatibile al momento attuale con un'attività lavorativa: l'incapacità lavorativa rimane quindi a mio avviso del 100% dal 20.10.2016 per un periodo ancora indeterminato che potrebbe ancora prolungarsi di qualche mese ma che verosimilmente non porterà ad alcuna rendita AI". Il collega pone in maniera categorica la certificazione di 100% di incapacità lavorativa senza alcuna giustificazione che la supporti: non specifica quali siano le menomazioni mentali e psichiche alterate ed in quale grado, né come tali eventuali limitazioni possano interferire nell'esercizio dell'attività lavorativa (nella propria professione o in attività adeguata). Ciò è assolutamente scorretto! Tengo a precisare che la valutazione della capacità lavorativa è legata ai deficit evidenziati a livello clinico (nessuno in questo caso!) e non alla diagnosi categoriale secondo l'ICD-10 in quanto tale! Posta la diagnosi, elemento fondamentale di un esame peritale richiesto per valutare la capacità lavorativa di un soggetto consiste nel valutare il peso nel suo funzionamento delle menomazioni psichiche e mentali riscontrate. Si confronta il resoconto soggettivo con il quadro oggettivo, la descrizione della quotidianità, delle competenze nella vita sociale e di relazione. Da tutti questi aspetti si giunge alle conclusioni funzionali.

4). Al paragrafo "valutazione della perizia psichiatrica della collega \_\_\_\_\_" scrive "la collega cita a pg. 2 una frase (non mi resta che andare in AI) che il paziente afferma con decisione di non aver detto". Confermo che l'assicurato ha proferito tale affermazione che come sopra già detto ho annotato e a lui riletto per conferma! Riporta per contro "sarebbe stata la perita ad apostrofarlo in modo provocatorio e polemico all'inizio del colloquio con l'ingiunzione inaugurale: ma lei pensa di essere qui per prendere l'AI?". Non ho mai proferito tale frase! Più sotto il collega scrive "tuttavia riconosce alla perita di aver fedelmente riportato le sue affermazioni salvo la frase riportata a pagina 2". L'assicurato sapeva (vedi convocazione) che la perizia medica era disposta dall'CV 1 e non dall'AI da cui non ho ricevuto alcun mandato! Preciso che da \_\_\_\_\_ anni effettuo perizie medico-psichiatriche atte a valutare la capacità lavorativa. Ho sempre svolto il mio lavoro in modo professionale ed etico secondo le linee guida con assoluto rispetto della persona che esamo. Mai in tutti questi anni mi è stata mossa una critica di non rispetto della persona con uso di "toni umilianti, molto duri, freddi e al limite sprezzanti"! modalità di rapportarmi all'altro che non mi appartiene! Il resto delle affermazioni fatte dal collega non hanno nulla di oggettivo né di professionale. Non aggiunge nulla di nuovo utile per una valutazione di eventuali funzioni psichiche e mentali compromesse che possano incidere sulla CL. È un riportare affermazioni dell'assicurato che pretende essere stato bistrattato da me e che non si assume la responsabilità delle affermazioni a me fatte cercando di buttare la colpa sull'altro! È a dir poco tutto ciò disonesto oltre che inaccettabile da parte di un collega che dovrebbe usare altri elementi per dimostrare una sua diversa valutazione sulla capacità lavorativa di un suo paziente (descrizione delle funzioni mentali e psichiche e loro eventuale compromissione)! Riporta poi la frase "anche il tono delle ultime righe del rapporto a pagina 4 (assolutamente da disgiungere... E non sono escluse rivendicazioni) sembrano perlomeno ineleganti" Non capisco l'affermazione fatta: Non vi è nulla di inelegante in tale mia frase conclusiva fatta sulla base di quanto da me oggettivo e rilevato dalle affermazioni e dall'atteggiamento dell'assicurato nei confronti della riassunzione del

ruolo lavorativo. Conclusioni. La nuova documentazione medica prodotta non apporta elementi nuovi che possano invalidare il giudizio diagnostico e le conclusioni da me riportate nel rapporto peritale del 17.11. 2016 che confermo integralmente. Il collega non motiva la diagnosi da lui formulata di sindrome depressiva ricorrente di grado medio-grave con sintomi biologici e senza sintomi psicotici (F33.11) che non trova riscontro oggettivo a livello anamnestico (per ciò che riguarda la sindrome depressiva ricorrente) né clinico oggettivo attualmente (per ciò che riguarda un presunto episodio depressivo in corso). Il collega non riporta l'esame clinico (stato psichico) oggettivo ma fa un miscuglio tra dati oggettivi, soggettivi, interpretazioni e pretende da una diagnosi di ricavare la % di IL. Non descrive le limitazioni funzionali da lui oggettivate ed il loro influsso eventuale sulla CL. Non vi è alcuna descrizione della quotidianità, nessuna valutazione delle conseguenze che i disturbi diagnosticati causano nella vita socio-lavorativa dell'assicurato. Non riporta la terapia farmacologica prescritta." (doc. P) Il 12 febbraio 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto, affermando: " (...) 1. Non posso concordare, per ragioni evidenti, con quanto scrive la collega a pag. dove 2 quando afferma che una depressione grave non poteva essere trattata all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che all'epoca era un piccolo Ospedale \_\_\_\_\_ molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico con competenza e sensibilità dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie, senza dover ricorrere all'alternativa \_\_\_\_\_. 2. Non posso concordare con la disquisizione della collega, sempre a pagina 2, sulla differenza tra "stato depressivo" e "scompenso ansio-depressivo", che sono termini nosologici molto vicini, quasi sinonimi, pur con sfumature descrittive e di gravità diverse. La differenza di vedute tra me e la collega si riconferma poi a pagina 4, quando la collega nega l'esistenza di processi depressivi presso il paziente, che invece io affermo. 3. A pagina 3, parlando dell'incapacità lavorativa, la collega dimentica che nella descrizione clinica si trovano le giustificazioni del proseguo dell'invalidità lavorativa (ridotta capacità di pensare e di concentrarsi, agitazione...) che a mio avviso era assolutamente giustificata, tenendo conto anche del fatto che, a partire dalla decisione del licenziamento alla visita peritale che fu organizzata molto rapidamente, erano passate meno di 3 settimane. Ricordo inoltre che un licenziamento in tronco all'età di 58 anni, dopo 38 anni di lavoro nell'ambito \_\_\_\_\_ e dopo 16 anni al servizio dello stesso datore di lavoro costituiscono un evento esistenziale importante capace di far sorgere disturbi psichici importanti anche a persone apparentemente solide. 4. A pagina 3, al paragrafo 4, la collega fa delle rimostranze sul mio scritto, dimenticando che mi sono limitato a riportare le affermazioni che il paziente mi aveva riferito, ad esprimere il mio stupore per il fatto che la collega non avesse riportato aspetti clinici che a me erano parsi evidenti, e a definire gentilmente come "discutibili" alcune frasi scritte dalla collega nel rapporto. 5. per quel che concerne il mio commento sull'ineleganza del tono delle ultime righe del primo rapporto del 17.11.2016 ("Assolutamente da disgiungere..." e "Non sono escluse rivendicazioni...") mi rimetto volentieri al giudizio del giudice del TCA che leggerà il dossier comprensivo della perizia neutra che spero verrà eseguita" (doc. R) Il 21 febbraio 2017 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha affermato: " (...) Nel nuovo scritto del 12 febbraio 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ al punto 1 ritorna sulla questione dell'ospedalizzazione dell'assicurato presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ avvenuta anni prima affermando che lo stesso fosse: "molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie". Ricordo che detto nosocomio non ha mai avuto un mandato cantonale in tal senso! Non era una clinica psichiatrica ma un ospedale di medicina generale. Una depressione grave non poteva essere

