

TI_GERICHTE 36.2019.114 vom 22. September 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-09-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.114

FR: TI_GERICHTE 36.2019.114 du 22 septembre 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2019.114 del 22 settembre 2020

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).

2.8.2. 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. (■).

2.8.3. Inoltre, per quanto concerne la valutazione dei referti dei medici, si può ancora fare riferimento alla sentenza 4A_571/2016 del 23 marzo 2017, consid. 4.2 e alla sentenza 4A_42/2017 del 29 gennaio 2018, consid. 3.1 e seguenti.

Quest'ultimo caso tratta una fattispecie che trae origine da una sentenza del 15 dicembre 2016 della Corte di Giustizia ginevrina che aveva condannato un assicuratore al versamento dell'importo di fr. 84'747.60 oltre interessi all'attore ritenendo, in sostanza, che l'incapacità lavorativa dell'assicurato era stata correttamente attestata dal medico curante, mentre non poteva essere attribuita alcuna forza probante agli avvisi emessi dal medico di fiducia dell'assicuratore poiché rivestivano un carattere estremamente sommario e il medico non aveva visitato l'assicurato. L'incapacità al lavoro era inoltre corroborata dal fatto che l'interessato aveva inoltrato una richiesta di rilevamento tempestivo presso l'AI.

Il Tribunale federale ha respinto il ricorso inoltrato dall'assicuratore.

Quest'ultimo rimproverava innanzitutto la circostanza che il Tribunale cantonale aveva scartato le conclusioni del medico fiduciario e si era fondato unicamente sulle considerazioni del medico curante. Secondo l'assicuratore se il Tribunale non avesse ritenuto sufficienti i documenti prodotti dalla convenuta avrebbe dovuto sentire il medico fiduciario ed allestire una perizia medica.

L'Alta Corte (consid. 3.2) ha rammentato che il diritto alla prova è parte del diritto di essere sentito garantito dalla Costituzione federale (art. 29 cpv. 2); il diritto alla prova deriva parimenti dall'art. 8 CC e dall'art. 152 CPC. Ciò implica che ogni parte ha diritto, per stabilire un fatto pertinente contestato, di chiedere l'assunzione dei mezzi di prova adeguati, ritenuto che la domanda deve essere proposta regolarmente e nei tempi e modi adeguati secondo la legge di procedura applicabile.

Gli art. 8 CC e 152 CC non regolano l'apprezzamento delle prove e non dicono quali prove devono essere ordinate, né dettano al giudice civile come deve forgiare la sua opinione. Inoltre, il diritto alla prova non impedisce al giudice di mettere un termine all'istruttoria quando le prove acquisite gli permettono di prendere una decisione e che in applicazione dell'apprezzamento anticipato delle prove che sono state richieste, ha la certezza che queste ultime non lo porterebbero a cambiare la sua opinione.

Il Tribunale federale al consid. 3.3 ha poi evidenziato che secondo il Tribunale cantonale l'incapacità lavorativa era stata attestata sia dal medico curante che dal suo psichiatra curante. Non ha attribuito alcuna forza probatoria alle prese di posizione del medico di fiducia perché sommarie e non motivate. Il medico fiduciario si era inoltre determinato sulla sola base degli atti. La Corte cantonale ha rinunciato a sentire il medico poiché non aveva mai visto l'assicurato e dunque una sua audizione sarebbe stata inutile. Quanto alla perizia giudiziaria, essa avrebbe unicamente permesso di costatare lo stato di salute in quel momento senza potersi determinare sul passato. Il perito, inoltre, avrebbe dovuto fondarsi sulle informazioni fornite dai curanti.

Al consid. 3.3.1 l'Alta Corte ha rilevato che il Tribunale cantonale non ha ignorato che l'art. 247 cpv. 2 lett. a CPC gli impone di stabilire i fatti d'ufficio. Esso l'ha citata al consid. 6 della sentenza impugnata. Il Tribunale federale rammenta tuttavia che la massima

inquisitoria sociale non permette di estendere l'assunzione delle prove a piacimento e di raccogliere tutte le prove possibili. Non impedisce al giudice di rinunciare ad un mezzo di prova in applicazione del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove.

Il TF, al consid. 3.3.2, ha ribadito che una perizia privata non è un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e deve essere assimilata ad una semplice allegazione della parte che l'ha prodotta. In applicazione dell'art. 150 cpv. 1 CPC devono essere comprovate solo le allegazioni che sono espressamente contestate. Tale contestazione deve essere sufficientemente precisa per raggiungere il suo scopo, ossia permettere alla controparte di comprendere quali allegazioni deve comprovare. Il grado di precisione di un'allegazione incide sul grado di motivazione che deve rivestire la sua contestazione. Più le affermazioni di una parte sono dettagliate, più elevate sono le esigenze quanto alla precisione della loro contestazione. Una reiezione in blocco delle argomentazioni non è sufficiente. Il fardello della contestazione non comporta tuttavia un'inversione dell'onere della prova.

Il Tribunale federale al consid. 3.3.2 ha poi esaminato il merito della vertenza, rilevando che l'assicurato ha fondato le sue pretese sui numerosi documenti del proprio medico curante. Se la maggior parte di essi si limitano a menzionare la percentuale e la durata dell'incapacità lavorativa, ve ne sono due che sono maggiormente dettagliati, ossia le corrispondenze del 17 maggio 2015 e del 18 marzo 2016. Nel primo il curante risponde alle domande del medico di fiducia dell'assicuratore, descrive la malattia di cui è affetto l'assicurato, le cause, il trattamento medicamentoso somministrato, la psicoterapia seguita con il proprio collega, l'evoluzione della patologia e la prognosi, riservata perché doveva essere discussa con lo psichiatra.

Da parte sua l'assicuratore contesta in blocco queste allegazioni riferendosi al proprio medico fiduciario. Le sue affermazioni sono tuttavia prive di qualsiasi motivazione. Esse sono state rilasciate dapprima in un formulario non firmato del 1° giugno 2015 dove il medico fiduciario ha affermato, senza alcuna spiegazione e sulla sola base degli atti, che l'assicurato avrebbe potuto riprendere l'attività lavorativa al 50% dal 1° luglio 2015 e poi al 100% dal 1° settembre 2015; in seguito lo stesso medico fiduciario, in un altro documento, datato 2 novembre 2015, si è limitato ad affermare «Ok de non-entrée en matière et lettre A. SA» ed infine ha emesso un avviso il 30 novembre 2015 dove ha in sostanza affermato che malgrado la lettera del 2 novembre 2015 dell'assicurato e del 12 ottobre 2015 del medico curante non vi è alcuna limitazione funzionale suscettibile di modificare la decisione di non entrata nel merito dal 1° settembre 2015.

