

TI_GERICHTE 36.2018.78 vom 10. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.78

FR: TI_GERICHTE 36.2018.78 du 10 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2018.78 del 10 dicembre 2018

Erwägungen

E. 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 (parzialmente pubblicata in DTF 144 III 136), consid. 3.1 e seguenti.

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. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Il referto, 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 il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame approfondito del caso (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2).

La dr.ssa med. _____, esperta nell'ambito qui in discussione, ha in primo luogo descritto, nell'allegato 1, di 42 pagine, tutti gli atti a sua disposizione, citandone gli estratti maggiormente significativi.

La perita, nel referto, composto di ulteriori 46 pagine, ha poi minuziosamente esaminato il caso di specie, rispondendo a tutte le domande poste dalle parti, dopo aver visitato l'attore in due occasioni (22 febbraio 2017 e 28 febbraio 2017) ed aver avuto un colloquio telefonico con il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Essa ha dapprima descritto l'anamnesi familiare, scolastica, lavorativa e sociale, somatica e psichiatrica, il trattamento psichiatrico attuale, i disturbi soggettivi, il colloquio con il curante, l'esame clinico secondo AMDP-System ed ha poi esaminato nel dettaglio le diagnosi e le diagnosi differenziali poste da tutti i numerosi psichiatri che nel corso degli anni hanno visitato l'assicurato, motivando le ragioni per le quali ne condivide o non ne condivide le conclusioni.

La dr.ssa med. _____, sulla base della valutazione psichiatrica esperita, dei dati anamnestici forniti dall'attore e dei dati contenuti nell'incarto, ha posto la diagnosi di disturbo di personalità misto con tratti borderline ed antisociali associati a comportamenti istrionici classificabili secondo l'ICD 10 F 61.0, presente dall'età adulta e la sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti F 40.8.

A questo proposito la perita ha spiegato che l'attore presenta dall'età adulta un disturbo di personalità cioè una condizione e modalità di comportamento duraturo e profondamente radicato di significato clinico che tende ad essere persistente, che sembra essere l'espressione di uno stile di vita e di un modo di porsi in relazione a sé e agli altri caratteristico dell'individuo e che si manifesta come risposta costante ad una vasta gamma di situazioni personali e sociali. Rappresenta una deviazione estrema e significativa dal modo in cui l'individuo medio in una data cultura percepisce, pensa, sente e in modo particolare si pone in relazione con gli altri. Tali modalità comportamentali tendono ad estendersi a molteplici sfere di comportamento e di funzionamento psicologico e sono frequentemente, ma non sempre, associate con vari livelli di sofferenza soggettiva e di compromissione del funzionamento sociale. La specialista ha evidenziato come emergono quali tratti preminenti del disturbo di personalità di cui è affetto l'assicurato: egocentrismo ed aumentata stima di sé, tendenza a comportamenti teatrali e all'espressione esagerata delle emozioni, disturbi ed incertezze relative agli scopi e alle preferenze interne, sentimenti ricorrenti di noia, scarsa empatia, tendenza ad agire impulsivamente con incapacità a controllare i comportamenti, bassa tolleranza alle frustrazioni, tendenza alla negligenza di norme, incapacità a provare sentimenti di colpa.

La dr.ssa med. _____ ha poi rilevato che sin dall'adolescenza secondo l'analisi della sua storia di vita è rilevabile nell'assicurato un pattern comportamentale caratterizzato da identità diffusa e camaleontica; considerazione di sé ipertrofica con tendenza ad ipervalorizzarsi e ricerca di attività in cui può essere valorizzato davanti agli altri, tendenza a cercare sempre nuovi stimoli e nuove sfide con cui confrontarsi, ambivalenza affettiva con tendenza ad avere numerose frequentazioni anche di grande intensità ma di breve durata con tendenza all'idealizzazione e alla svalutazione del partner, impulsività soprattutto per ciò che riguarda l'attività sessuale e l'uso di sostanze. Descritti frequenti sentimenti di rabbia con tendenza all'agito ed in situazioni di stress tendenza all'interpretatività. Riferita inclinazione a commettere piccoli atti vandalici e comportamenti disonesti senza sensi di colpa, difficoltà nell'entrare in relazione con figure autoritarie e a mantenere un'aderenza alle regole imposte da altri. I comportamenti da lui definiti "ribelli" sono agiti con mancanza di rimorso, con indifferenza e a tratti soddisfazione personale per il vissuto soggettivo di non essersi sottomesso alla volontà degli altri. Questi aspetti personologici si sono strutturati nell'età adulta in un disturbo di personalità misto che ha solo in piccola misura determinato il disagio clinico nelle aree del controllo degli impulsi, del funzionamento interpersonale e dell'affettività dell'attore ad oggi.

La perita ha sottolineato che il disturbo di personalità di cui è affetto può predisporre il soggetto portatore a conflittualità interpersonale, tendenza alla litigiosità, difficoltà al rispetto delle regole, sviluppo di sintomi ansiosi-depressivi reattivi.

La dr.ssa med. _____ rileva poi che sul disturbo personologico si sono sviluppati nel periziando durante l'età adulta in momenti in cui è stato confrontato con eventi stressanti ricorrenti sintomi ansiosi e fobici. La preoccupazione per il proprio stato di salute, gli

aspetti di evitamento sociale, gli elementi fobici più specifici (per esempio timore per l'acqua inquinata) configurano una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti (F40.8).

La specialista ha poi esaminato le diagnosi poste dai suoi colleghi, spiegando i motivi per i quali vi aderisce o vi si scosta (pag. 26 e seguenti della perizia).

Per quanto concerne più specificatamente l'ultimo periodo, dal 2010, la perita ha evidenziato come non sussistono, alla luce dell'attuale quadro clinico e dell'andamento nel tempo dei disturbi manifestati dall'attore, i criteri per porre la diagnosi di disturbo schizoaffettivo o disturbo schizofreniforme, diagnosi inizialmente posta il 22 giugno 2010 dal dr. med. _____ e poi dallo stesso specialista abbandonata. La specialista evidenzia infatti che non sono soddisfatti i criteri generali G1 e G2 richiesti (eco del pensiero, deliri, allucinazioni, neologismi, comportamento catatonico, sintomi negativi; esclusione di episodio maniaco, depressivo, intossicazione, dipendenza o astinenza da sostanze) per porre diagnosi di un disturbo schizofreniforme F20, né sono soddisfatti i criteri per la diagnosi di disturbo schizoaffettivo (si tratta di condizioni episodiche nelle quali sintomi affettivi e schizofrenici sono entrambi preminenti ma non giustificano una diagnosi di schizofrenia o di episodio maniaco o depressivo).

La perita ha poi esaminato i referti del dr. med. _____ e del dr. med. _____ del 2014, aderendo alla diagnosi di quest'ultimo di disturbo di personalità, ma non di tipo paranoide, non presentando l'attore almeno 4 degli aspetti richiesti (descritti nella perizia a pag. 28) per porre tale diagnosi, e confermando la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2) presente all'epoca. La specialista condivide pure le diagnosi poste dalla dr.ssa med. _____ nella perizia _____ del luglio 2014 (sindrome mista ansioso-depressiva F41.2, note fobiche ipocondriache F40.8), la quale ha inoltre evidenziato la non coerenza del disturbo con un quadro dello spettro schizofrenico per l'andamento nel tempo del disturbo presentato.