certo trattata in detto nosocomio! Al punto 3 il collega non specifica quali siano le menomazioni mentali e psichiche alterate ed in quale grado, né come tali eventuali limitazioni possano interferire nell'esercizio dell'attività lavorativa (nella propria professione o in attività adeguata). Ciò è assolutamente scorretto! Tengo nuovamente a precisare che la valutazione della capacità lavorativa è legata ai deficit evidenziati a livello clinico (nessuno in questo caso!) e non alla diagnosi categoriale secondo l'ICD-10 in quanto tale! Posta la diagnosi, elemento fondamentale di un esame peritale richiesto per valutare la capacità lavorativa di un soggetto consiste nel valutare il peso nel suo funzionamento delle menomazioni psichiche e mentali riscontrate. Si confronta con il resoconto soggettivo con il quadro oggettivo, la descrizione della quotidianità, delle competenze nella vita sociale e di relazione. Da tutti questi aspetti si giunge alle conclusioni funzionali. I punti 2, 4 e 5 non apportano nuovi elementi oggettivi da parte sua. Conclusioni Il collega non aggiunge nulla di nuovo utile per una valutazione di eventuali funzioni psichiche e mentali compromesse che possano incidere sulla CL dell'assicurato. La nuova documentazione medica prodotta non apporta elementi nuovi che possano invalidare il giudizio diagnostico e le conclusioni da me riportate nel rapporto peritale del 17.11.2016 che confermo integralmente ." (doc. 2) Il 9 febbraio 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato una completa inabilità lavorativa dal 9 febbraio 2017 al 23 febbraio 2017 per bronchite febbrile (doc. U) e il 12 giugno 2017 ha affermato che l'attore " è tuttora inabile al lavoro dal 20.10.2016 a seguito di un grave stato depressivo reattivo in trattamento psichiatrico. Dal punto di vista internistico generale il paziente presenta una cardiopatia ipertensiva, un'asma bronchiale, una sindrome lombare algica ricorrente su discopatia L5-S1. Dal punto di vista psichiatrico il paziente è tuttora in cura dal Dr. \_\_\_\_\_ con psicofarmaci ed ansiolitici " (doc. V). Il 4 agosto 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato che l'attore dal 1° luglio 2017 è di nuovo completamente abile al lavoro (doc. AA). Pendente causa la dr.ssa med. PE 1, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha allestito una perizia giudiziaria (doc. XV/1). In seguito alle visite del 29 gennaio 2018 e dell'8 febbraio 2018, la perita ha redatto il proprio referto in data 28 marzo 2018. Dopo aver descritto l'anamnesi familiare, scolastica/lavorativa e medica, le lamentele soggettive, lo stato psichico, le conclusioni della relazione psicodiagnostica del test di Rorschach effettuata dalla Lic. Phil. \_\_\_\_\_ ed il riassunto degli atti medici, la perita ha espresso le sue valutazioni ed ha concluso affermando: " (...) In considerazione di quanto esposto in precedenza la diagnosi da attribuire al peritando in relazione alle vicende \_\_\_\_\_, in particolare al licenziamento, è dal mio punto di vista specialistico quella di una reazione depressiva prolungata nell'ambito di una sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2). " Si tratta di una condizione di malessere soggettivo e disturbo emozionale che in genere interferiscono con il funzionamento e le prestazioni sociali, e che insorgono nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o alle conseguenze di un evento di vita stressante (nel caso specifico sospensione del lavoro/licenziamento)... La predisposizione e la vulnerabilità individuale gioca un ruolo più importante nel condizionare la comparsa e nel modellare le manifestazioni delle sindromi da disadattamento di quanto non avvenga nelle altre condizioni di questo gruppo (F43), ma si presume tuttavia che la condizione non sarebbe insorta senza l'intervento del fattore stressante... Le manifestazioni sono variabili ed includono umore depresso, ansia, preoccupazione, sentimento di incapacità ad affrontare la situazione, a fare progetti per il futuro, o a continuare nella presente condizione, nonché un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane... Nessuno dei