In queste condizioni, rileva il Tribunale federale, non può essere esatto dall'assicurato di dimostrare la sua incapacità lavorativa tramite una perizia medica, poiché non poteva sapere, in assenza di qualsiasi contestazione concreta, quali fatti doveva provare.

Il TF rileva tuttavia che la perizia è stata richiesta dall'assicuratore per completare i suoi mezzi di prova ed ha esaminato se la richiesta è stata rifiutata con un apprezzamento anticipato arbitrario delle prove. Secondo l'Alta Corte non vi era alcunché di insostenibile nel ritenere che la perizia non avrebbe permesso di stabilire lo stato di salute passato dell'assicurato, poiché il perito avrebbe dovuto fondarsi sulle informazioni dei medici curanti.

Neppure la mancata audizione del medico fiduciario è arbitraria.

Infatti la sua opinione non si fondava su una visita dell'assicurato ma solo sugli atti e dunque sui rapporti dei medici curanti.

Il Tribunale federale ha poi apprezzato il valore delle allegazioni del medico curante dell'assicurato sulla base degli altri elementi agli atti. In effetti in alcune circostanze le allegazioni precise risultanti da un rapporto medico possono portare la prova della loro veridicità se sono fondate su indizi oggettivi. Ciò è il caso quando, come nel caso giudicato, una contestazione concreta delle allegazioni manca (cfr. anche sentenza 4A_318/2016 del 3 agosto 2016, consid. 3.2). Ora, le indicazioni del medico curante trovano conferma nel rapporto stabilito dallo psichiatra il 5 aprile 2016, il quale ha attestato di aver seguito l'assicurato in psicoterapia dal 26 gennaio 2016 con frequenza settimanale, in ragione di una sintomatologia depressiva sopraggiunta, secondo l'anamnesi del paziente, in seguito ad un burn-out subito nel dicembre 2014 nell'ambito del suo lavoro. L'ulteriore rapporto del medesimo psichiatra del 4 novembre 2016 conferma quanto stabilito, enumerando i sintomi costatati. Considerato poi che l'assicurato ha inoltrato una domanda di rilevamento tempestivo presso l'assicurazione invalidità, la Corte cantonale poteva concludere, senza cadere nell'arbitrio, alla correttezza dell'incapacità al lavoro allegata.

Cfr. anche STF 4A_544/2019 del 26 maggio 2020.

2.9. Va ancora rammentato che 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/RSAS 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 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).

2.11. 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 del 20 luglio 2020 (doc. XXXI), privo di contraddizioni, presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante: 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).

La circostanza sollevata dall'assicuratore secondo cui la stessa perita ha evidenziato le difficoltà nell'esprimersi in merito ad uno stato psichico pregresso non è un motivo per non attribuire alla perizia giudiziaria piena forza probatoria, giacché essa è intrinseca nelle valutazioni peritali, segnatamente in ambito psichiatrico, che devono prendere in considerazione stati di fatto ormai pregressi.

La specialista ha potuto accertare lo stato di salute dell'attrice in occasione delle tre visite effettuate, recentemente, tra maggio e giugno 2020, nel corso delle quali ha esaminato personalmente lo stato psichico dell'attrice ed ha potuto stabilire il grado d'incapacità lavorativa dell'assicurata anche alla luce del fatto che nel corso del tempo il suo stato valetudinario non ha subito particolari mutazioni.

La perita non si è limitata a prendere in considerazione solo gli elementi soggettivi descritti dall'attrice, ma ha pure elencato una serie di elementi oggettivi che l'hanno indotta a confermare le valutazioni dei curanti sulla base di una valutazione che necessariamente è retrospettiva e può fondarsi unicamente sulla documentazione agli atti oltre che su quanto affermato dall'assicurata stessa: la postura è rigida e la mimica poco espressiva; leggero rallentamento a livello psicomotorio, apatia e anedonia, ideazione depressiva, umore tendenzialmente depresso, affettività apparentemente appiattita, stato d'ansia molto importante; attenzione e concentrazione appaiono diminuite, emergono sentimenti di inutilità, autostima scarsa, perdita del piacere e dell'interesse nelle cose in generale; reattività nei confronti delle circostanze e degli eventi normalmente piacevoli appare ridotta; ritmo del sonno è interrotto da risvegli notturni durante i quali riferisce una marcata irrequietezza a causa delle preoccupazioni.

Agli atti non vi sono atti medici precedenti o successivi al referto peritale che mettono in dubbio le conclusioni della specialista.

Né si può concludere diversamente sulla sola base del rapporto del 12 settembre 2018 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 13).

Infatti, anche lo specialista incaricato dall'assicuratore con l'accordo dell'attrice, al momento della visita dell'11 settembre 2018 non ha messo in dubbio la completa incapacità lavorativa dell'interessata derivante dalla sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD-10 F.43.22).

Il dr. med. _____ si è infatti in sostanza limitato ad effettuare una previsione per il futuro, secondo la quale ■ grazie ad una terapia farmacologica adeguata quale a quella ora impostata dovrebbe portare un miglioramento notevole dello stato di salute entro 6 settimane, dunque entro il 15 ottobre prossimo. Dal 15.10.2018 l'assicurata potrà dunque riprendere l'attività abituale di aiuto cucina ■ (doc. 13, sottolineatura del redattore; cfr. anche pag. 6: ■ Dal punto di vista esclusivamente psichiatrico il miglioramento sarà possibile grazie alla nuova presa medicamentosa adeguata ■).

Lo specialista non ha tuttavia più visitato l'attrice per accertare l'effettiva e concreta evoluzione del suo stato di salute, né si è espresso sull'ulteriore documentazione medica prodotta successivamente dall'interessata.

Ora, come emerge dai referti dei medici curanti, segnatamente del dott. _____, psichiatra, MD PhD, ricercatore di Psichiatria presso l'Università _____, nonché della perita, malgrado la terapia messa in atto, non vi è stato un miglioramento tale da modificare la capacità lavorativa dell'attrice (cfr. doc. Z, presa di posizione del 22 giugno 2019). Anzi, a causa del licenziamento intervenuto proprio nel mese di ottobre 2018 (cfr. doc. U e prese di posizione del dott. _____), l'auspicata modifica delle condizioni di salute non è avvenuta. Del resto, la perita ha evidenziato come un lavoro psicoterapico approfondito non sia stato e non è tutt'ora possibile e come l'evoluzione sfavorevole del caso possa essere giustificato dalle scarse capacità di mentalizzazione dell'interessata e dalla sua struttura di personalità fragilizzata già a partire dall'infanzia.