La dr.ssa med. _____ ha poi esaminato il referto del 29 ottobre 2014 del dr. med. _____ che ha posto la diagnosi di disturbo di personalità misto a tratti schizotipico paranoide (ICD 10 F 61.0), condividendone la diagnosi di disturbo di personalità misto, ma non il tipo definito: identici i motivi di esclusione già elencati per il disturbo di personalità paranoide; non vi sono criteri per porre diagnosi di un disturbo di personalità schizotipico (non anomalie del pensiero somiglianti a quelli osservati nella schizofrenia, non affettività inappropriata, non idee paranoiche o francamente deliranti, non allucinazioni, non distacco dai contatti sociali durante l'arco di vita). La specialista aderisce pure alla valutazione del 6 luglio 2015 del dr. med. _____ di sindrome fobica di altro tipo, aspetti fobico-ipocondriaci (F40.8).

La perita rileva poi che il dr. med. _____ nel corso del mese di agosto 2015 ha posto la diagnosi di disturbo bipolare tipo II con caratteristiche miste (ICD-10 F31.9), mentre il curante dr. med. _____, nel mese di ottobre 2015, di disturbo bipolare di tipo II con caratteristiche miste (ICD 10 F 31.9) disturbo di personalità misto con tratti schizotipico/paranoide (ICD 10 F 61.0). La specialista non condivide la diagnosi di disturbo bipolare misto e ne motiva approfonditamente le ragioni.

La perita evidenzia come fino al 2003 l'attore non ha mai necessitato di trattamenti psichiatrici ambulatoriali o stazionari. Non ha mai sviluppato in passato un chiaro episodio affettivo ipomaniacale o depressivo: episodi che non sarebbero passati inosservati a causa

del disfunzionamento del soggetto affetto nei diversi ambiti di vita nella fase acuta e che avrebbero necessitato di un trattamento psichiatrico ad hoc secondo le linee guida. Un disturbo affettivo bipolare richiede, come rileva la specialista, un trattamento farmacologico continuativo nel tempo con uno stabilizzatore dell'umore (carbonato di Litio, carbamazepina, valproato, neurolettico atipico). Fino al momento della valutazione non ha mai beneficiato di trattamenti farmacologici coerenti con la gravità della diagnosi suggerita. La perita evidenzia come la terapia con Dogmatil assunto al dosaggio da 200 a 300 mg al giorno non è sufficiente a contenere i sintomi di un episodio ipomaniacale, maniacale o depressivo maggiore. Tale farmaco non è uno stabilizzatore dell'umore neppure secondo le linee guida, né un antidepressivo. Non esistono agli atti certificazioni mediche riguardo allo sviluppo di precedenti episodi ipomaniacali o depressivi da parte degli psichiatri che lo hanno curato o valutato a scopi assicurativi dal 2003 al 2010 e fino alla valutazione del dr. med. _____ non è mai stata posta da alcuno la diagnosi categoriale di episodio depressivo (F32), episodio ipomaniacale (F 30.0) o maniacale (F 30.1 ■ F 30.29), sindrome affettiva bipolare (F31). La dr.ssa med. _____, evidenzia come il curante, dr. med. _____, non ha mai descritto o codificato tali patologie con data di esordio, fase di stato elenco dei criteri richiesti. La perita evidenzia come il disturbo bipolare o sindrome affettiva bipolare è una patologia caratterizzata da momenti in cui si alternano fasi di euforia ad altri di depressione. Sulla base del decorso delle fasi di euforia o depressive intervallate da fasi asintomatiche è possibile distinguere il disturbo bipolare in disturbo bipolare di tipo I in cui ad uno o più episodi maniacali si alternano episodi depressivi maggiori e periodi asintomatici, disturbo bipolare di tipo II in cui ad episodi depressivi minori si alternano episodi ipomaniacali ed episodi asintomatici; la presenza di un episodio maniacale o misto preclude la diagnosi di disturbo bipolare II; disturbo bipolare di tipo misto in cui i vari episodi depressivi/maniacali si manifestano insieme e senza alcun periodo asintomatico. La perita evidenzia che in alcuni casi gli episodi ipomaniacali possono non causare grave compromissione ma la compromissione derivata dagli episodi depressivi maggiori o da un andamento cronico con episodi di alterazione dell'umore imprevedibili e da un funzionamento interpersonale e lavorativo fluttuante e non affidabile è certa. Inoltre il disturbo bipolare compare nell'adolescenza o all'inizio della età adulta e da allora richiede un trattamento specialistico mirato. Gli episodi indotti da sostanze o dovuti ad una condizione medica generale escludono la diagnosi di disturbo bipolare. La perita rileva che la valutazione del dr. med. _____ è puramente ipotetica a livello anamnestico e priva di dati oggettivi che la giustifichino (■ pag. 3: ■ ritengo più importante porre l'attenzione sugli aspetti ipertimici della vita di quest'uomo, che soffre probabilmente di un disturbo dello spettro bipolare■). La dr.ssa med. _____ evidenzia come ■ non è stato possibile riscontrare nella storia di vita e clinica del periziando gli ipotetici dati anamnestici evocati dal collega. Non si rileva dalla raccolta anamnestica neppure un disfunzionamento pre-morboso quale quello atteso in un disturbo bipolare. Come criterio di esclusione vi è inoltre da considerare l'utilizzo di sostanze stupefacenti multiple come confermato dal periziando■.

Infine la specialista ha esaminato la perizia del _____ del 21 aprile 2016, condividendone la valutazione e le diagnosi poste (disturbo di personalità misto [ICD 10 F 61.0] tratti borderline/antisociali) che trovano riscontro a livello anamnestico ed oggettivo.

La dr.ssa med. _____ ha poi affermato che ■ non si rilevano nell'attuale altre patologie psichiatriche oltre alle 2 da me poste■.

Dopo aver evidenziato che ■ durante i colloqui peritali sono emerse discrepanze tra i sintomi soggettivi riferiti dal periziando e quelli oggettivabili durante la valutazione peritale■, già rilevate anche dalla perita del _____, dr.ssa med. _____ e dal medico SMR, dr. med. _____, e che ■ è emersa inoltre la tendenza ad una significativa amplificazione dei sintomi psichici■, la specialista ha esaminato la capacità lavorativa dell'attore sottolineando come dagli atti sono emerse discrepanze anche in questo ambito. Riprese nel dettaglio tutte le valutazioni poste dagli specialisti in psichiatria e psicoterapia dal mese di marzo 2014, la perita oltre ad indicare che al momento l'attore non presenta alcuna menomazione mentale o psichica che possa giustificare una inabilità lavorativa, ha concluso che le certificazioni di una inabilità lavorativa alle percentuali fissate dallo psichiatra curante, dr. med. _____, non sono giustificate da alcun elemento oggettivo. In particolare non vi sono elementi oggettivi per giustificare, dopo la valutazione effettuata dai medici del _____, un' inabilità lavorativa. Ed ha confermato che dal 24 maggio 2014 l'interessato è completamente abile al lavoro.

La perita ha poi risposto, nel dettaglio, alle domande poste dalle parti.

Anche le divergenti opinioni del medico curante, dr. med. _____ e degli esperti cui ha affidato ulteriori valutazioni non sono atte a sovvertire le conclusioni peritali.

Non va qui dimenticato che, in ambito di assicurazioni sociali, il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire chela differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010).

Contrariamente a quanto sostenuto dall'attore con l'istanza di complemento e delucidazione peritale (doc. XXI), la perizia della dr.ssa med. _____ non presenta contraddizioni, è dettagliata ed approfondita e rispecchia i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi che precedono.