sintomi è sufficientemente grave o preminente di per sé da giustificare una diagnosi più specifica... L'esordio avviene generalmente entro un mese dal verificarsi dell'evento stressante o del cambiamento di vita... nella reazione depressiva prolungata, nella quale un lieve stato depressivo si presenta in risposta all'esposizione prolungata ad una situazione stressante (nel caso specifico condizione di "senza lavoro") generalmente ha una durata che non supera i due anni", il caso in questione rientra pertanto ancora, al momento attuale, in tale tempo. La diagnosi di disadattamento ben si addice anche ai precedenti episodi presentati dal paziente negli anni, situazioni che si sono generalmente risolte in tempi relativamente medio-brevi. Il disadattamento nel caso del peritendo sarebbe da intendersi più precisamente come fallimento dei suoi meccanismi di difesa narcisistica, "funziono nella misura in cui tutto va bene", quando però subentrano eventi negativi esterni oppure relazioni di conflitto che lo coinvolgono eccessivamente a livello emozionale (sia dal punto di vista affettivo che lavorativo) egli non appare in grado di fronteggiarli in quanto perderebbe le proprie competenze finendo così in una reazione depressiva con compromissione del suo funzionamento. Nonostante le reazioni di disadattamento, nell'ambito affettivo, avrebbe mostrato di avere delle risorse nell'investire sempre in nuove relazioni, in realtà anche di fronte ai conflitti sul posto di lavoro. Il vero crollo narcisistico sarebbe a mio avviso avvenuto con il licenziamento, perché gli avrebbe lasciato scarsissime possibilità di reinvestirsi (vedi motivo del licenziamento nonché età anagrafica). Concludendo ritengo che il peritendo, nel periodo dal 20.10.2016 al 30.6.2017, possa non essere stato in grado di adempiere un'attività lavorativa, in particolare nel suo ruolo \_\_\_\_\_ per i motivi discussi in precedenza, considerazione che mi sento di sostenere ripeto anche sulla base dello stato psichico più attuale. Condivido pertanto le valutazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_ che hanno attestato una completa incapacità lavorativa. Ribadisco per chiarezza i motivi: lo stato ansioso – depressivo (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritendo) i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile affaticabilità non gli avrebbero permesso di far fronte con sufficiente lucidità alle proprie mansioni come pure l'attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle." (doc. XV/1) Il 19 aprile 2018 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha contestato la perizia giudiziaria, affermando: " (...) Mie osservazioni e conclusioni 1). La perita non specifica (non scrive) quale sia il suo mandato (svolgere una perizia psichiatrica sull'assicurato? Porre una diagnosi psichiatrica categoriale? Valutare la capacità lavorativa dell'assicurato? Relativamente a quale periodo temporale?). 2) Non riporta quali siano i quesiti posti dal giudice del TCA. 3) Nel paragrafo valutazione la perita afferma" il peritendo ha presentato sostanzialmente, a quanto si evince dalla documentazione in mio possesso, quattro situazioni di malessere... Il primo nel 1989 a seguito di ripetuti conflitti con la consorte: il medico curante a quel tempo certificava uno stato depressivo severo reattivo a problemi coniugali, nel rapporto dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non viene precisata nella diagnosi il grado di tale stato depressivo; grazie ad una terapia antidepressiva ed ansiolitica infusione il paziente migliora e dopo due settimane abbondanti viene dimesso. In quell'occasione ritengo personalmente che l'allontanamento dell'allora moglie abbia presumibilmente svolto un ruolo importante nella risoluzione dei sintomi in un tempo relativamente breve. A sostegno di ciò anche il fatto che dopo la dimissione il peritendo non avrebbe necessitato del proseguo delle cure. Nelle osservazioni in merito a tale ricovero della Dr. med. \_\_\_\_\_

si legge: una depressione grave non poteva essere certo curata in tale nosocomio; in merito a ciò ritengo che contrariamente a quest'affermazione uno stato depressivo pure importante possa essere curato anche in strutture diverse dalla Clinica psichiatrica a patto che il paziente non sia suicidale; di fatto nel nostro caso il paziente non lo sarebbe stato". Ricordo che lo psichiatra curante dr. med. \_\_\_\_\_ affermava nel rapporto del 12.02.2017 che "all'epoca era un piccolo Ospedale \_\_\_\_\_ molto riconosciuto proprio per la sua capacità di prendere a carico con competenza e sensibilità dei pazienti depressi con necessità di cure stazionarie senza dover ricorrere \_\_\_\_\_". Nel rapporto del 03.12.2016 scriveva " nel 1989 ha presentato un primo episodio depressivo grave che ha necessitato un ricovero ospedaliero di un mese e di una cura farmacologica antidepressiva prolungata . Ribadisco che l'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non fosse struttura psichiatrica accreditata per la cura di una depressione. Al tempo vi erano altre cliniche con tale mandato. Pure attualmente non vi sono in Ticino ospedali abilitati per la cura di malattie somatiche con mandati per cura di pazienti depressi! La perita poi scrive " il secondo episodio depressivo è riferito nel 2014 in occasione della separazione sentimentale con l'allora compagna; situazione in cui il peritando avrebbe beneficiato di una terapia antidepressiva con Fluoxetina e dei colloqui con lo psichiatra curante da gennaio ad ottobre. Nel febbraio 2016 vi sarebbe stato il terzo episodio, descritto dal curante come un disturbo dapprima unicamente ansioso.... Il quarto episodio depressivo sopraggiunge in relazione \_\_\_\_\_, ancora lo psichiatra curante: \_\_\_\_\_ ed è stato assalito da uno stato ansioso molto importante, per cui si è rivolto in mia assenza al suo medico curante Dr. med. \_\_\_\_\_ che gli ha giustamente certificato un'inabilità lavorativa a partire dal 20.10.2016, che è poi del resto stata successivamente da me giustificata... Nell'analizzare quanto menzionato si evidenzia una chiara tendenza del peritando a reagire in maniera ansioso depressiva soprattutto di fronte a situazioni cariche emotivamente". 4). La perita fa poi delle ipotesi, non corredate da dati scientifici riproducibili, su come l'assicurato potrebbe aver reagito ai problemi incontrati in ambito lavorativo. 5). Afferma poi "... egli infatti appare ancora oggi molto vulnerabile, ansioso e depresso e un rischio di peggioramento non può essere escluso". Ricordo che la perita riporta che l'assicurato al momento della sua valutazione fosse iscritto alla disoccupazione: perciò dichiarato abile al 100%. 6). La perita fa un'analisi della mia valutazione molto superficiale affermando che ciò che io descrivo oggettivamente non corrisponde ai sintomi riferiti dall'assicurato. Ora o si tiene conto di tutto ciò che io ho scritto nel mio rapporto del 17.11.2017, comprese le affermazioni fatte dall'assicurato al momento della mia valutazione (rendita di invalidità, assenza di progettualità per riprendere il ruolo lavorativo), a lui da me lette e confermate al momento della mia valutazione o ci si astiene dal fare osservazioni fuori luogo. 7). La perita pone poi diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi (ICD 10 F43.2). Ricordo che lo psichiatra curante nel rapporto del 03.12.2016 poneva diagnosi di sindrome depressiva ricorrente di grado medio-grave con sintomi biologici e senza sintomi psicotici (F33.11). La perita non discute nel dettaglio perché escluda la diagnosi da me posta e quella posta dallo psichiatra curante. 8) Ritiene che l'assicurato nel periodo 20.10.2016 al 30.06.17 non fosse abile al lavoro senza descrivere nel dettaglio quali fossero le funzioni mentali e psichiche così alterate da giustificare una inabilità lavorativa ne su quali basi arbitrariamente ritenesse valide le conclusioni dello psichiatra curante sulla compromissione delle funzioni dell'Io dell'assicurato e delle capacità quali persistenza, flessibilità, giudizio, assertività, relazione con gli altri, mobilità che si analizzano anche a livello peritale AI per valutare la capacità lavorativa di un soggetto. D'altronde neppure lo