La valutazione del dr. med. _____, che non ha potuto constatare personalmente se quanto previsto è poi effettivamente accaduto, non è di conseguenza atta a mettere in dubbio la valutazione peritale. Inoltre, la sola circostanza che l'attrice ha sottoscritto un documento nel quale viene indicato che le risultanze della perizia (del dr. med. _____) saranno considerate alla risoluzione del caso (doc. 12), non modifica l'esito della vertenza. Esse infatti sono state prese in considerazione, ma non permettono di contraddire quanto accertato dalla perita giudiziaria.

Quanto alla circostanza che sarebbero stati i ritardi dell'attrice nel contestare la presa di posizione dell'assicuratore ad impedire a quest'ultimo di effettuare ulteriori accertamenti, va evidenziato come invece l'interessata sin da subito ha prodotto le prese di posizione del 31 ottobre 2018 del dott. _____ (doc. 18) e del 4 dicembre 2018 del dott. _____ (doc. 23). La convenuta si è invece limitata ad invitare l'attrice, in caso di disaccordo, ad adire il TCA, senza più sottoporre i referti al dr. med. _____ (cfr. doc. 19).

Alla luce di quanto sopra esposto non vi è documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali. Le valutazioni della dr.ssa med. _____, compatibili con quanto accertato dal medico curante, dott. _____, MD PhD, ricercatore presso l'Università _____ e che ha visto l'attrice 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'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attrice 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'attrice è completamente inabile al lavoro anche dopo il 23 ottobre 2018, ritenuto come la perita non abbia rilevato alcuna interruzione, nel corso del tempo, dell'incapacità lavorativa.

2.12. Rammentato che l'incapacità lavorativa dal 28 febbraio 2017 al 30 aprile 2017 non era dovuta alla medesima patologia psichiatrica ma ad una tendinite (cfr. consid. 2.6.), e che di conseguenza l'invocato (dalla convenuta) art. _____ CGA non trova applicazione (cfr. consid. 2.2. e 2.6.), l'assicuratore va condannato a pagare le indennità giornaliere non

ancora versate.

Dagli atti emerge che CV 1 ha versato complessivamente fr. 25'149.25 per il periodo d'invalidità lavorativa dal 7 marzo 2018 al 22 ottobre 2018 (doc. 16), ossia per 230 giorni (25 + 30 + 31 + 30 + 31 + 31 + 30 + 22).

L'attrice chiede il pagamento complessivo di 720 indennità giornaliere (cfr. anche doc. VIII, punto 15).

Ne segue che restano da versare 490 indennità giornaliere (720 - 230).

L'attrice in sede di petizione (doc. I, pag. 16) e replica (doc. VIII, pag. 8), ha sostenuto che l'indennità giornaliera ammontava a fr. 93.71. L'assicuratore non ha contestato tale ammontare (cfr. risposta, doc. IV).

In sede di conclusioni l'interessata ha aumentato l'importo a fr. 93.75 (doc. XLII, pag. 10, punto 7), senza tuttavia spiegarne in maniera dettagliata il calcolo.

Ne segue che la convenuta va condannata a versare all'attrice l'importo complessivo di fr. 45'917.90 (490 x 93.71).

2.14. 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 l'audizione dell'attrice, le testimonianze di suo marito, _____, e del dr. med. _____ (cfr. doc. IX), _____, _____ e _____, alla luce della perizia medica diventano superflue, così come l'edizione della polizza assicurativa relativa al contratto d'indennità giornaliera, giacché agli atti sono state prodotte le CGA.

Non è neppure necessario, alla luce dell'esito della petizione e di quanto indicato al consid. 2.11, né richiamare dall'assicurazione l'intero incarto dal 2007 ad oggi, né richiamare dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____, i loro bilanci e conti economici dal 2009, compresi i dettagli della contabilità con i conti di tutte le loro entrate, per dimostrare, secondo l'interessata, che essi realizzano una quota ragguardevole delle loro entrate grazie alle perizie allestite per le compagnie assicurative, l'AI, ecc. (doc. VIII, pag. 10).

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).

2.16. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC).

All'attrice, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili.

2.17. 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 per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

E. 2

Sono nulli i patti che assoggettano il credito verso l'assicuratore ad una prescrizione o ad un termine più breve. Rimane ferma la disposizione dell'articolo 39 capoverso 2 numero 2 della presente legge." Questa norma è semi-imperativa (art. 98 cpv. 1 LCA) siccome non derogabile a danno dello stipulante o dell'avente diritto (Carré , in: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 319; Brulhart, *Droit des assurances privées*, Stämpfli 2008, n. 870 pag. 387). In concreto le parti non fanno valere alcuna norma divergente contenuta nelle CGA, di modo che l'art. 46 LCA trova piena applicazione. Nel caso di specie la petizione è stata inoltrata il 21 novembre 2019 e chiede la condanna dell'assicuratore a prestazioni dal 23 ottobre 2018 (doc. I, punto 21). Per salvaguardare la prescrizione biennale l'attrice deve inoltrare la petizione entro due anni a decorrere dal "dies a quo" , ossia dal fatto dal quale nasce l'obbligazione. Secondo la dottrina, il "dies a quo" non coincide sempre e comunque con la sopravvenienza del rischio, ma deve essere esaminato in relazione al tipo di copertura assicurativa. Per ogni tipo di copertura vanno esaminati i criteri fondanti il diritto del beneficiario o del prenditore a far valere le sue pretese nei confronti dell'assicurazione (DTF 139 III 263 consid. 1.2; Brulhart , op. cit., n. 871-874, pagg. 388 a 400; Jean-Benoît Meuwli , *La durée de la couverture d'assurance privée*, tesi Friburgo 1994). Con sentenza pubblicata in DTF 139 III 263 il Tribunale federale ha stabilito che ognuna delle rendite dovute in virtù di un contratto di assicurazione contro l'incapacità di guadagno si prescrive in due anni conformemente al termine previsto dall'art. 46 cpv. 1 LCA. Tale disposizione non disciplina la questione particolare dell'estinzione del rapporto di base su cui si fonda il diritto a ricevere delle rendite. Per questa entra unicamente in linea di conto l'art. 131 CO, il rapporto di base essendo sottoposto al termine decennale dell'art. 127 CO. Per quanto concerne le indennità giornaliere derivanti dall'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia, con sentenza pubblicata in DTF 139 III 418 il Tribunale federale, modificando la precedente giurisprudenza (di cui alla DTF 127 III 268), ha stabilito che se un assicurato può pretendere la prestazione di singole indennità giornaliere, queste si prescrivono, dopo che l'incapacità lavorativa è stata attestata medicalmente e il termine di attesa decorso , non complessivamente ma una per una a partire dal giorno per il quale sono state richieste. Il Tribunale federale si è pronunciato precisamente sulla prescrizione delle indennità giornaliere in caso di malattia secondo l'art. 46 LCA, ricordando l'evoluzione della giurisprudenza e della dottrina dalla DTF 127 III 268 in poi (cfr. consid.