Rammentato che con la sentenza di rinvio 4A_517/2017 del 2 ottobre 2018 il Tribunale federale ha stabilito che ■ la Corte cantonale ha già evaso la domanda di delucidazione/complemento della perizia■, compreso di conseguenza il punto

E. 4

relativo alla ■ diagnosi neuropsicologica■, ciò di cui l'attore dà atto al punto 5 delle arringhe finali (doc. III/1), resta da esaminare se sulla base di quanto emerso dall'esame in tale ambito effettuato il 25 febbraio 2015 presso il _____ dell'Ospedale _____ di _____, l'attore può pretendere ad indennità giornaliera nella misura del 50% (doc. III).

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. 14

. Nel caso di specie l'attribuzione di tutte le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione al Tribunale cantonale delle assicurazioni è tuttavia dovuta all'interpretazione che il Tribunale federale ha dato all'art. 7 CPC, in vigore dal 1° gennaio 2011. Pertanto occorre trasmettere al TCA tutte le citate procedure pendenti presso i giudici civili e inoltrate dopo il 31 dicembre 2010. In questo senso è qui proposta l'adozione di una norma transitoria (art. 83d LCAMal). Del resto, da un accertamento effettuato presso il Tribunale delle assicurazioni del Canton Vallese, è emerso che dopo la sentenza del Tribunale federale tutti gli incarti ancora aperti presso i giudici civili sono stati trasmessi al TCA vallesano e tutte le nuove cause sono ora trattate dal Tribunale delle assicurazioni di quel Cantone. L'attribuzione di questa nuova competenza non dovrebbe avere effetti negativi sulla normale attività del TCA. Dalle risultanze dei rendiconti degli ultimi anni, si possono infatti trarre valutazioni confortanti. Sebbene si trovi confrontato con un numero considerevole di pratiche (638 nel 2015

E. 15

), il TCA è riuscito nel corso degli anni a raggiungere e mantenere un costante equilibrio fra entrate e uscite ed a garantire una durata media delle procedure di circa sei mesi, pur dovendo anche accertare i fatti, ossia un lasso di tempo più che ragionevole. Ciò è possibile grazie anche ad una suddivisione per materia di incarti tra i giudici ed un regolare controllo dell'attività dei vicecancellieri

E. 16

, un esempio di efficienza che, a mente del Consiglio di Stato, deve essere esteso a tutte le autorità giudiziarie. Un potenziamento dell'organico del TCA non è quindi richiesto e di conseguenza non è prevista alcuna ripercussione per quanto attiene il personale dello Stato per l'amministrazione della giustizia." Al termine dell'iter legislativo, il 1° gennaio 2017 è entrata in vigore la modifica dell'art. 75 LCAMal e la norma transitoria, che hanno il seguente tenore (BU 54/2016): "(...) Art. 75 Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni. Art. 83d (nuovo) Le procedure pendenti inoltrate dopo il 31 dicembre 2010 sono trasmesse d'ufficio al Tribunale cantonale delle assicurazioni." Va ancora evidenziato che con sentenza 4A_12/2016 del 23 maggio 2017 al consid. 1.2 il TF ha affermato: " Nella fattispecie giova innanzi tutto rilevare che l'incontestato fatto che il rapporto assicurativo sia retto dalla LCA e non dalla LAMal è del tutto inidoneo per negargli la qualifica di assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie. Tutte le controversie di cui all'art. 7 CPC concernono contratti sottoposti dalla LCA (cfr. fino al 31 dicembre 2015 l'art. 12 cpv. 3 LAMal e dal 1° gennaio 2016 l'art. 2 cpv. 2 della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie; LVAMal). Nemmeno il fatto

che la ricorrente non sia un assicuratore sociale appare rilevante (DTF 141 III 479 consid. 2.1) o che l'assicurazione non sia intesa a rimborsare ulteriori costi di cura: infatti anche le assicurazioni d'indennità giornaliera, che coprono la perdita di guadagno in caso di malattia e che per costante giurisprudenza rientrano fra le assicurazioni complementari (sentenze 4A_304/2012 del 14 novembre 2012; DTF 138 III 558 consid. 2 e 3; 4A_595/2011 del 17 febbraio 2012 consid. 2.1), non rifondono spese di cura. Determinante per la qualifica di assicurazione complementare nel senso dell'art. 7 CPC appare in concreto invece, come ritenuto dall'autorità inferiore, che il rischio assicurato è la degenza ospedaliera in caso di malattia, infortunio o maternità. Questi tre casi costituiscono infatti quelli in cui l'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni (art. 1a cpv. 2 LAMal). La censura si rivela pertanto infondata.” In concreto il TCA è di conseguenza competente a decidere nel merito della vertenza in esame e deve applicare la procedura semplificata (cfr. art. 243 cpv. 2 lett. f CPC; cfr. anche sentenza 4A_517/2017 del 2 ottobre 2018, consid. 3). nel merito 2.2. Per quanto concerne l'indennità perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato, come emerge da una sentenza del TF del 26 settembre 2007 (4A_53/2007), che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. Adrian von Kaenel, Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentag-geldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 109-131, in particolare pag. 111-115). La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 116 seg.). Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007 , pag. 19-45, in particolare pag. 20). Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628). L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO). La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali). 2.3. Nella presente

fattispecie trovano applicazione le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera _____ secondo la LCA (allegato doc. A; di seguito: CGA). Ai sensi dell'art. _____ CGA sono considerate basi del contratto la polizza e le eventuali aggiunte, le dichiarazioni riportate sulla proposta d'assicurazione e sulle eventuali dichiarazioni sullo stato di salute da parte del contraente e della persona assicurata, le CGA, le eventuali condizioni complementari d'assicurazione (CSA), la LCA, gli accordi e le convenzioni speciali, purché siano stati confermati dall'assicuratore nella polizza come Condizioni particolari d'assicurazione (CPA). Per l'art. _____ CGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Secondo l'art. _____ CGA è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso di incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'art. _____ CGA prevede che l'indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d'incapacità lavorativa di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa stessa. Ai sensi dell'art. _____ CGA la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste un diritto a prestazioni. 2.4. Va ancora evidenziato che l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia può essere stipulata nella forma di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2). L'assicurazione di somme garantisce una prestazione che è stata definita al momento della conclusione del contratto e non dipende dal verificarsi di un pregiudizio economico: essa è dovuta non appena l'evento assicurato si sia verificato (cfr. sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2; cfr. anche sulla nozione di assicurazione di somme in relazione a un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattie la sentenza 4A_168/2007 del 16 luglio 2007, consid. 3.2.4 e 3.2.5, pubblicata in DTF 133 III 527). L'assicurazione contro i danni mira invece a rimborsare il danno: in questo caso il versamento e la misura delle prestazioni dipendono dalla misura del pregiudizio economico effettivamente patito dall'assicurato (cfr. sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2). La questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle condizioni generali d'assicurazione che lo accompagnano (CGA), secondo le regole usuali dell'interpretazione dei contratti (sui criteri di distinzione fra queste due modalità di assicurazione cfr. anche sentenza 4C.83/1998 dell'11 giugno 1998, consid. 3c e 3d e sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007). In concreto non è contestato che ci si trova in presenza di un'assicurazione contro i danni (cfr. CGA, art. _____ CGA: " la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste un diritto a prestazioni "). 2.5. Nel caso di specie dagli atti medici emerge quanto segue. Il 1° aprile 2014 il medico curante, dr. med. _____, ha indicato che l'attore era completamente inabile al lavoro dal 14 marzo 2014 a causa di uno " scompenso ansioso-depressivo " (doc. XII/C). Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 16 maggio 2014 ha confermato l'inabilità lavorativa totale (doc. XII/D). Lo stesso medico ha in seguito attestato la continuazione dell'incapacità lavorativa anche oltre il 31 maggio 2014 (doc. XII/E; doc. XII/F). Il 6 maggio 2014 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, incaricato dall'assicuratore di esaminare l'attore nell'ambito della