psichiatra curante che aveva letto i miei rapporti in cui chiedevo che ciò fosse specificato lo aveva fatto. In conclusione ribadisco integralmente le mie conclusioni contenute nei miei rapporti del 17.11.2016 del 14.12.2016 e del 21.02.2017 e dissento dalle conclusioni della perita dr.ssa med. PE 1 per quanto da me sopra scritto ." (doc. XIX/1) Il 16 maggio 2018 la perita, dr.ssa med. PE 1 ha preso posizione in merito alle osservazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ed ha affermato: " (...) Non mi soffermerò sull'anamnesi del caso in quanto a voi ben nota. In base alla documentazione in mio possesso unitamente all'osservazione del peritando nell'ambito dei colloqui avvenuti con lui, è emerso molto chiaramente l'impatto negativo che il fattore stressante (licenziamento) ha avuto sullo stato di salute del peritando. Per questo ho ritenuto adeguato porre la diagnosi che ho dato, supponendo in più che la condizione non sarebbe presumibilmente insorta senza questo evento. Preciso che la mia valutazione del caso essendo un'analisi "a posteriori" è pertanto evidentemente fondata su ipotesi. Ipotesi che comunque sarebbero anche supportate dal racconto e dal vissuto del signor AT 1 al momento dei nostri incontri. Faccio innanzitutto notare ancora una volta che la Dr. med. \_\_\_\_\_ scrive "l'assicurato non si proiettava nella ripresa del ruolo lavorativo né presso l'\_\_\_\_\_ per cui lavorava né presso un nuovo datore di lavoro"; questo mi fa pensare che il peritando vivesse un malessere tale da non permettergli di intravedere un minimo di progettualità in ambito lavorativo. Una persona in queste condizioni appare quindi senza speranza ma soprattutto sofferente per l'importante perdita. Perdita che come ho spiegato bene nella perizia avviene su qualcosa che è generalmente fondamentale per il benessere di ogni persona, a maggior ragione se avviene nella "mezza età". D'altronde è lo stesso signor AT 1 a descriversi, a quel momento, come depresso, demotivato, sfiduciato, in sostanza distrutto psicologicamente da un evento che oggettivamente gli avrebbe "rovinato" la vita. Il lavoro per lui rappresentava un importante elemento stabilizzante (a differenza delle relazioni), che gli permetteva di autodeterminarsi come uomo nella società. Ricordo poi infine che il peritando avrebbe negato alla sottoscritta di aver "rivendicato", durante l'incontro con la Dr. med. \_\_\_\_\_, un qualsiasi diritto all'AI. La Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma ancora " al di là della diagnosi categoriale le funzioni percettive, esecutive, decisionali, previsionali e consequenziali dell'assicurato erano indenni. Lo stesso non presentava deficit della persistenza, della flessibilità, del giudizio, dell'assertività, della relazione con gli altri, della mobilità. Il quotidiano era descritto come attivo e costruttivo ". Affermazione con cui non concordo sulla base di quanto riferitomi dal peritando che ribadisco ancora una volta, al tempo del licenziamento si descriveva come depresso, fortemente deluso, come se non avesse più nulla da dare, svuotato di ogni cosa, senza motivazione in generale, anche nella cura della propria persona (che era a sua detta diminuita ma mai da rasentare la trascuratezza), trascorrevano le giornate principalmente in casa con solo qualche uscita per camminare e sempre con l'angoscia di incontrare qualcuno che gli potesse chiedere del lavoro, presentava difficoltà anche solo a leggere un libro, trascurava le attività di giardinaggio a cui avrebbe dedicato molto tempo in precedenza. Il peritando quindi non si sarebbe trovato, a mio avviso, in condizioni sufficientemente serene da poter far fronte a incarichi lavorativi. Per questo ho giustificato una sua presumibile inabilità lavorativa. Pure la persistenza e la flessibilità in un contesto simile parrebbero in dubbio, e ancora una persona inabile al lavoro può mantenere la capacità di giudizio. Per quanto concerne l'assertività non posso che rimarcare di nuovo che esiste una contraddizione nell'affermare che non c'era un deficit dell'assertività e poi scrivere " non sono escluse rivendicazioni da parte dell'assicurato... Preciso che nell'ambito della diagnosi da me posta (sindrome da disadattamento in relazione a problemi

lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10; F43.2), si include un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane come si riscontra nel nostro caso. Ora è vero che non ci troviamo di fronte ad una persona “paralizzata” dal malessere ma se si riesce a cogliere il grado di sofferenza di quel momento appare difficile immaginare come avrebbe potuto avere le forze per reinvestirsi in ambito lavorativo. In più stiamo parlando di un soggetto vulnerabile per quanto subito in precedenza; la stessa Dr. med. \_\_\_\_\_ lo riporta “ Da alcuni anni riferiva di aver subito forti pressioni sul posto di lavoro: a sua detta veniva costantemente controllato e mal giudicato per fatti accaduti 8 anni prima \_\_\_\_\_ ”. In merito alla questione dell’Ospedale \_\_\_\_\_ ritengo inutile ogni altra sorta di precisazione in più in quanto già fatto nella mia valutazione, in fondo lo riterrei un dettaglio poco importante ai fini della valutazione attuale e sinceramente reputo anche poco utile mettere in discussione anche le certificazioni dei medici di quel tempo. Al punto 4 la collega afferma “la perita poi fa delle ipotesi, non corredate da dati scientifici riproducibili, su come l’assicurato potrebbe aver reagito ai problemi riscontrati in ambito lavorativo”, ribadisco a tal proposito che per forza ho dovuto fare delle ipotesi dal momento che mi è stata chiesta una valutazione “a posteriori”, e i dati riproducibili in questo caso sono stati rappresentati dai certificati medici ma soprattutto dal vissuto del paziente. Un vissuto caratterizzato da ansia e aspetti depressivi come tono dell’umore deflesso, perdita del piacere e dell’interesse nelle corse, disturbi del sonno, facile affaticabilità, incapacità a proiettarsi in un futuro e pessimismo, tutti sintomi che il peritando ha riferito essere presenti al momento del licenziamento; sintomatologia questa soggettiva ma che ho avuto modo di poter rilevare oggettivamente, anche se in forma residua, durante gli incontri con il peritando. Una condizione che potrebbe ben spiegare l’allora incapacità al lavoro. Sottolineo inoltre nuovamente che egli non avrebbe mai presentato elementi che potessero far pensare ad una produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni (simulazione). Rispondo invece al punto 5, dove la Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma “ ricordo che la perita riporta che l’assicurata al momento della sua valutazione fosse iscritto alla disoccupazione: perciò dichiarato inabile al 100% ”, dicendo che non ho mai dichiarato il peritando abile al lavoro al 100% e di avere piuttosto precisato che l’iscrizione in disoccupazione sarebbe stata secondo lui motivata principalmente da un’esigenza finanziaria. Al punto 6 la collega mi valuta superficiale in merito all’analisi della sua valutazione; non mi sento di essere stata superficiale quanto piuttosto di aver messo semplicemente in risalto che quanto da lei affermato non corrispondesse al vissuto del peritando da me rilevato. Mi sento in particolare di essere stata attenta alla sofferenza di una persona che si è vista “crollare il mondo addosso” a causa della perdita di uno dei più importanti strumenti di realizzazione personale fondamentale aggiungo per il rispetto della dignità di ogni persona. La collega afferma poi “la perita non discute nel dettaglio perché escluda la diagnosi posta da me e quella posta dallo psichiatra curante”. Più che elementi per escludere le diagnosi summenzionate ho ritenuto più opportuno evidenziare quelli che mi hanno permesso di formulare la diagnosi di disadattamento, ripeto dal momento che vi è stato un evento senza il quale presumibilmente il peritando non avrebbe sviluppato il problema. Nel punto 8 sempre la Dr. med. \_\_\_\_\_ fa osservare che non avrei descritto nel dettaglio quali fossero le funzioni mentali e psichiche così alterate da giustificare un’inabilità lavorativa del peritando nel periodo dal 20.10.2016 al 30.6.2017, per questo le riscrivo qui di seguito: lo stato ansioso –depressivo (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritando) i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile

affaticabilità che non gli avrebbero permesso di far fronte con sufficiente lucidità alle proprie mansioni come pure l'attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle. In conclusione riconfermo quanto scritto nella mia valutazione peritale, in particolare la presumibile inabilità lavorativa completa del peritando nel periodo appena citato.” (doc. XXI+1) 2.6. Circa l'aspetto medico, va rammentato che in una sentenza 4A\_178/2015 dell'11 settembre 2015, pubblicata in DTF 141 III 433, il Tribunale federale ha stabilito che una perizia privata non costituisce un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e che nel processo civile le perizie di parte (Privatgutachten) devono essere considerate alla stessa stregua di semplici allegazioni di parte. Questa giurisprudenza vale anche per le pretese derivanti dall'assicurazione di indennità giornaliera per malattia, che nella maggior parte dei Cantoni sono giudicate dai Tribunali delle assicurazioni sociali (cfr. Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2016, pag. 36 e 37). Nel caso evaso dall'Alta Corte, si trattava di un assicurato al beneficio di un'assicurazione di indennità giornaliera fondata sulla LCA che era incapace al lavoro e ha domandato una rendita di invalidità, che la sua assicurazione privata ha rifiutato fondandosi su una perizia che essa stessa ha fatto eseguire da un medico specialista in psichiatria e psicoterapia, il quale si è basato sugli atti medici e ha visitato personalmente l'interessato, non ritenendo infine un'incapacità lavorativa. L'assicurato ha quindi chiamato in giudizio la sua assicurazione, ma davanti al Tribunale cantonale ha perso la causa. I giudici, dopo avere apprezzato le 4 valutazioni mediche agli atti (la perizia di parte allestita su mandato dell'assicuratore, il referto del curante, la perizia interdisciplinare e il parere di un altro medico a cui l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti) giunte a conclusioni differenti sulla capacità lavorativa dell'assicurato, si sono basati sulla perizia di parte dell'assicuratore malattia e in virtù della verosimiglianza preponderante hanno ritenuto che l'assicurato non fosse inabile al lavoro. La prima istanza si è basata sulla DTF 125 V 351 consid. 3b/dd, secondo cui la perizia di parte fatta esperire dall'assicuratore malattia ha il valore di un mezzo di prova (cfr. consid. 2.1). L'assicurato ha quindi inoltrato un ricorso in materia civile presso il Tribunale federale, lamentando che la perizia fatta allestire dall'assicuratore non era una perizia neutra, ma di parte, perciò dal profilo del diritto processuale civile valeva soltanto, come stabilito dalla DTF 132 III 83 consid. 3.4, quale semplice allegazione di parte e non come mezzo di prova (cfr. consid. 2.2). Il TF ha dovuto quindi esaminare la questione di sapere se la perizia di parte sulla quale si è fondato l'assicuratore malattia nell'assicurazione complementare sia un mezzo di prova ai sensi del Codice di procedura civile. Nelle sue considerazioni, l'Alta Corte ha evidenziato che nel diritto delle assicurazioni sociali il Tribunale federale ha ritenuto nella DTF 125 V 351 come il semplice fatto che la presa di posizione del medico avvenga nell'ambito di una perizia di parte a domanda dell'assicuratore non sia sufficiente per mettere in dubbio il valore probatorio della perizia. Essa ha dunque valore di un mezzo di prova. Per contro, nel diritto privato, secondo giurisprudenza costante una perizia di parte non è un mezzo di prova, ma una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24 consid. 3.3.3; DTF 132 III 83 consid. 3.6) (cfr. consid. 2.3). Nel diritto privato, l'art. 168 cpv. 1 CPC enumera esaustivamente i differenti mezzi di prova, fra i quali figura la perizia. Il Tribunale federale ha proceduto a un'interpretazione sistematica del Codice e in particolare degli artt. 183 segg. CPC e ha concluso che la nozione di perizia di cui all'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC concerne unicamente la perizia giudiziaria (cfr. consid. 2.5.2). Una parte della dottrina considera che una perizia di parte