E. 2.8

2.8.1. 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 fosse 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 (*substantiiert*), 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). 2.8.2. 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 .”).

E. 2.8.3

Inoltre, per quanto concerne la valutazione dei referti dei medici, si può ancora fare riferimento alla sentenza 4A_571/2016 del 23 marzo 2017, consid. 4.2 e alla sentenza 4A_42/2017 del 29 gennaio 2018, consid. 3.1 e seguenti. Quest'ultimo caso tratta una fattispecie che trae origine da una sentenza del 15 dicembre 2016 della Corte di Giustizia ginevrina che aveva condannato un assicuratore al versamento dell'importo di fr. 84'747.60 oltre interessi all'attore ritenendo, in sostanza, che l'incapacità lavorativa dell'assicurato era stata correttamente attestata dal medico curante, mentre non poteva essere attribuita alcuna forza probante agli avvisi emessi dal medico di fiducia dell'assicuratore poiché rivestivano un carattere estremamente sommario e il medico non aveva visitato l'assicurato.

L'incapacità al lavoro era inoltre corroborata dal fatto che l'interessato aveva inoltrato una richiesta di rilevamento tempestivo presso l'AI. Il Tribunale federale ha respinto il ricorso inoltrato dall'assicuratore. Quest'ultimo rimproverava innanzitutto la circostanza che il Tribunale cantonale aveva scartato le conclusioni del medico fiduciario e si era fondato unicamente sulle considerazioni del medico curante. Secondo l'assicuratore se il Tribunale non avesse ritenuto sufficienti i documenti prodotti dalla convenuta avrebbe dovuto sentire il medico fiduciario ed allestire una perizia medica. L'Alta Corte (consid. 3.2) ha rammentato che il diritto alla prova è parte del diritto di essere sentito garantito dalla Costituzione federale (art. 29 cpv. 2); il diritto alla prova deriva parimenti dall'art. 8 CC e dall'art. 152 CPC. Ciò implica che ogni parte ha diritto, per stabilire un fatto pertinente contestato, di chiedere l'assunzione dei mezzi di prova adeguati, ritenuto che la domanda deve essere proposta regolarmente e nei tempi e modi adeguati secondo la legge di procedura applicabile. Gli art. 8 CC e 152 CC non regolano l'apprezzamento delle prove e non dicono quali prove devono essere ordinate, né dettano al giudice civile come deve forgiare la sua opinione. Inoltre, il diritto alla prova non impedisce al giudice di mettere un termine all'istruttoria quando le prove acquisite gli permettono di prendere una decisione e che in applicazione dell'apprezzamento anticipato delle prove che sono state richieste, ha la certezza che queste ultime non lo porterebbero a cambiare la sua opinione. Il Tribunale federale al consid. 3.3 ha poi evidenziato che secondo il Tribunale cantonale l'incapacità lavorativa era stata attestata sia dal medico curante che dal suo psichiatra curante. Non ha attribuito alcuna forza probatoria alle prese di posizione del medico di fiducia perché sommarie e non motivate. Il medico fiduciario si era inoltre determinato sulla sola base degli atti. La Corte cantonale ha rinunciato a sentire il medico poiché non aveva mai visto l'assicurato e dunque una sua audizione sarebbe stata inutile. Quanto alla perizia giudiziaria, essa avrebbe unicamente permesso di costatare lo stato di salute in quel momento senza potersi determinare sul passato. Il perito, inoltre, avrebbe dovuto fondarsi sulle informazioni fornite dai curanti. Al consid. 3.3.1 l'Alta Corte ha rilevato che il Tribunale cantonale non ha ignorato che l'art. 247 cpv. 2 lett. a CPC gli impone di stabilire i fatti d'ufficio. Esso l'ha citata al consid. 6 della sentenza impugnata. Il Tribunale federale rammenta tuttavia che la massima inquisitoria sociale non permette di estendere l'assunzione delle prove a piacimento e di raccogliere tutte le prove possibili. Non impedisce al giudice di rinunciare ad un mezzo di prova in applicazione del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove. Il TF, al consid. 3.3.2, ha ribadito che una perizia privata non è un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e deve essere assimilata ad una semplice allegazione della parte che l'ha prodotta. In applicazione dell'art. 150 cpv. 1 CPC devono essere comprovate solo le allegazioni che sono espressamente contestate. Tale contestazione deve essere sufficientemente precisa per

raggiungere il suo scopo, ossia permettere alla controparte di comprendere quali allegazioni deve comprovare. Il grado di precisione di un'allegazione incide sul grado di motivazione che deve rivestire la sua contestazione. Più le affermazioni di una parte sono dettagliate, più elevate sono le esigenze quanto alla precisione della loro contestazione. Una reiezione in blocco delle argomentazioni non è sufficiente. Il fardello della contestazione non comporta tuttavia un'inversione dell'onere della prova. Il Tribunale federale al consid. 3.3.2 ha poi esaminato il merito della vertenza, rilevando che l'assicurato ha fondato le sue pretese sui numerosi documenti del proprio medico curante. Se la maggior parte di essi si limitano a menzionare la percentuale e la durata dell'incapacità lavorativa, ve ne sono due che sono maggiormente dettagliati, ossia le corrispondenze del 17 maggio 2015 e del 18 marzo 2016. Nel primo il curante risponde alle domande del medico di fiducia dell'assicuratore, descrive la malattia di cui è affetto l'assicurato, le cause, il trattamento medicamentoso somministrato, la psicoterapia seguita con il proprio collega, l'evoluzione della patologia e la prognosi, riservata perché doveva essere discussa con lo psichiatra. Da parte sua l'assicuratore contesta in blocco queste allegazioni riferendosi al proprio medico fiduciario. Le sue affermazioni sono tuttavia prive di qualsiasi motivazione. Esse sono state rilasciate dapprima in un formulario non firmato del 1° giugno 2015 dove il medico fiduciario ha affermato, senza alcuna spiegazione e sulla sola base degli atti, che l'assicurato avrebbe potuto riprendere l'attività lavorativa al 50% dal 1° luglio 2015 e poi al 100% dal 1° settembre 2015; in seguito lo stesso medico fiduciario, in un altro documento, datato 2 novembre 2015, si è limitato ad affermare " Ok de non-entrée en matière et lettre A. SA " ed infine ha emesso un avviso il 30 novembre 2015 dove ha in sostanza affermato che malgrado la lettera del 2 novembre 2015 dell'assicurato e del 12 ottobre 2015 del medico curante non vi è alcuna limitazione funzionale suscettibile di modificare la decisione di non entrata nel merito dal 1° settembre 2015. In queste condizioni, rileva il Tribunale federale, non può essere esatto dall'assicurato di dimostrare la sua incapacità lavorativa tramite una perizia medica, poiché non poteva sapere, in assenza di qualsiasi contestazione concreta, quali fatti doveva provare. Il TF rileva tuttavia che la perizia è stata richiesta dall'assicuratore per completare i suoi mezzi di prova ed ha esaminato se la richiesta è stata rifiutata con un apprezzamento anticipato arbitrario delle prove. Secondo l'Alta Corte non vi era alcunché di insostenibile nel ritenere che la perizia non avrebbe permesso di stabilire lo stato di salute passato dell'assicurato, poiché il perito avrebbe dovuto fondarsi sulle informazioni dei medici curanti. Neppure la mancata audizione del medico fiduciario è arbitraria. Infatti la sua opinione non si fondava su una visita dell'assicurato ma solo sugli atti e dunque sui rapporti dei medici curanti. Il Tribunale federale ha poi apprezzato il valore delle allegazioni del medico curante dell'assicurato sulla base degli altri elementi agli atti. In effetti in alcune circostanze le allegazioni precise risultanti da un rapporto medico possono portare la prova della loro veridicità se sono fondate su indizi oggettivi. Ciò è il caso quando, come nel caso giudicato, una contestazione concreta delle allegazioni manca (cfr. anche sentenza 4A_318/2016 del 3 agosto 2016, consid. 3.2). Ora, le indicazioni del medico curante trovano conferma nel rapporto stabilito dallo psichiatra il 5 aprile 2016, il quale ha attestato di aver seguito l'assicurato in psicoterapia dal 26 gennaio 2016 con frequenza settimanale, in ragione di una sintomatologia depressiva sopraggiunta, secondo l'anamnesi del paziente, in seguito ad un burn-out subito nel dicembre 2014 nell'ambito del suo lavoro. L'ulteriore rapporto del medesimo psichiatra del 4 novembre 2016 conferma quanto stabilito, enumerando i sintomi costatati. Considerato poi che l'assicurato ha inoltrato una domanda di rilevamento tempestivo presso l'assicurazione