parallela procedura di richiesta di prestazioni di indennità giornaliera per l'attività svolta al 50% per la _____, dopo aver rilevato di aver già visitato l'attore il 22 giugno 2010, tra l'altro a causa di un disturbo schizofreniforme, ha posto la diagnosi di disturbo di personalità paranoide (F60.0) e sindrome ansiosa-depressiva (F41.2), ha ritenuto l'interessato completamente inabile al lavoro, rilevando tuttavia che “ dovrebbe comunque essere ragionevolmente proponibile e esigibile, salvo complicazioni, la ripresa completa dell'attività lavorativa precedentemente svolta al più tardi a partire dal 01.07.2014 ” (cfr. plico doc. XIII). Il 16 luglio 2014 il _____, su incarico dell'assicuratore convenuto, dopo aver visitato l'attore il 22 e 24 maggio 2014 ed aver fatto capo alla consulente dr.ssa med. _____, medico chirurgo specialista in psichiatria, ha allestito una perizia medica nella quale, dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi famigliare, personale – sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali e l'anamnesi sistemica, non ha posto alcuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, mentre ha posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) e note fobico-ipocondriache (ICD-10 F40.8). La consulente ha rilevato che “ allo stato attuale il quadro psicopatologico è assolutamente poco rilevante e non motiva percentuali di IL per motivi psichiatrici, abile al 100% ”. Il 7 agosto 2014 il dr. med. _____ ha preso posizione sulla citata perizia, contestandola ed evidenziando che “ purtroppo, ultimamente (dal mese di marzo 2014) si assiste ad un peggioramento del decorso per vari fattori di cui in parte posso menzionare rimuginio angosciante dei processi giuridici tuttora non terminati, difficile situazione famigliare che il paziente ha presentato come funzionante ma non è vero; figlia tossicomane, la relazione con la moglie tutt'altro che bella, ecc), natura paranoide e schizotipica del soggetto, lunga storia (11 anni) di disagio psichico non affrontato seriamente che ha portato il paziente ad auto medicazione (...). A mio modesto parere concordo con l'osservazione del dr. _____ riguardo alla sua impressione diagnostica (sospetta sindrome schizoaffettiva) e che solo dopo una attenta e lunga osservazione si possa intravedere un nucleo patologico e invalidante in questa persona apparentemente con “assenza di competenza psichiatrica ” (... , doc. XII/I). Successivamente lo specialista ha continuato ad attestare ulteriori inabilità lavorative (doc. XII/L, M, N, O; da doc. XII/EE a doc. XII/MM; da doc. XII/QQ a doc. XII/UU; da doc. XII/CCC a doc. XII/EEE; da doc. XII/GGG a doc. XII/MMM). L'11 settembre 2014 il _____ ha risposto alle critiche del dr. med. _____ (doc. XII/P). Il 29 ottobre 2014 il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha redatto una perizia trasmessa al dr. med. _____ (doc. XII/S), ponendo la diagnosi di disturbo di personalità misto, tratti schizotipico-paranoide (ICD-10; F61.0) e concludendo che “ tenuto conto di questi aspetti, ritengo che l'incapacità lavorativa attestata dal curante sia accettabile e condivisibile. Del resto reputo che il quadro psicopatologico già riproposto in passato con alcune sfumature, almeno nell'attuale non sia tale da condizionare un'incapacità lavorativa permanente (...), ” nonché “ considerati i suoi precedenti e il suo vissuto, dal punto di vista specialistico, ritengo indicato per questione di opportunità accordare un ulteriore periodo di completa incapacità lavorativa fino a metà novembre 2014, data entro cui il peritando sarà ragionevolmente da ritenersi abile in misura completa nella sua professione o in un'attività a lui confacente ” (doc. XII/S). Il 26 giugno 2015 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha allestito un referto su richiesta del dr. med. _____ (doc. XII/VV). Lo specialista ha affermato che “ in conclusione dunque ritengo il paziente affetto da un disturbo dello spettro bipolare, da approfondire nei dettagli, ma che comporta sicuramente delle importanti limitazioni sul piano lavorativo, oggi

quantificabili in una inabilità almeno del 60-80% ” (doc. XII/VV). Il 6 luglio 2015 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia ha visitato l’attore e dopo aver posto la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di sindrome fobica di altro tipo; aspetti fobico-ipocondriaci (F40.8), ha stabilito che l’interessato dal luglio 2014 è completamente abile al lavoro (pag. 18-1 incarto AI; allegato doc. XIII). Lo specialista ha evidenziato che: “ (...) Durante la valutazione odierna spicca la vaghezza dei sintomi riferiti dall’assicurato. La preoccupazione per il proprio stato di salute, gli aspetti di evitamento sociale e gli elementi fobici più specifici (es. timore per cibi inquinati) configurano una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci commisti. Per il resto, gli altri sintomi sono troppo generici, incoerenti e non sono tali da configurare alcuna sindrome psichiatrica specifica. L’assicurato non sa dire perché non si sente in grado di riprendere il lavoro, non sa dire neppure cosa gli renda difficile il confronto con la realtà esterna. Il fattore determinante è la completa discrepanza tra le lamentele soggettive e l’oggettività dello status clinico, che è praticamente nella norma. Il soggetto è cordiale e collaborante; a tratti si mostra ilare, spigliato ed ironico. Buono il contatto con l’interlocutore. L’amplificazione delle lamentele psichiche e fisiche è fatta su base consapevole; l’assicurato osserva il perito con attenzione, per cercare di fornire delle risposte che siano confacenti a quanto il perito si aspetta. Alla base di questo comportamento di amplificazione dei sintomi e di disabilità inconsistente, vi sono importanti vantaggi secondari. (...). In conclusione, siccome non vi sono sintomi invalidanti consistenti e coerenti, in presenza di uno status oggettivo migliore rispetto a quanto documentato dalla perizia _____, non ci sono motivi per stabilire alcune IL per motivi psichiatrici.” Il 21 aprile 2015 (recte: 2016) è stata redatta la perizia ad opera del _____ su incarico dell’UAI. I periti, dopo aver rilevato che “ si tratta di una rivalutazione peritale di un caso complesso e controverso sia da un punto di vista diagnostico che in termini di valutazione di abilità lavorativa ”, ed aver indicato di aver proceduto a tre colloqui, hanno descritto gli atti (pag. 1-11), l’anamnesi (pag. 11-15), l’esame clinico, gli esami testali ed hanno posto la diagnosi di disturbo di personalità misto (ICD 10 F 61.0) tratti borderline/antisociali, concludendo che “ l’assicurato è stato inabile in ogni attività nella misura del 20% dal 14.03.2014 verosimilmente per aspetti personologici strutturali peggiorati inspessitisi nel tempo. Al momento dell’attuale perizia è inabile al lavoro in ogni attività nella misura non più del 20% (rendimento) ” (pag. 31 incarto AI). La dr.ssa med. _____ ha in particolare evidenziato di aver effettuato diversi colloqui nell’arco di cinque mesi che “ mi hanno permesso di osservare marcata incoerenza tra il primo colloquio e l’ultimo ” e che “ durante i colloqui peritali sono emerse discrepanze tra i sintomi descritti e quelli oggettivati durante l’attuale perizia, come pure sono emerse notevoli discrepanze negli atti in termini sia diagnostici che di valutazione di abilità lavorativa. E’ emersa quindi inoltre la tendenza ad una significativa amplificazione dei sintomi psichiatrici come oggettivato dai test neuro cognitivi effettuati in corso di valutazione peritale ” (pag. 19 incarto AI). Anche il dott. _____, neuropsicologo, che il 5 marzo 2016 ha sottoposto l’attore ad alcuni esami su incarico della dr.ssa med. _____, ha concluso affermando che “ le prove per il controllo della simulazione e l’analisi qualitativa dei risultati pongono dubbi sulla completa attendibilità delle prestazioni fornite dal signor AT 1 all’esame neuropsicologico. Emergono infatti alcuni valori alquanto inusuali, francamente al di sotto delle attese o molto vicini al valore limite. Le prove per il controllo della simulazione sono apparentemente complesse ma in realtà molto semplici e vengono risolte positivamente anche da pazienti con disturbi cognitivi accertati e dovuti a patologie neurologiche (es. trauma cranico o demenza). Il signor AT 1 ha mostrato in questi