deve potere essere prodotta al Tribunale come un documento ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. b e dell'art. 177 segg. CPC. Un'altra parte della dottrina, alla quale si rifà il Tribunale federale, considera che una perizia di parte non è un mezzo di prova, poiché il legislatore ha escluso la perizia di parte come mezzo di prova in generale ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC, e non solo quale perizia ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC (consid. 2.5.3: “[...] Denn der Gesetzgeber lehnte das Privatgutachten als Beweismittel i.S.v. Art. 168 Abs. 1 ZPO allgemein und nicht nur als Gutachten i.S.v. Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO ab”). Di conseguenza, la giurisprudenza resa in materia di diritto delle assicurazioni sociali, quale la DTF 125 V 351, non vale quando il CPC trova applicazione. È piuttosto la giurisprudenza resa in materia di diritto privato che si applica, in virtù della quale la perizia di parte non ha qualità di mezzo di prova, ma costituisce soltanto una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24; DTF 132 III 83). Le allegazioni che si fondano su una perizia di parte sono generalmente considerate essere particolarmente motivate (substanziert), di modo che la controparte non può contestare in maniera generica (pauschale Bestreitung) queste allegazioni, ma deve piuttosto precisare concretamente quali sono gli elementi e i fatti che contesta. Come semplice allegazione la perizia di parte può se del caso, insieme ad indizi sostenuti dalle risultanze processuali giusta l'art. 168 cpv. 1 CPC, dimostrare quanto asserito dall'assicurato. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6). Nella fattispecie analizzata dalla nostra Massima Istanza, il Tribunale cantonale aveva ammesso la perizia di parte come mezzo di prova e soltanto fondandosi su questa perizia ha ritenuto quindi comprovato che il ricorrente fosse abile al lavoro. Di conseguenza, il giudizio cantonale ha violato l'art. 168 cpv. 1 CPC nella misura in cui ha ritenuto che la perizia di parte fosse un mezzo di prova che permetteva di constatare la capacità di lavoro dell'interessato (cfr. consid. 2.6). Il ricorso dell'assicurato è quindi stato accolto su questo punto e gli atti rinviati all'autorità di prima istanza per un nuovo apprezzamento delle prove tenendo conto dei principi posti a proposito delle perizie di parte (cfr. consid. 4). Va ancora evidenziato che con sentenza 4A\_318/2016 del 3 agosto 2016, il TF, al consid. 3.2, ha ribadito che in caso di presentazione di un referto medico, laddove si vuole contestarne il contenuto, occorre censurarlo in maniera specifica e qualificata, apportando elementi oggettivi, non bastando una critica generica (“ Dans le cas présent, l'intimée a produit l'expertise privée du Dr B. \_\_\_\_\_, datée du 1er juillet 2015, comportant sept pages. Ce rapport détaillé permet de saisir le raisonnement de l'expert, qui l'a amené à considérer que le recourant était en mesure de travailler en tout cas dès le 23 juin 2015. Confronté à cette expertise privée, le recourant s'est borné à la contester globalement par pli du 24 juillet 2015, déclarant n'être pas d'accord. Il a certes annexé un rapport de deux pages du Dr A. \_\_\_\_\_, psychiatre qui le traite, lequel a nié une valeur probante suffisante au rapport de l'expert privé B. \_\_\_\_\_, faute d'objectivité et de neutralité de ce dernier. Si le Dr A. \_\_\_\_\_ relève des discordances entre le diagnostic posé par le Dr B. \_\_\_\_\_ (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée), les plaintes subjectives du recourant et la conclusion qu'il n'est pas incapable de travailler, le premier ne discute pas précisément les allégations figurant dans l'expertise privée. Autrement dit, la remise en cause des allégations factuelles contenues dans cette expertise demandée par l'intimée ne font pas l'objet d'une contestation motivée du recourant, comme l'exige la jurisprudence susrappelée. De plus, le Dr A. \_\_\_\_\_ ne s'est exprimé qu'après que son patient l'a sollicité, puisque ce dernier a joint le rapport dudit psychiatre à sa contestation globale du 24 juillet 2015. Dans de telles circonstances, les allégations précises de l'expertise privée - contestées de manière

globale - peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs. Or, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a estimé, dans sa décision de refus de prestations du 2 décembre 2015, que la capacité de gain de l'assuré était entière depuis le 25 juin 2015. En conséquence, l'autorité cantonale n'a pas violé l'art. 168 CPC en retenant que l'expertise privée du Dr B. \_\_\_\_\_ avait emporté sa conviction. Le moyen est infondé. "). Inoltre, per quanto concerne la valutazione dei referti dei medici, cfr. la sentenza 4A\_571/2016 del 23 marzo 2017, consid. 4.2 e la sentenza 4A\_42/2017 del 29 gennaio 2018, consid. 3.1 e seguenti. 2.7. A ffinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; 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). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Va ancora rammentato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. 2.8. 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)." 2.9. In concreto, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dalla perita giudiziaria, dr.ssa med. PE 1, FMH psichiatria e psicoterapia. Il referto del 28 marzo 2018 (doc. XV/1), privo di contraddizioni, 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 la specialista ha espresso la sua valutazione 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). Essa ha poi confermato le sue conclusioni con la presa di posizione del 16 maggio 2018 (doc. XXI) con la quale ha risposto alle contestazioni della specialista incaricata dalla convenuta di verificare lo stato di salute dell'attore. La dr.ssa med. PE 1, esperta nell'ambito qui in discussione, ha minuziosamente esaminato il caso di specie, rispondendo, contrariamente a quanto sembra sostenere la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, a tutte le domande poste dal Tribunale e non contestate né completate dalle parti, seppur non in maniera scolastica, seguendo la numerazione contenuta nell'ordinanza del 13 dicembre 2017, ma riportandole in maniera discorsiva a pag. 12, 13 e 14 del referto, dopo aver visitato l'attore in due occasioni (il 29 gennaio 2018 e l'8 febbraio 2018), aver preso in considerazione tutta la documentazione prodotta dalle parti ed aver preso atto del test di Rorschach allestito il 5 febbraio 2018 dalla psicologa Lic. Phil. \_\_\_\_\_ (doc. XV/1). La circostanza sollevata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ secondo cui la perita non avrebbe specificato quale sia il suo mandato (svolgere una perizia psichiatrica oppure porre una diagnosi psichiatrica categoriale oppure ancora valutare la capacità lavorativa e per quale periodo temporale), non inficia la fedefacenza del referto del 28 marzo 2018. Le parti hanno infatti ricevuto l'ordinanza del 13 dicembre 2017 del giudice delegato del TCA dove è stato ampiamente spiegato qual era il ruolo della dr.ssa med. PE 1, a quali domande avrebbe dovuto rispondere e per quale lasso di tempo era in concreto controversa la capacità lavorativa dell'attore (cfr. doc. XII). Su questi punti, del resto, le parti non avevano sollevato contestazioni. La specialista ha descritto l'anamnesi familiare, scolastica, lavorativa e medica, ha riportato le lamentele soggettive dell'attore, ha esaminato il suo stato psichico e le conclusioni della relazione psicodiagnostica del test di Rorschach ed ha descritto tutti gli atti messi a disposizione, spiegando nel dettaglio la sua valutazione e rispondendo nelle sue conclusioni ai quesiti posti con l'ordinanza del 13 dicembre 2017, precisando per quale motivo condivide o no le conclusioni del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ e della dr.sa med. \_\_\_\_\_. La dr.ssa med. PE 1, sulla base della valutazione psichiatrica esperita, dei dati anamnestici forniti dall'attore e dei dati contenuti nell'incarto, ha posto la diagnosi di reazione depressiva prolungata nell'ambito di una sindrome da disadattamento in relazione a

problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD 10: F 43.2). A questo proposito la perita ha descritto in cosa consiste questa diagnosi (pag. 13 della perizia), ritenendola attinente al caso di specie e rilevando che essa ben si addice anche ai precedenti episodi presentati dal medesimo attore nel corso degli anni e che si sono generalmente risolti in tempi relativamente medio-brevi. Nel suo caso il disadattamento va inteso come fallimento dei suoi meccanismi di difesa narcisistica (“ funziono nella misura in cui tutto va bene ”), ma quando subentrano eventi negativi esterni oppure relazioni di conflitto che lo coinvolgono eccessivamente a livello emozionale egli non è più in grado di fronteggiarli in quanto perderebbe le proprie competenze finendo così in una reazione depressiva con compromissione del suo funzionamento. La specialista ha poi precisato che il vero crollo narcisistico è avvenuto con il licenziamento che gli avrebbe lasciato scarsissime possibilità di reinvestirsi. Non va infatti dimenticato che l’attore da 38 anni è attivo in ambito \_\_\_\_\_, settore che negli ultimi tempi ha visto un’importante emorragia di posti di lavoro in Svizzera e particolarmente nel Canton Ticino, è nato nel 1958 e si trova pertanto in un’età dove, a causa del mercato del lavoro, è più difficile trovare un’occupazione. Come rileva anche la perita nelle sue osservazioni del 16 maggio 2018, perdendo il lavoro l’assicurato si è visto “ crollare il mondo addosso ” a causa della perdita di uno dei più grandi strumenti di realizzazione personale fondamentale per il rispetto della dignità di ogni persona. Non va del resto dimenticato che l’attore è stato giudicato completamente abile dal 1° luglio 2017, ciò che limita la sua incapacità lavorativa ad alcuni mesi. Non vi è alcun motivo per non ritenere le conclusioni della perita, che ha rilevato come a causa di quanto successo, l’interessato non è più stato in grado di adempiere ad un’attività lavorativa, in particolare nel suo ruolo di \_\_\_\_\_. Ciò è del resto stato confermato anche dal medico curante dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha avuto in cura l’interessato già negli anni passati e che meglio conosce la sua storia psichiatrica. La perita, contrariamente a quanto sostiene la convenuta, non si è limitata a prendere in considerazione solo gli elementi soggettivi descritti dall’attore, ma ha pure elencato una serie di elementi oggettivi che l’hanno indotta a confermare le valutazioni del curante sulla base di una valutazione che necessariamente è retrospettiva e può fondarsi unicamente sulla documentazione agli atti e su quanto affermato dall’attore stesso: stato ansioso – depressivo (che anche se non necessariamente grave avrebbe comunque compromesso il funzionamento generale del peritando), i disturbi del sonno, la marcata stanchezza e la facile affaticabilità che non gli avrebbero permesso di far fronte con la necessaria lucidità alle proprie mansioni come pure l’attenzione e la concentrazione a quel momento diminuite; il senso di fallimento, la bassa autostima, la vergogna avrebbero invece probabilmente interferito in maniera importante nelle relazioni interpersonali a tal punto da non permettergli di sostenerle. Le contestazioni, contenute nello scritto del 19 aprile 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non sono atte a sovvertire le convincenti e motivate valutazioni della perita, la quale, del resto, il 16 maggio 2018 (doc. XXI), ha puntualmente risposto a ogni singola censura, spiegando approfonditamente ed in maniera motivata le ragioni che l’hanno portata a ritenere l’interessato completamente inabile al lavoro dal 20 ottobre 2016 al 30 giugno 2017 e a cui si può fare riferimento. Nello specifico, rammentato che la questione di sapere se la Clinica \_\_\_\_\_ nel 1989 era o meno adatta per un ricovero psichiatrico non è decisiva (cfr. comunque la sentenza \_\_\_\_\_, dove il TCA per una paziente affetta da una patologia psichiatrica aveva ritenuto, nel preciso caso di specie, detto istituto adeguato per la cura e la degenza dell’allora ricorrente) rispetto alla valutazione complessiva della capacità lavorativa dell’attore nel periodo qui d’interesse, la

dr.ssa med. PE 1 ha evidenziato che le sue conclusioni si fondano anche su quanto descritto dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ad esempio laddove afferma che “ l’assicurato non si proiettava nella ripresa del ruolo lavorativo né presso l’ \_\_\_\_\_ per cui lavorava né presso un nuovo datore di lavoro ” a comprova che l’interessato viveva un malessere tale da non permettergli, in quel momento, di intravedere una progettualità in ambito lavorativo. Questa perdita, rammenta la perita, avviene “ su qualcosa che è generalmente fondamentale per il benessere di ogni persona, a maggior ragione se avviene nella “mezza età ”, ritenuto che, come per la maggior parte degli esseri umani, il lavoro rappresentava per lui un importante elemento stabilizzante (doc. XXI). La perdita di lavoro alla soglia dei 58 anni può avere degli effetti devastanti per qualsiasi persona, soprattutto in un periodo in cui le occasioni lavorative nel mercato del lavoro, segnatamente in ambito \_\_\_\_\_, si fanno sempre più rare e sono sovente appannaggio di persone più giovani. Per qualcuno abituato a lavorare nel medesimo settore da diversi decenni, il licenziamento può, senza ombra di alcun dubbio, aver avuto un effetto dirompente, tale da renderlo, per un periodo determinato, completamente inabile al lavoro. La perita, oltre a quanto scritto dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dal curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha preso in considerazione quanto riferitogli dall’attore e ha confermato la presenza di una completa inabilità lavorativa (doc. XXI, pag. 3). La specialista ha precisato che se è vero che l’interessato, in quel periodo non era una persona “paralizzata dal malessere”, ciò non impedisce di porre la diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2), poiché appare difficile immaginare come l’attore avrebbe potuto, in quel momento, avere le forze per reinventarsi in ambito lavorativo. Ciò vale a maggior ragione se si pensa che l’interessato aveva subito eventi negativi già in anni precedenti che lo avevano reso maggiormente vulnerabile, come del resto rilevato dalla medesima dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (“ Da alcuni anni riferiva di aver subito forti pressioni sul posto di lavoro: a sua detta veniva costantemente controllato e mal giudicato per fatti accaduti 8 anni prima \_\_\_\_\_ ”). La perita evidenzia pure che non vi sono elementi che possano far ritenere ad una produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni (simulazione). La circostanza che la perita abbia sostenuto che l’interessato “ appare ancora oggi molto vulnerabile, ansioso e depresso e un rischio di peggioramento non può essere escluso ” allorché è ancora iscritto all’assicurazione contro la disoccupazione, non inficia la fedefacenza della perizia poiché da una parte oggetto della medesima è solo il periodo fino al 30 giugno 2017 e dall’altra il fatto che appaia vulnerabile, ansioso e depresso non significa ancora che attualmente sia completamente inabile al lavoro. La circostanza che la medesima specialista abbia affermato che un rischio di peggioramento non può essere escluso tende semmai a confortare il fatto, rilevato dai curanti, secondo cui, in precedenza, vi è stato un miglioramento che lo ha reso nuovamente abile al lavoro. Eventuali rivendicazioni per asseriti peggioramenti successivi al 30 giugno 2017 non sono comunque oggetto della vertenza e non vanno pertanto esaminati da questo Tribunale. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non può neppure essere seguita laddove sostiene che la perita avrebbe fatto un esame superficiale della sua valutazione, poiché ha affermato che quanto descritto oggettivamente non corrisponde ai sintomi riferiti dall’assicurato. La dr.ssa med. PE 1 ha unicamente rilevato una differenza tra quanto descritto dalla dr.ssa incaricata dalla convenuta e quanto rilevato in sede peritale. Certo, la perita non ha indicato per quale motivo non ha condiviso la diagnosi del curante e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Determinante tuttavia non sono le ragioni per le quali la dr.ssa med. PE 1 non ha ritenuto di seguire l’uno o l’altro degli