invalidità, la Corte cantonale poteva concludere, senza cadere nell'arbitrio, alla correttezza dell'incapacità al lavoro allegata. Cfr. anche STF 4A_544/2019 del 26 maggio 2020. 2.9. Va ancora rammentato che 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. CFP, 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/RSAS 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 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).

2.10. 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 135 V 465 consid.

E. 2.13

L'assicurata chiede che vengano pagati gli interessi di mora al 5% dal 24 ottobre 2018 sull'intero importo dovuto. Per quanto concerne gli interessi va rilevato che con sentenza 4A_468/2008 del 20 febbraio 2009 il TF ha rammentato: "

E. 3

Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva ICD-10 F:43.22.

E. 3.2

Il ricorrente si aggrava anche contro la decisione sugli interessi di mora. Invano. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni gli ha accordato interessi di mora del 5 % sulla somma residua di fr. 68'420.10 (137'065 ./ 68'644.90) dall'8 febbraio 2008 al 29 febbraio 2008, cioè dal giorno della prima interpellazione (art. 102 cpv. 1 CO) al giorno della ricezione del pagamento. Il ricorrente obietta che gli interessi di mora andrebbero riconosciuti dal 24 dicembre 2006, momento nel quale, a suo dire, la prestazione assicurata avrebbe dovuto essergli versata. A torto. Gli interessi di ritardo del 5 % (art. 104 cpv. 1 CO)

sono dovuti dal giorno dell'interpellazione del creditore, che mette in mora il debitore (art. 102 cpv. 1 CO). Queste norme si applicano anche al contratto d'assicurazione (JÜRGE NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 20 art. 41 LCA). Dato che il ricorrente non contesta la data della prima messa in mora considerata nel giudizio impugnato, la Corte ticinese ha applicato correttamente il diritto federale. La censura dell'attore, che parrebbe conferire rilevanza, sotto il profilo degli interessi di mora, al momento in cui il credito dell'assicurato diviene esigibile (cfr. art. 41 cpv. 1 LCA), è infondata." In concreto, il 15 novembre 2018 l'interessata, tramite l'avv. _____, ha scritto alla convenuta informandola di non condividere la presa di posizione che rifiutava il versamento di ulteriori prestazioni e di ritenere di aver ancora diritto alle indennità giornaliere (doc. 20). Tuttavia, a mente del TCA, è solo con la petizione del 21 novembre 2019 che l'attrice ha messo in mora l'assicuratore per l'ammontare di fr. 36'921.74 (doc. I). Con la replica del 17 dicembre 2019 è stato chiesto il pagamento di fr. 39'358.22 (doc. VIII) e con le conclusioni del 14 settembre 2020 di fr. 46'031.25. Ne segue che l'assicuratore deve pagare gli interessi al 5% dal 21 novembre 2019 al 16 dicembre 2019 su fr. 36'921.74, dal 17 dicembre 2019 al 13 settembre 2020 su fr. 39'358.22 e dal 14 settembre 2020 su fr. 45'917.90. 2.14. 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 l'audizione dell'attrice, le testimonianze di suo marito, _____, e dei dr. med. _____ (cfr. doc. IX), _____, _____ e _____, alla luce della perizia medica diventano superflue, così come l'edizione della polizza assicurativa relativa al contratto d'indennità giornaliera, giacché agli atti sono state prodotte le CGA. Non è neppure necessario, alla luce dell'esito della petizione e di quanto indicato al consid. 2.11, né richiamare dall'assicurazione l'intero incarto dal 2007 ad oggi, né richiamare dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____, i loro bilanci e conti economici dal 2009, compresi i dettagli della contabilità con i conti di tutte le loro entrate, per dimostrare, secondo l'interessata, che essi realizzano una quota ragguardevole delle loro entrate grazie alle perizie allestite per le compagnie assicurative, l'AI, ecc. (doc. VIII, pag. 10). 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). 2.15. Alla luce di quanto sopra esposto la petizione va accolta ai sensi dei considerandi e l'assicuratore condannato al versamento all'attrice di fr. 45'917.90 oltre interessi al 5% dal 21 novembre 2019 al 16 dicembre 2019 su fr. 36'921.74, dal 17 dicembre 2019 al 13 settembre 2020 su fr. 39'358.22 e dal 14 settembre 2020 su fr. 45'917.90. 2.16. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'attrice, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili. 2.17. 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 per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

E. 4

In che misura questi disturbi limitano la persona assicurata nell'esercizio della sua ultima attività? Rispettivamente in qualunque altra attività esigibile. L'assicurata presenta ancora segni d'ansia e deflessione del tono dell'umore che riducono la caricabilità nell'attività di aiuto cucina. Il compito di cassiera, da lei riferito, provocherebbe ansia perché l'assicurata sa che svolgere quel compito porterebbe immediatamente a reazioni cutanee dolorose. Dal punto di vista psichiatrico, dal 15.10.2018 l'assicurata potrà riprendere l'attività di aiuto cucina o qualunque altra attività confacente. Non ho gli elementi per poter discutere ulteriormente la situazione concernente l'allergia.