test prestazioni inferiori a quelle di pazienti neurologici: questo dato lascia pertanto emergere dei dubbi sulla reale presenza e sull'entità dei disturbi cognitivi lamentati" (pag. 33 incarto AI). Da rilevare che in sede di rilevamento tempestivo una funzionaria dell'AI ha evidenziato come "l'evoluzione del reddito presenta un'anomalia, confermata su esplicita domanda posta all'assicurato, degna di nota: nel 2013 il signor AT 1 percepiva uno stipendio di 5000.- lordi per 13 mensilità per un'occupazione al 100% mentre dal 01.01.2014 lo stesso stipendio di 5000.- lordi è stato versato per un impegno al 50% per la stessa società ma è versato anche un ulteriore stipendio al 50% dalla _____ sempre pari a 5000.- mensili lordi per 13, sempre da una società amministrata da (...)" (pag. 19 incarto AI). Con progetto di decisione del 12 agosto 2016 l'UAI ha negato il diritto a qualsiasi prestazione (pag. 371 incarto AI), essendo il grado d'invalidità del 20%. Il 20 giugno 2017 è giunta alla Pretura di _____ la perizia allestita il 2 giugno 2017 dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. X). La perita, che ha visitato l'attore in data 22 febbraio 2017 e 28 febbraio 2017 ed ha discusso con il curante, dr. med. _____, il 28 febbraio 2017, dopo aver descritto l'anamnesi familiare, somatica e psichiatrica, i disturbi soggettivi e l'esame clinico, ha esaminato nel dettaglio tutte le diagnosi poste dagli specialisti che si sono succedute nel tempo e che hanno visitato l'attore, rilevando che "le diagnosi formulate dagli psichiatri curanti e dai diversi periti o consulenti sono state diverse: disturbo di personalità misto (paranoide-schizoide; borderline-antisociale), disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo bipolare misto, disturbo fobico non specificato, sindrome ansioso depressiva. La diagnosi di disturbo bipolare, disturbo schizofreniforme o schizoaffettivo, come spiegato, non sono assolutamente giustificate non soddisfacendo secondo lo stato oggettivo (esame clinico descritto agli atti) e l'anamnesi (storia clinica e di vita del periziando) i criteri richiesti per formularle. I colleghi hanno verosimilmente posto tali diagnosi basandosi solo sui comportamenti manifestati dal periziando o sui sintomi da lui riferiti. Attualmente lo stato oggettivo è ascrivibile unicamente alla diagnosi di disturbo di personalità misto con tratti borderline ed antisociali associati a comportamenti istrionici classificabile secondo l'ICD 10 al codice F 61.0 e ad una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti classificabile al codice F 40.8". La perita, che ha rilevato una "notevole discrepanza tra dati oggettivi e soggettivi. Lo status clinico è praticamente nella norma", "durante la valutazione spicca la vaghezza dei sintomi riferiti", "la preoccupazione per il proprio stato di salute, gli aspetti di evitamento sociale, gli elementi fobici più specifici (...) configurano una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti. Gli altri sintomi sono generici ed incoerenti", ha concluso per una completa abilità lavorativa dell'attore e ciò dal 24 maggio 2014 (doc. X).

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 esaurientemente 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 (parzialmente pubblicata in DTF 144 III 136), 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 premorbo, 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 concludenza. 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. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Il referto, 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 il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto a un esame approfondito

del caso (cfr. STF 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2). La dr.ssa med. _____, esperta nell'ambito qui in discussione, ha in primo luogo descritto, nell'allegato 1, di 42 pagine, tutti gli atti a sua disposizione, citandone gli estratti maggiormente significativi. La perita, nel referto, composto di ulteriori 46 pagine, ha poi minuziosamente esaminato il caso di specie, rispondendo a tutte le domande poste dalle parti, dopo aver visitato l'attore in due occasioni (22 febbraio 2017 e 28 febbraio 2017) ed aver avuto un colloquio telefonico con il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Essa ha dapprima descritto l'anamnesi familiare, scolastica, lavorativa e sociale, somatica e psichiatrica, il trattamento psichiatrico attuale, i disturbi soggettivi, il colloquio con il curante, l'esame clinico secondo AMDP-System ed ha poi esaminato nel dettaglio le diagnosi e le diagnosi differenziali poste da tutti i numerosi psichiatri che nel corso degli anni hanno visitato l'assicurato, motivando le ragioni per le quali ne condivide o non ne condivide le conclusioni. La dr.ssa med. _____, sulla base della valutazione psichiatrica esperita, dei dati anamnestici forniti dall'attore e dei dati contenuti nell'incarto, ha posto la diagnosi di disturbo di personalità misto con tratti borderline ed antisociali associati a comportamenti istrionici classificabili secondo l'ICD 10 F 61.0, presente dall'età adulta e la sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti F 40.8. A questo proposito la perita ha spiegato che l'attore presenta dall'età adulta un disturbo di personalità cioè una condizione e modalità di comportamento duraturo e profondamente radicato di significato clinico che tende ad essere persistente, che sembra essere l'espressione di uno stile di vita e di un modo di porsi in relazione a sé e agli altri caratteristico dell'individuo e che si manifesta come risposta costante ad una vasta gamma di situazioni personali e sociali. Rappresenta una deviazione estrema e significativa dal modo in cui l'individuo medio in una data cultura percepisce, pensa, sente e in modo particolare si pone in relazione con gli altri. Tali modalità comportamentali tendono ad estendersi a molteplici sfere di comportamento e di funzionamento psicologico e sono frequentemente, ma non sempre, associate con vari livelli di sofferenza soggettiva e di compromissione del funzionamento sociale. La specialista ha evidenziato come emergono quali tratti preminenti del disturbo di personalità di cui è affetto l'assicurato: egocentrismo ed aumentata stima di sé, tendenza a comportamenti teatrali e all'espressione esagerata delle emozioni, disturbi ed incertezze relative agli scopi e alle preferenze interne, sentimenti ricorrenti di noia, scarsa empatia, tendenza ad agire impulsivamente con incapacità a controllare i comportamenti, bassa tolleranza alle frustrazioni, tendenza alla negligenza di norme, incapacità a provare sentimenti di colpa. La dr.ssa med. _____ ha poi rilevato che sin dall'adolescenza secondo l'analisi della sua storia di vita è rilevabile nell'assicurato un pattern comportamentale caratterizzato da identità diffusa e camaleontica; considerazione di sé ipertrofica con tendenza ad ipervalorizzarsi e ricerca di attività in cui può essere valorizzato davanti agli altri, tendenza a cercare sempre nuovi stimoli e nuove sfide con cui confrontarsi, ambivalenza affettiva con tendenza ad avere numerose frequentazioni anche di grande intensità ma di breve durata con tendenza all'idealizzazione e alla svalutazione del partner, impulsività soprattutto per ciò che riguarda l'attività sessuale e l'uso di sostanze. Descritti frequenti sentimenti di rabbia con tendenza all'agito ed in situazioni di stress tendenza all'interpretatività. Riferita inclinazione a commettere piccoli atti vandalici e comportamenti disonesti senza sensi di colpa, difficoltà nell'entrare in relazione con figure autoritarie e a mantenere un'aderenza alle regole imposte da altri. I comportamenti da lui definiti "ribelli" sono agiti con mancanza di rimorso, con indifferenza e a tratti soddisfazione personale per il vissuto soggettivo di non essersi sottomesso alla