specialisti ma conoscere i motivi che l'hanno condotta a porre la diagnosi di sindrome da disadattamento in relazione a problemi lavorativi, in particolare al licenziamento (ICD10: F43.2). Ciò emerge chiaramente dalla perizia a pag. 13. Infine, le affermazioni della convenuta secondo cui la dottrina medica avrebbe constatato che durante una prima visita (ma anche perizia) un paziente ottiene nel 95% dei casi un'attestazione di inabilità lavorativa, nonostante la mancanza di un motivo medico sufficiente non le è d'aiuto e non trova conferma nel caso di specie. Infatti, l'unica specialista che ha visitato una prima volta ed in una sola occasione l'assicurato, ossia la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, lo ha considerato completamente abile al lavoro, mentre gli specialisti che hanno visto l'interessato su un arco di tempo maggiore, ossia i curanti, dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e la perita dr.ssa med. PE 1 (che ha visitato l'attore il 29 gennaio e l'8 febbraio 2018 e ha sottoposto l'interessato al test di Rorschah il 5 febbraio 2018 tramite una sua collaboratrice) hanno rilevato una incapacità lavorativa completa. Alla luce di quanto sopra esposto non vi è documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali. Le valutazioni della dr.ssa med. PE 1, compatibili con quanto accertato dal medico curante, anch'egli specialista in psichiatria e psicoterapia e che ha visto l'attore nei momenti in cui la patologia era maggiormente incisiva, sono motivate, prive di contraddizioni e rispecchiano i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi che precedono. La perita si è espressa su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attore sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di lei. Al referto va attribuita piena forza probante. In queste condizioni questo TCA deve concludere che l'attore è stato completamente inabile al lavoro dal 20 ottobre 2016 al 30 giugno 2017. 2.10. In sede di udienza la convenuta ha ammesso che il tema della validità o meno del licenziamento dell'attore da parte della \_\_\_\_\_ è relativo poiché la notifica dell'inabilità lavorativa è avvenuta il 3 novembre 2016 e la nascita del diritto alle prestazioni è pertanto antecedente alla prima disdetta del rapporto di lavoro avvenuta il 25 novembre 2016 (doc. VIII e D). L'assicuratore è pertanto tenuto a versare all'interessato le indennità giornaliere pattuite secondo il contratto sottoscritto dall'ex datore di lavoro dell'attore. Ne segue che la richiesta di accertare la nullità delle disdette del 25 novembre 2016, rispettivamente del 24 febbraio 2017, la cui ricevibilità appare dubbia, non essendo il TCA competente a decidere su questi aspetti, poiché non si tratta di una vertenza tra assicuratore ed assicurato, tra assicuratore ed assicuratore o tra assicuratore ed un terzo (cfr. art. 75 LCAMal), ma semmai tra assicurato e datore di lavoro, e non trattandosi neppure di una questione pregiudiziale per stabilire il diritto o meno dell'interessato all'erogazione di indennità giornaliere, è in ogni caso priva d'oggetto nell'ambito della presente vertenza. Rilevato che, sempre in sede di udienza, le parti “ danno atto che l'entità delle indennità postulate dall'attore deve essere rettificata nell'importo di fr. 33'757.25 pari alle indennità dei mesi di aprile, maggio e giugno 2017 ” (doc. VIII), l'assicuratore va condannato a pagare all'interessato fr. 33'757.25 oltre interessi al 5% dal 13 ottobre 2017 (cfr. a questo proposito: sentenza 4A\_268/2008 del 20 febbraio 2009, consid. 3.2 e, da ultimo, sentenza 36.2016.61 del 6 marzo 2017, consid. 2.19). 2.11. Infine, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove giacché gli atti prodotti dalle parti e la perizia giudiziaria sono completi ed esaustivi e non necessitano di complementi (cfr. sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). In particolare le testimonianze (o l'interpello) dei dr. med. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, la quale ha del resto potuto prendere posizione anche sulla perizia giudiziaria (doc. XIX/1), chieste dall'attore e di quest'ultima specialista anche dalla

convenuta, alla luce della perizia medica diventano superflue, così come la richiesta di produzione dell'attestato dell'ultimo pagamento del salario e della polizza assicurativa, essendo le parti concordi nel ritenere che l'importo da riconoscere all'attore, se dovuto, ammonta a fr. 33'757.25 (doc. VIII). Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A\_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A\_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A\_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A\_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A\_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A\_175/2015 del 4 maggio 2015). 2.12. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va accolta e l'assicuratore condannato al versamento all'attore di fr. 33'757.25 oltre interessi al 5% dal 13 ottobre 2017. La convenuta è inoltre condannata a versare le ripetibili all'attore. 2.13. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013 l'Alta Corte ha affermato che: "(...) 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 dell'attore.

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