E. 4.4

e il riferimento). 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). Inoltre, laddove altri specialisti esprimono dei pareri contrari suscettibili di mettere seriamente in dubbio la correttezza della valutazione dell'esperto giudiziario, non si può escludere, a seconda dei casi, un'interpretazione divergente delle conclusioni di quest'ultimo da parte del giudice oppure, se necessario, un'istruttoria complementare nella forma di una superperizia (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e riferimenti). 2.11. 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 del 20 luglio 2020 (doc. XXXI), privo di contraddizioni, presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, a un apprezzamento medico, piena forza probante : 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). La dr.ssa med. _____, esperta nell'ambito qui in discussione, ha minuziosamente esaminato il caso di specie, rispondendo a tutte le domande poste dal Tribunale e non contestate né completate dalle parti, dopo aver visitato l'attrice in tre occasioni (il 18 maggio 2020, il 28 maggio 2020 ed il 12 giugno 2020) ed aver preso in considerazione tutta la documentazione prodotta dalle parti ed acquisita dal Tribunale. La circostanza sollevata dall'assicuratore secondo cui la stessa perita ha evidenziato le difficoltà nell'esprimersi in merito ad uno stato psichico progressivo non è un motivo per non attribuire alla perizia giudiziaria piena forza probatoria, giacché essa è intrinseca nelle valutazioni peritali, segnatamente in ambito psichiatrico, che devono prendere in considerazione stati di fatto ormai progressivi. La specialista ha potuto accertare lo stato di salute dell'attrice in occasione delle tre visite effettuate, recentemente, tra maggio e giugno 2020, nel corso delle quali ha esaminato personalmente lo stato psichico dell'attrice ed ha potuto stabilire il grado d'incapacità lavorativa dell'assicurata anche alla

luce del fatto che nel corso del tempo il suo stato valetudinario non ha subito particolari mutazioni. La perita non si è limitata a prendere in considerazione solo gli elementi soggettivi descritti dall'attrice, ma ha pure elencato una serie di elementi oggettivi che l'hanno indotta a confermare le valutazioni dei curanti sulla base di una valutazione che necessariamente è retrospettiva e può fondarsi unicamente sulla documentazione agli atti oltre che su quanto affermato dall'assicurata stessa: la postura è rigida e la mimica poco espressiva; leggero rallentamento a livello psicomotorio, apatia e anedonia, ideazione depressiva, umore tendenzialmente depresso, affettività apparentemente appiattita, stato d'ansia molto importante; attenzione e concentrazione appaiono diminuite, emergono sentimenti di inutilità, autostima scarsa, perdita del piacere e dell'interesse nelle cose in generale; reattività nei confronti delle circostanze e degli eventi normalmente piacevoli appare ridotta; ritmo del sonno è interrotto da risvegli notturni durante i quali riferisce una marcata irrequietezza a causa delle preoccupazioni. Agli atti non vi sono atti medici precedenti o successivi al referto peritale che mettono in dubbio le conclusioni della specialista. Né si può concludere diversamente sulla sola base del rapporto del 12 settembre 2018 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 13). Infatti, anche lo specialista incaricato dall'assicuratore con l'accordo dell'attrice, al momento della visita dell'11 settembre 2018 non ha messo in dubbio la completa incapacità lavorativa dell'interessata derivante dalla sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD-10 F.43.22). Il dr. med. _____ si è infatti in sostanza limitato ad effettuare una previsione per il futuro, secondo la quale " grazie ad una terapia farmacologica adeguata quale a quella ora impostata dovrebbe portare un miglioramento notevole dello stato di salute entro 6 settimane, dunque entro il 15 ottobre prossimo. Dal 15.10.2018 l'assicurata potrà dunque riprendere l'attività abituale di aiuto cucina" (doc. 13, sottolineatura del redattore; cfr. anche pag. 6: " Dal punto di vista esclusivamente psichiatrico il miglioramento sarà possibile grazie alla nuova presa medicamentosa adeguata "). Lo specialista non ha tuttavia più visitato l'attrice per accertare l'effettiva e concreta evoluzione del suo stato di salute, né si è espresso sull'ulteriore documentazione medica prodotta successivamente dall'interessata. Ora, come emerge dai referti dei medici curanti, segnatamente del dott. _____, psichiatra, MD PhD, ricercatore di Psichiatria presso l'Università _____, nonché della perita, malgrado la terapia messa in atto, non vi è stato un miglioramento tale da modificare la capacità lavorativa dell'attrice (cfr. doc. Z, presa di posizione del 22 giugno 2019). Anzi, a causa del licenziamento intervenuto proprio nel mese di ottobre 2018 (cfr. doc. U e prese di posizione del dott. _____), l'auspicata modifica delle condizioni di salute non è avvenuta. Del resto, la perita ha evidenziato come un lavoro psicoterapico approfondito non sia stato e non è tutt'ora possibile e come l'evoluzione sfavorevole del caso possa essere giustificato dalle scarse capacità di mentalizzazione dell'interessata e dalla sua struttura di personalità fragilizzata già a partire dall'infanzia. La valutazione del dr. med. _____, che non ha potuto constatare personalmente se quanto previsto è poi effettivamente accaduto, non è di conseguenza atta a mettere in dubbio la valutazione peritale. Inoltre, la sola circostanza che l'attrice ha sottoscritto un documento nel quale viene indicato che le risultanze della perizia (del dr. med. _____) " saranno considerate alla risoluzione del caso " (doc. 12), non modifica l'esito della vertenza. Esse infatti sono state prese in considerazione, ma non permettono di contraddire quanto accertato dalla perita giudiziaria. Quanto alla circostanza che sarebbero stati i ritardi dell'attrice nel contestare la presa di posizione dell'assicuratore ad impedire a quest'ultimo di effettuare ulteriori accertamenti, va evidenziato come invece l'interessata