volontà degli altri. Questi aspetti personologici si sono strutturati nell'età adulta in un disturbo di personalità misto che ha solo in piccola misura determinato il disagio clinico nelle aree del controllo degli impulsi, del funzionamento interpersonale e dell'affettività dell'attore ad oggi. La perita ha sottolineato che il disturbo di personalità di cui è affetto può predisporre il soggetto portatore a conflittualità interpersonale, tendenza alla litigiosità, difficoltà al rispetto delle regole, sviluppo di sintomi ansiosi-depressivi reattivi. La dr.ssa med. _____ rileva poi che sul disturbo personologico si sono sviluppati nel periziando durante l'età adulta in momenti in cui è stato confrontato con eventi stressanti ricorrenti sintomi ansiosi e fobici. La preoccupazione per il proprio stato di salute, gli aspetti di evitamento sociale, gli elementi fobici più specifici (per esempio timore per l'acqua inquinata) configurano una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti (F40.8). La specialista ha poi esaminato le diagnosi poste dai suoi colleghi, spiegando i motivi per i quali vi aderisce o vi si scosta (pag. 26 e seguenti della perizia). Per quanto concerne più specificatamente l'ultimo periodo, dal 2010, la perita ha evidenziato come non sussistono, alla luce dell'attuale quadro clinico e dell'andamento nel tempo dei disturbi manifestati dall'attore, i criteri per porre la diagnosi di disturbo schizoaffettivo o disturbo schizofreniforme, diagnosi inizialmente posta il 22 giugno 2010 dal dr. med. _____ e poi dallo stesso specialista abbandonata. La specialista evidenzia infatti che non sono soddisfatti i criteri generali G1 e G2 richiesti (eco del pensiero, deliri, allucinazioni, neologismi, comportamento catatonico, sintomi negativi; esclusione di episodio maniacale, depressivo, intossicazione, dipendenza o astinenza da sostanze) per porre diagnosi di un disturbo schizofreniforme F20, né sono soddisfatti i criteri per la diagnosi di disturbo schizoaffettivo (si tratta di condizioni episodiche nelle quali sintomi affettivi e schizofrenici sono entrambi preminenti ma non giustificano una diagnosi di schizofrenia o di episodio maniacale o depressivo). La perita ha poi esaminato i referti del dr. med. _____ e del dr. med. _____ del 2014, aderendo alla diagnosi di quest'ultimo di disturbo di personalità, ma non di tipo paranoide, non presentando l'attore almeno 4 degli aspetti richiesti (descritti nella perizia a pag. 28) per porre tale diagnosi, e confermando la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2) presente all'epoca. La specialista condivide pure le diagnosi poste dalla dr.ssa med. _____ nella perizia _____ del luglio 2014 (sindrome mista ansioso-depressiva F41.2, note fobiche ipocondriache F40.8), la quale ha inoltre evidenziato la non coerenza del disturbo con un quadro dello spettro schizofrenico per l'andamento nel tempo del disturbo presentato. La dr.ssa med. _____ ha poi esaminato il referto del 29 ottobre 2014 del dr. med. _____ che ha posto la diagnosi di disturbo di personalità misto a tratti schizotipico paranoide (ICD 10 F 61.0), condividendone la diagnosi di disturbo di personalità misto, ma non il tipo definito: identici i motivi di esclusione già elencati per il disturbo di personalità paranoide; non vi sono criteri per porre diagnosi di un disturbo di personalità schizotipico (non anomalie del pensiero somiglianti a quelli osservati nella schizofrenia, non affettività inappropriata, non idee paranoiche o francamente deliranti, non allucinazioni, non distacco dai contatti sociali durante l'arco di vita). La specialista aderisce pure alla valutazione del 6 luglio 2015 del dr. med. _____ di sindrome fobica di altro tipo, aspetti fobico-ipocondriaci (F40.8). La perita rileva poi che il dr. med. _____ nel corso del mese di agosto 2015 ha posto la diagnosi di disturbo bipolare tipo II con caratteristiche miste (ICD-10 F31.9), mentre il curante dr. med. _____, nel mese di ottobre 2015, di disturbo bipolare di tipo II con caratteristiche miste (ICD 10 F 31.9) disturbo di personalità misto con tratti schizotipico/paranoide (ICD 10 F 61.0). La specialista non condivide la diagnosi di disturbo

bipolare misto e ne motiva approfonditamente le ragioni. La perita evidenzia come fino al 2003 l'attore non ha mai necessitato di trattamenti psichiatrici ambulatoriali o stazionari. Non ha mai sviluppato in passato un chiaro episodio affettivo ipomaniacale o depressivo: episodi che non sarebbero passati inosservati a causa del disfunzionamento del soggetto affetto nei diversi ambiti di vita nella fase acuta e che avrebbero necessitato di un trattamento psichiatrico ad hoc secondo le linee guida. Un disturbo affettivo bipolare richiede, come rileva la specialista, un trattamento farmacologico continuativo nel tempo con uno stabilizzatore dell'umore (carbonato di Litio, carbamazepina, valproato, neurolettico atipico). Fino al momento della valutazione non ha mai beneficiato di trattamenti farmacologici coerenti con la gravità della diagnosi suggerita. La perita evidenzia come la terapia con Dogmatil assunto al dosaggio da 200 a 300 mg al giorno non è sufficiente a contenere i sintomi di un episodio ipomaniacale, maniacale o depressivo maggiore. Tale farmaco non è uno stabilizzatore dell'umore neppure secondo le linee guida, né un antidepressivo. Non esistono agli atti certificazioni mediche riguardo allo sviluppo di precedenti episodi ipomaniacali o depressivi da parte degli psichiatri che lo hanno curato o valutato a scopi assicurativi dal 2003 al 2010 e fino alla valutazione del dr. med.

_____ non è mai stata posta da alcuno la diagnosi categoriale di episodio depressivo (F32), episodio ipomaniacale (F 30.0) o maniacale (F 30.1 – F 30.29), sindrome affettiva bipolare (F31). La dr.ssa med. _____, evidenzia come il curante, dr. med.