sin da subito ha prodotto le prese di posizione del 31 ottobre 2018 del dott. _____ (doc. 18) e del 4 dicembre 2018 del dott. _____ (doc. 23). La convenuta si è invece limitata ad invitare l'attrice, in caso di disaccordo, ad adire il TCA, senza più sottoporre i referti al dr. med. _____ (cfr. doc. 19). Alla luce di quanto sopra esposto non vi è documentazione medica atta a sovvertire le conclusioni peritali. Le valutazioni della dr.ssa med. _____, compatibili con quanto accertato dal medico curante, dott. _____, MD PhD, ricercatore presso l'Università _____ e che ha visto l'attrice 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'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'attrice 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'attrice è completamente inabile al lavoro anche dopo il 23 ottobre 2018, ritenuto come la perita non abbia rilevato alcuna interruzione, nel corso del tempo, dell'incapacità lavorativa. 2.12. Rammentato che l'incapacità lavorativa dal 28 febbraio 2017 al 30 aprile 2017 non era dovuta alla medesima patologia psichiatrica ma ad una tendinite (cfr. consid. 2.6.), e che di conseguenza l'invocato (dalla convenuta) art. _____ CGA non trova applicazione (cfr. consid. 2.2. e 2.6.), l'assicuratore va condannato a pagare le indennità giornaliere non ancora versate. Dagli atti emerge che CV 1 ha versato complessivamente fr. 25'149.25 per il periodo d'inabilità lavorativa dal 7 marzo 2018 al 22 ottobre 2018 (doc. 16), ossia per 230 giorni (25 + 30 + 31 + 30 + 31 + 31 + 30 + 22). L'attrice chiede il pagamento complessivo di 720 indennità giornaliere (cfr. anche doc. VIII, punto 15). Ne segue che restano da versare 490 indennità giornaliere (720 – 230). L'attrice in sede di petizione (doc. I, pag. 16) e replica (doc. VIII, pag. 8), ha sostenuto che l'indennità giornaliera ammontava a fr. 93.71. L'assicuratore non ha contestato tale ammontare (cfr. risposta, doc. IV). In sede di conclusioni l'interessata ha aumentato l'importo a fr. 93.75 (doc. XLII, pag. 10, punto 7), senza tuttavia spiegarne in maniera dettagliata il calcolo. Ne segue che la convenuta va condannata a versare all'attrice l'importo complessivo di fr. 45'917.90 (490 x 93.71).

E. 5

Le possibilità terapeutiche sono esaurite? L'assicurata è apparentemente a beneficio di una presa a carico medicamentosa adeguata solo da 10 giorni.

E. 6

Lo stato di salute è stabilizzato? Nonostante l'assicurata veda ancora molto scuro il suo futuro, lo stato di salute appare inquadrabile in maniera nettamente migliore rispetto alla precedente valutazione fiduciaria. Dal punto di vista esclusivamente psichiatrico il miglioramento sarà possibile grazie alla nuova presa medicamentosa adeguata. Ripeto, non ho gli elementi per poter discutere ulteriormente la situazione concernente l'allergia. (...)” (doc. 13) Il 3 ottobre 2018 la convenuta ha scritto all'attrice e, sulla base della valutazione del dr. med. _____, ha affermato che dal 24 ottobre 2018 sarebbe stata abile al lavoro al 100% nell'attività di aiuto cucina o in qualunque altra attività confacente e che avrebbe ripristinato il diritto alle prestazioni al 100% dal 16 luglio 2018 al 23 ottobre 2018. In seguito il caso sarebbe stato da ritenersi chiuso (doc. 15). L'attrice ha prodotto ulteriori documenti, tra i quali un referto del 31 ottobre 2018 del dott. _____, specialista in psichiatria, e che ha diagnosticato un disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso

misti persistente (F43.23 secondo il DSM V), ha indicato che la situazione è solo leggermente migliorata e non consente “ un rientro all’attività lavorativa ” (doc. 18). Il 4 dicembre 2018 è stato trasmesso un certificato del dott. _____, medico chirurgo, che ha diagnosticato una sindrome ansioso-depressiva con attacchi di panico e con la necessità di ulteriori 60 giorni di riposo (doc. 23). Con la petizione l’attrice ha prodotto ulteriore e numerosa documentazione medica, tra cui le prese di posizione del 15 febbraio 2019, del 22 giugno 2019 (doc. Z) e del 18 ottobre 2019 del dott. _____ (doc. AA). In quest’ultimo referto lo specialista ha affermato che l’attrice: “ (...) è regolarmente seguita dallo scrivente dallo scorso anno ed è stata sottoposta a nuova visita specialistica psichiatrica in data 12 ottobre 2019 (la paziente viene seguita attraverso colloqui a cadenza bisettimanale). La paziente ha sviluppato una sintomatologia di tipo ansioso e depressivo in maniera reattiva a una complicata situazione lavorativa e, ormai dal mese di marzo del 2018, è assente dal luogo di lavoro per malattia. Nel corso di questi lunghi mesi la situazione psicopatologica, nonostante la regolare assunzione della terapia psicofarmacologica, che è stata più volte modificata e che attualmente consiste in Sertralina 200 mg/die, Topiramato 50 mg/die, Lorazepam 5 mg/die e Delorazepam 2 mg/die, ha subito una cronicizzazione che determina una persistente inabilità lavorativa assoluta. Il solo pensiero di rientrare sul posto di lavoro scatenava, nei primi mesi di malattia, crisi acute di ansia con sintomi neurovegetativi e somatizzazioni a carico di vari organi e apparati e il licenziamento deciso dall’Azienda e comunicato alla paziente nel mese di ottobre del 2018 ha provocato nella paziente sentimenti di inadeguatezza e incapacità che rendono, anche allo stato attuale, impossibile un immediato rientro al lavoro. La situazione clinica determina inoltre una significativa compromissione della capacità da parte della paziente di attendere alle comuni attività della vita quotidiana per cui deve sempre e costantemente essere supportata dal marito e ha ridotto le proprie relazioni sociali alla ristretta cerchia della famiglia. Sul piano idetico, la paziente manifesta sentimenti di inguaribilità e incapacità che sostengono una riduzione dell’autostima e lo sviluppo di un’ansia anticipatoria rispetto ad attività anche banali che, nel passato, la paziente ha sempre svolto senza problemi e in autonomia. La paziente lamenta una sensazione di astenia che, unita a sentimenti apatici e anedonici, condiziona una tendenza all’isolamento sociale motivo per cui le relazioni mantenute dalla paziente sono ormai praticamente solo quelle familiari. La constatazione che gli organi competenti in materia mettano in discussione sia la presenza di una sintomatologia depressiva a tal punto invalidante sia il fatto che l’origine del disturbo sia da attribuirsi all’andamento della sua esperienza lavorativa ingenera nella paziente vissuti di ingiustizia e di rabbia che alimentano la sintomatologia descritta impendendo, di fatto, alla terapia psicofarmacologica di funzionare in modo adeguato. La situazione psicopatologica appare, allo stato attuale e già da alcuni mesi, inquadrabile come un Disturbo Depressivo Maggiore Persistente, tipo Distimia (F33.1 secondo il DSM V). Si ritiene che la situazione psicopatologica e clinica determini una compromissione del funzionamento globale della paziente che non consente ancora un rientro all’attività lavorativa e che la rende inabile al lavoro nella misura del 100%.” (doc. AA) Il 23 novembre 2019 il dott. _____ ha confermato che l’interessata è affetta da una sindrome ansioso depressiva con attacchi di panico e che necessita di ulteriori 30 giorni di riposo e cure (doc. CC). Pendente causa il TCA ha richiamato l’incarto AI, da cui non emergono accertamenti medici specialistici in ambito psichiatrico (doc. XIX) ed ha incaricato la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, di allestire una perizia specialistica. In seguito alle visite del 18 maggio 2020, del 28 maggio 2020 e del 12 giugno 2020, la perita ha redatto il proprio

referto di 15 pagine in data 20 luglio 2020 (doc. XXXI). Dopo aver descritto l'anamnesi familiare, scolastica/lavorativa e medica, le lamentele soggettive, lo stato psichico, il riassunto degli atti medici, la specialista ha espresso le sue valutazioni ed ha concluso affermando: " (...) Mi preme innanzitutto sottolineare quanto non sia semplice esprimersi in merito ad uno stato psichico anche pregresso legato ad una condizione passata, nel nostro caso in particolare la situazione a partire dall'inizio della malattia della peritanda insorta il 7.3.2018; normalmente per esprimersi, dal punto di vista specialistico ci si basa sulla sintomatologia soggettiva, quindi riferita direttamente dal paziente, unitamente ad un'osservazione oggettiva fatta dallo specialista al momento dei fatti. La mia valutazione, in parte anche retroattiva oltre che attuale, si basa quindi sul racconto della signora AT 1 ma anche su quello del marito, persona a lei più vicina, nonché sullo studio della documentazione dei medici curanti (peraltro purtroppo scarsamente descrittiva dello stato psichico) e delle valutazioni peritali (in particolare Dr. med. _____). Ho potuto incontrare la peritanda durante tre colloqui in cui mi è parsa una persona attendibile nel riferirmi la sua situazione. Non sono mai emersi in particolar modo elementi che potessero far pensare ad una produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni (simulazione). La peritanda, crescendo con un padre alcolista, non ha avuto una vita serena (soprattutto nell'infanzia), ma ha saputo comunque rendersi indipendente intraprendendo un percorso di "grande lavoratrice" sopportando in modo costante sacrifici fin dall'adolescenza. Sarebbe stata in grado in particolare di responsabilizzarsi a livello lavorativo in assenza di un modello educativo in tal senso (come già summenzionato il padre non ha praticamente mai lavorato e la madre faticava a gestire la situazione). Il sistema lavorativo di "quel tempo" le permetteva di ottenere gratificazione a tal punto da rifiutare un'indennità per l'allergia al nickel e si sarebbe adoperata trovando le risorse per impiegarsi diversamente ed andare avanti. Con il passare del tempo però sono subentrati dei cambiamenti in ambito lavorativo che l'avrebbero destabilizzata rendendone difficoltoso l'adattamento. Sarebbe venuto a mancare soprattutto quell'aspetto umano, tanto importante per lei, che le permetteva di essere funzionante. In poco tempo non si sarebbe più sentita riconosciuta. Il licenziamento avrebbe contribuito al peggioramento dello stato psichico e per la peritanda avrebbe rappresentato la conferma della sua "inutilità". La signora appare come una persona fragile ed è facile immaginare in quale situazione di difficoltà si possa essere trovata nel momento in cui sono insorte nuove dinamiche lavorative (in particolare i suoi spostamenti in mansioni che non tenevano conto delle sue problematiche, allergie in particolare). A seguito di ciò si presume che la motivazione nel continuare quella vita di sacrifici iniziava a mancare. Non sentendosi più apprezzata e considerata si potrebbe ipotizzare che abbia iniziato a sentirsi inadeguata, insicura e smarrita. Le sue scarse risorse, nonché la sua personalità semplice non le avrebbero permesso di adattarsi a questa "evoluzione" del suo ambito lavorativo. Non avendo sufficienti mezzi è come se avesse perso il controllo della situazione sviluppando, ciò che è tipico in questi casi, una sintomatologia principalmente ansiosa e successivamente depressiva. RISPOSTA AI QUESITI 1) Per quanto riguarda l'anamnesi dettagliata del caso rimando a quanto descritto in precedenza. Dal punto di vista specialistico la situazione iniziale della peritanda rientra nella diagnosi, correttamente posta dallo psichiatra curante Dr. med. _____, di una sindrome da disadattamento (secondo la classificazione ICD10: F43.2), "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....”. La durata di questo stato nella maggior parte dei casi, se adeguatamente curato e a dipendenza delle caratteristiche del soggetto, non supera generalmente i sei mesi. Se la durata dei sintomi è maggiore siamo di fronte ad una reazione prolungata. Nel nostro caso specifico siamo confrontati in particolare con una situazione quindi cronica e tuttora persistente in cui coesistono ora due disturbi distinti ed in particolare da una parte lo stato depressivo e dall'altra lo stato ansioso caratterizzato da un'ansia costante con momenti di crisi più acuta (attacchi di panico), classificabili secondo l'ICD10 come Distimia il primo (F34.1) e Sindrome da attacchi di panico il secondo (F41.0). Ambedue le diagnosi avrebbero un'importante ripercussione sulla capacità lavorativa della signora. 2) L'incapacità lavorativa della peritanda, al momento attuale e in qualsiasi attività professionale, è da considerarsi completa quindi al 100%, si presume giustificata tale percentuale già a partire dal 24 ottobre 2018. Dal punto di vista psichiatrico non vi sono sufficienti elementi per poter affermare che la signora abbia potuto o potrebbe svolgere un'attività confacente al suo stato di salute neanche a tempo parziale. 3) Osservazioni Per quanto concerne la presa in carico la valuto adeguata ma è dovere osservare che è sempre stato mantenuto per la maggior parte del tempo lo stesso antidepressivo, Zoloft, (aumentandone anche la dose) senza mai attuare un cambiamento importante della terapia. Mi preme in particolare sottolineare che nell'ambito della cura dei disturbi dell'adattamento oltre alla terapia farmacologica, la psicoterapia e gli aspetti personologici della persona rappresentano gli elementi più importanti. L'evoluzione sfavorevole di questo caso potrebbe essere, dal punto di vista specialistico, essere giustificata in gran parte dalle scarse capacità di mentalizzazione della peritanda e dalla sua struttura di personalità fragilizzata già a partire dall'infanzia. Si presume che un lavoro psicoterapico approfondito non sia stato e non sia tuttora possibile; gli incontri con la signora risultano quindi essere sostanzialmente dei colloqui di sostegno, peraltro molto importanti al fine di prevenire ulteriori peggioramenti della condizione psichica.” (doc. XXXI)

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