_____, non ha mai descritto o codificato tali patologie con data di esordio, fase di stato elenco dei criteri richiesti. La perita evidenzia come il disturbo bipolare o sindrome affettiva bipolare è una patologia caratterizzata da momenti in cui si alternano fasi di euforia ad altri di depressione. Sulla base del decorso delle fasi di euforia o depressive intervallate da fasi asintomatiche è possibile distinguere il disturbo bipolare in disturbo bipolare di tipo I in cui ad uno o più episodi maniacali si alternano episodi depressivi maggiori e periodi asintomatici, disturbo bipolare di tipo II in cui ad episodi depressivi minori si alternano episodi ipomaniacali ed episodi asintomatici; la presenza di un episodio maniacale o misto preclude la diagnosi di disturbo bipolare II; disturbo bipolare di tipo misto in cui i vari episodi depressivi/maniacali si manifestano insieme e senza alcun periodo asintomatico. La perita evidenzia che in alcuni casi gli episodi ipomaniacali possono non causare grave compromissione ma la compromissione derivata dagli episodi depressivi maggiori o da un andamento cronico con episodi di alterazione dell'umore imprevedibili e da un funzionamento interpersonale e lavorativo fluttuante e non affidabile è certa. Inoltre il disturbo bipolare compare nell'adolescenza o all'inizio della età adulta e da allora richiede un trattamento specialistico mirato. Gli episodi indotti da sostanze o dovuti ad una condizione medica generale escludono la diagnosi di disturbo bipolare. La perita rileva che la valutazione del dr. med. _____ è puramente ipotetica a livello anamnestico e priva di dati oggettivi che la giustifichino (“ pag. 3: “ritengo più importante porre l'attenzione sugli aspetti ipertimici della vita di quest'uomo, che soffre probabilmente di un disturbo dello spettro bipolare”). La dr.ssa med. _____ evidenzia come “ non è stato possibile riscontrare nella storia di vita e clinica del periziando gli ipotetici dati anamnestici evocati dal collega. Non si rileva dalla raccolta anamnestica neppure un disfunzionamento pre-morboso quale quello atteso in un disturbo bipolare. Come criterio di esclusione vi è inoltre da considerare l'utilizzo di sostanze stupefacenti multiple come confermato dal periziando”. Infine la specialista ha esaminato la perizia del _____ del 21 aprile 2016, condividendone la valutazione e le diagnosi poste (disturbo di personalità misto [ICD 10 F 61.0] tratti borderline/antisociali) che trovano riscontro a

livello anamnestico ed oggettivo. La dr.ssa med. _____ ha poi affermato che “ non si rilevano nell’attuale altre patologie psichiatriche oltre alle 2 da me poste ”. Dopo aver evidenziato che “ durante i colloqui peritali sono emerse discrepanze tra i sintomi soggettivi riferiti dal periziando e quelli oggettivabili durante la valutazione peritale ”, già rilevate anche dalla perita del _____, dr.ssa med. _____ e dal medico SMR, dr. med. _____, e che “ è emersa inoltre la tendenza ad una significativa amplificazione dei sintomi psichici ”, la specialista ha esaminato la capacità lavorativa dell’attore sottolineando come dagli atti sono emerse discrepanze anche in questo ambito. Riprese nel dettaglio tutte le valutazioni poste dagli specialisti in psichiatria e psicoterapia dal mese di marzo 2014, la perita oltre ad indicare che al momento l’attore non presenta alcuna menomazione mentale o psichica che possa giustificare una inabilità lavorativa, ha concluso che le certificazioni di una inabilità lavorativa alle percentuali fissate dallo psichiatra curante, dr. med. _____, non sono giustificate da alcun elemento oggettivo. In particolare non vi sono elementi oggettivi per giustificare, dopo la valutazione effettuata dai medici del _____, un’inabilità lavorativa. Ed ha confermato che dal 24 maggio 2014 l’interessato è completamente abile al lavoro. La perita ha poi risposto, nel dettaglio, alle domande poste dalle parti. 2.10. Agli atti e segnatamente dopo la consegna della perizia, non vi è documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni della dr.ssa med. _____. Le sue valutazioni sono infatti compatibili con quanto già accertato da altri medici che sono stati chiamati a stabilire la capacità lavorativa dell’attore in altri momenti, segnatamente la dr.ssa med. _____ e la dr.ssa med. _____. A questo proposito sia la perita giudiziaria che la perita amministrativa (in ambito AI), ossia le due specialiste in ambito psichiatrico e psicoterapico che sono state chiamate ad allestire un referto neutro per il Tribunale, rispettivamente per l’AI, sono giunte a conclusioni simili per quanto concerne le diagnosi (disturbo di personalità misto [ICD 10 F 61.0] tratti borderline/antisociali per l’AI [pag. 24 incarto AI] e disturbo di personalità misto con tratti borderline ed antisociali associati a comportamenti istrionici classificabile secondo l’ICD 10 al codice F 61.0, presente dall’età adulta e una sindrome con aspetti fobici ed ipocondriaci misti F 40.8 per la perita giudiziaria [pag. 24 della perizia]). Vi è certo una divergenza per quanto concerne la capacità lavorativa dell’attore, stabilita nel 100% dalla perita giudiziaria e nell’80% dalla perita amministrativa, che tuttavia non ha alcun influsso sull’esito del procedimento poiché, anche volendo ritenere la soluzione più favorevole all’attore (80%), ciò non darebbe diritto ad alcuna prestazione (l’art. _____ CGA prevede infatti che l’indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d’incapacità lavorativa di almeno il 25%, in proporzione al grado dell’incapacità lavorativa stessa). Anche le divergenti opinioni del medico curante, dr. med. _____ e degli esperti cui ha affidato ulteriori valutazioni non sono atte a sovvertire le conclusioni peritali. Non va qui dimenticato che, in ambito di assicurazioni sociali, il TF ha più volte avuto l’occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l’assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che

vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]).

Contrariamente a quanto sostenuto dall'attore con l'istanza di complemento e delucidazione peritale (doc. XXI), la perizia della dr.ssa med. _____ non presenta contraddizioni, è dettagliata ed approfondita e rispecchia 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. Rammentato che con la sentenza di rinvio 4A_517/2017 del 2 ottobre 2018 il Tribunale federale ha stabilito che “ la Corte cantonale ha già evaso la domanda di delucidazione/complemento della perizia ”, compreso di conseguenza il punto 4 relativo alla “ diagnosi neuropsicologica ”, ciò di cui l'attore dà atto al punto 5 delle arringhe finali (doc. III/1), resta da esaminare se sulla base di quanto emerso dall'esame in tale ambito effettuato il 25 febbraio 2015 presso il _____ dell'Ospedale _____ di _____, l'attore può pretendere ad indennità giornaliera nella misura del 50% (doc. III). Preliminarmente va evidenziato come l'interessato, rettamente, non chiede l'allestimento di una perizia giudiziaria in tale ambito, ma si limita a sostenere che sulla base della valutazione del 25 febbraio 2015 (referto del 5 marzo 2015) dei dr. med. _____, Capoclinica e dr. psic. _____, neuropsicologo, attivi presso il _____, interpellati dal medico curante, dr. med. _____, egli sarebbe da ritenere incapace al lavoro nella misura del 50%, come da loro stabilito e come sarebbe stato confermato dal dott. _____ il 30 marzo 2016. L'interessato sostiene che “ fanno stato le valutazioni contenute nell'incarto AI, e non contestate dalla convenuta ” (doc. III/1). Il dr. med. _____ ed il dr. psic. _____, quale motivo della consultazione, hanno indicato la riduzione delle capacità mnesiche in stato depressivo fluttuante e disturbo misto della personalità con tratti schizotipico-paranoidi (pag. 114 incarto AI). Essi hanno stabilito che l'indagine neuropsicologica è indicativa di molte fluttuazioni attentive e soprattutto di un uso di strategie cognitive molto carente, in compiti mnesici, esecutivi e prassico-costruttivi. Tali difficoltà appaiono anche correlate a episodi di confusione e disattenzione con una probabile base psicogena di tipo ansioso e possono influenzare la resa lavorativa (pag. 114 incarto AI). Essi hanno concluso che “ emergono molte fluttuazioni attentive e soprattutto un uso di strategie carente e solo parziale, in compiti mnesici, esecutivi e che richiedono interpretazione di materiale complesso. La memoria a breve e a lungo termine appaiono ridotte e risentono della deficitaria abilità di strutturare il materiale da apprendere, che risulta perciò difficilmente revocabile ” (pag. 117 incarto AI) ed hanno stabilito che l'interessato è “ abile al 50% sul piano neuropsicologico ”. In primo luogo va evidenziato come tale valutazione non è stata ignorata dalla perita, dr.ssa med. _____, che l'ha citata a pag. 29 del referto. Essa non è tuttavia stata ritenuta rilevante nel caso di specie sulla base delle altre valutazioni mediche e delle risultanze oggettive agli atti. In ogni caso, nell'ambito della perizia amministrativa effettuata per l'AI, l'interessato, proprio in seguito alle constatazioni effettuate dai due specialisti del _____, è stato visitato in data 15 marzo 2016 dal dott. _____, attivo presso l'Ambulatorio di Neuropsicologia presso l'Ospedale _____ di _____, su incarico della dr.ssa med. _____, perita amministrativa. Egli ha specificatamente esaminato l'ambito neuropsicologico. Nel

referto redatto il 30 marzo 2016 lo specialista ha rilevato che motivo della richiesta era quello di effettuare accertamenti neuropsicologici nell'ambito di una perizia psichiatrica per un assicurato già sottoposto a valutazione cognitiva il 5 marzo 2015 (recte: 25 febbraio 2015), quando sono stati riscontrati disturbi dell'attenzione e carente uso di strategie in compiti mnesici, esecutivi e prassico-costruttivi. Il dott. _____, dopo aver descritto gli elementi anamnestici e la valutazione (osservazione ed esito dei test neuropsicologici), ha affermato come " l'esame neuropsicologico mette in evidenza un profilo sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'esame del 2015 presso il _____. Tuttavia vi sono dubbi sull'attendibilità dei risultati, così come oggettivato dalle prove per il controllo della simulazione. Al momento non è pertanto possibile esprimersi sulla effettiva presenza di disturbi cognitivi né, conseguentemente, sulla loro entità ". Il dott. _____ ha pure affermato che " emergono infatti alcuni valori alquanto inusuali, francamente al di sotto delle attese o molto vicini al valore limite. Le prove per il controllo della simulazione sono apparentemente complesse ma in realtà molto semplici e vengono risolte positivamente anche da pazienti con disturbi cognitivi accertati e dovuti a patologie neurologiche (es. trauma cranico o demenza). Il signor AT 1 ha mostrato in questi test prestazioni inferiori a quelle dei pazienti neurologici: questo dato lascia pertanto emergere dei dubbi sulla reale presenza e sull'entità dei disturbi cognitivi lamentati " (pag. 33 e 34 incarto AI). Ne segue che le conclusioni dei dr. med. _____ e dr. psic. _____ non sono concludenti e non sono atte a comprovare, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante un'incapacità lavorativa del 50%. Tanto più che anche nell'ambito dei colloqui effettuati dall'attore nel corso delle visite per la perizia giudiziaria e per la perizia amministrativa erano emerse numerose anomalie. Infatti, come già evidenziato, la dr.ssa med. _____ ha rilevato che " durante i colloqui peritali sono emerse discrepanze tra i sintomi soggettivi riferiti dal periziando e quelli oggettivabili durante la valutazione peritale ", già messe in evidenza anche dalla perita del _____, dr.ssa med. _____ e dal medico SMR, dr. med. _____, e che " è emersa inoltre la tendenza ad una significativa amplificazione dei sintomi psichici ". A questo proposito il dr. med. _____ (cfr. pag. 47 incarto AI), FMH psichiatria e psicoterapia, medico SMR, dopo aver visitato l'attore in data 6 luglio 2015, nel rapporto finale SMR con esame, aveva già evidenziato come " spicca la vaghezza dei sintomi riferiti dall'assicurato ", che " il fattore determinante è la completa discrepanza tra le lamentele soggettive e l'oggettività dello status clinico, che è praticamente nella norma ", che " l'amplificazione delle lamentele psichiche e fisiche è fatta su base consapevole; l'assicurato osserva il perito con attenzione, per cercare di fornire delle risposte che siano confacenti a quanto il perito si aspetta ". Da parte sua la dr.ssa med. _____ ha evidenziato che " i colloqui sono stati caratterizzati da notevole discrepanza tra dati oggettivi e soggettivi, come pure emergono incoerenze ". Inoltre, a proposito delle risultanze del test neuropsicologico effettuato dal dott. _____, la dr.ssa med. _____ ha rilevato che " confrontato con la gravità dell'esito dei test neurocognitivi che se veritieri sarebbero compatibili con un quadro di demenza, mi impedisce approfondimenti clinici, rispondendo "non mi ricordo e non so", eccetto poi essere in grado in modo preciso di raccontarmi come avrebbe rimediato alla dimenticanza del mattino ("avevo un appuntamento con l'oculista alle ore 10.00 ed essendomi dimenticato ho chiamato il dottore inventandomi che avevo rotto la macchina"), o come il suo malessere gli avesse impedito di festeggiare il suo compleanno ("compio gli anni il 10 marzo e mio figlio mi aveva regalato un biglietto aereo per la Sicilia per andare a festeggiare, ma la mia agorafobia e ansia non mi ha permesso di prendere l'aereo) " (pag.

15-16 perizia). Essa ha pure potuto constatare che “ non emergono deficit di concentrazione e attenzione: appare in grado di comprendere le mie domande e rispondere in modo pertinente ” (pag. 16 perizia) ed ha affermato che è “ emersa quindi inoltre la tendenza ad una significativa amplificazione dei sintomi psichiatrici come oggettivato dai test neuro cognitivi effettuati in corso di valutazione peritale ”. Ciò trova conferma sin dal rapporto di rilevamento tempestivo del 18 settembre 2014, redatto da una funzionaria dell’AI, la quale ha sottolineato come l’interessato pur avendo affermato di evitare, a causa della sua patologia, la guida, si è presentato guidando il furgone (pag. 20 incarto AI). Alla luce di quanto sopra, segnatamente quanto accertato dalla perita giudiziaria dr.ssa med.

_____, dalla perita amministrativa dr.ssa med. _____, dal medico SMR dr. med. _____ e dal dott. _____, l’incapacità lavorativa al 50% in ambito neuropsicologico non trova conferma e ciò neppure se, come sostiene l’interessato con le arringhe finali, facessero unicamente “ stato le valutazioni contenute nell’incarto AI, e non contestate dalla convenuta ” (doc. III/1). Anzi, ci si potrebbe chiedere se la richiesta dell’attore, alla luce delle chiare risultanze documentali, non sia temeraria. Ne segue che l’attore non ha diritto ad alcuna ulteriore prestazione. 2.11. In queste condizioni, il Tribunale rinuncia all’assunzione di ulteriori prove giacché gli atti prodotti dalle parti, le testimonianze raccolte dal Pretore 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). 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’incarto 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 respinta. All’assicuratore, rappresentato dal servizio giuridico interno alla cassa medesima, non vanno assegnate ripetibili (cfr. sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4 e seguenti; sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47; sentenza 5C.244/2000 del 9 gennaio 2001, consid. 5). 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.