

TI_GERICHTE 36.2019.22 vom 25. Mai 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-05-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.22

FR: TI_GERICHTE 36.2019.22 du 25 mai 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2019.22 del 25 maggio 2020

Regeste

Disdetta del contratto assicurativo per reticenza, non avendo l'ass dichiarato sull'apposito questionario che era stato da più medici. Verifica se v'è un nesso causale affinché l'assicuratore possa eccezionalmente esser esonerato dall'obbligo di fornire la prestazione in relazione a fatti già avvenuti

Erwägungen

E. 4

cpv. 3 LCA, si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche. Il mancato rispetto di questa norma può comportare, a determinate condizioni, una reticenza. Infatti, l'art. 6 cpv. 1 LCA prevede che se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere e a proposito del quale era stato interpellato per scritto, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto, in forma scritta. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante. Secondo l'art.

E. 6

cpv. 1 LCA (citata STF 4A_94/2019 consid. 4: "(...) Cette partie a donc valablement résilié le contrat d'assurance sur la base de l'art. 6 al. 1 LCA. Les conclusions de la demanderesse en constatation de droit, selon lesquelles la Cour de justice était requise de constater que ce contrat n'avait pas été valablement résilié et qu'il demeurerait en vigueur, étaient ainsi privées de fondement. Il n'est pas nécessaire d'examiner si ces mêmes conclusions auraient dû être jugées recevables au regard de l'art. 88 CPC. "). Di regola, il recesso ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante (art. 6 cpv. 1 LCA), ma considerato che nell'evenienza concreta l'assicuratore malattia ha disdetto le assicurazioni complementari con effetto al 15 maggio 2018, fa stato tale data. 2.9. CV 1 ha dunque validamente sciolto per reticenza il contratto assicurativo con l'attore per il 15 maggio 2018 secondo l'art. 6 cpv. 1 LCA e, in tal caso, la sola possibilità per l'assicuratore di liberarsi dall'obbligo di fornire la sua prestazione per gli eventi già sopraggiunti è che, in virtù dell'art. 6 cpv. 3 LCA, il fatto oggetto della reticenza abbia influito sull'insorgere o sulla portata del danno. Occorre perciò verificare se v'è un nesso causale tra i fatti taciuti e le cure cardiache che sono state prestate all'attore da fine febbraio 2018 in poi, presupposto necessario, unitamente alla reticenza, affinché l'assicuratore possa eccezionalmente essere esonerato dall'obbligo di fornire la propria prestazione in relazione ad un evento già realizzatosi. Secondo il medico interpellato da CV 1, che si è espresso il 7 maggio 2019 (doc. XIV/1), è con una probabilità preponderante che i trattamenti d'urgenza di cui ha beneficiato l'assicurato negli anni 2016 e 2017 siano da ricondurre alla patologia del nodo sinusale e alla conseguente aritmia cardiaca. Il dr. med. _____, FMH medicina del

lavoro, ha analizzato i referti dell'8 agosto 2017 del pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____ e i referti del 6 e del 7 marzo 2018 della _____ e su tale base ha esposto l'anamnesi rilevando gli eventi che si sono realizzati nel 2012, nel 2016, nel 2017 e nel 2018. Rispondendo alle domande sottopostegli dall'assicuratore malattia l'incaricato ha spiegato che il modo in cui è comparso il disturbo, ma anche la breve convalescenza così come il fatto che durante le visite al pronto soccorso è il paziente tornato allo stato normale, è tipico per un'aritmia cardiaca come motivo dei disturbi sorti negli anni 2016 e 2017. Ciò contraddice che ci sia una causa di natura endocrinologica o neurologica. Per questo motivo, anche il tracciato dell'ECG non presentava anomalie. Secondo una diagnosi differenziale, sarebbe anche stato possibile che si trattasse di brevi colpi apoplettici (attacchi ischemici transitori), non più visibili su entrambe le TAC. Tuttavia, il decorso clinico e la sintomatologia erano piuttosto contrari a una tale patologia, poiché in un caso simile spesso ci si aspetterebbero delle altre disfunzionalità, quali disturbi del linguaggio o paralisi dei muscoli e complessivamente una durata sintomatica maggiore. Colpi apoplettici maggiori o emorragie cerebrali che presenterebbero dei sintomi simili sono stati esclusi con le visite TAC e comunque avrebbero comportato un periodo di convalescenza chiaramente più lungo. Altri quadri clinici che avrebbero potuto condurre con la stessa probabilità ai disturbi negli anni 2016 e 2017 avrebbero sia mostrato un altro andamento (per esempio fluttuazioni della pressione sanguigna) o sarebbero stati constatati nell'ambito degli esami effettuati (per esempio fluttuazioni del tasso glicemico, restringimento della carotide, ecc.). Un disturbo psichiatrico, come un disturbo somatoforme autonomo, che potrebbe condurre a una sintomatologia simile non è conosciuto. Riassumendo, secondo il dr. med.

_____, nonostante la diagnostica completa non sono conosciuti quadri clinici dell'assicurato che con la stessa o una maggiore probabilità avrebbero potuto condurre agli avvenimenti negli anni 2016 e 2017. Pertanto, si può ritenere con probabilità preponderante che la patologia del nodo sinusale sia già esistita negli anni 2016 e 2017 e che abbia portato alle degenze ospedaliere.

2.10. Dopo che il giudice delegato del TCA ha nominato il 18 giugno 2019 un perito per fare luce sull'eventuale connessione fra gli eventi del 2012 (episodio di amnesia globale transitoria), del 2016 (sospetta amnesia globale transitoria) e del 2017 (episodio confusionale verosimilmente su stanchezza, senza disturbi amnesici) con l'episodio sincopale su arresto sinusale che si è manifestato il 25 febbraio 2018 e che ha richiesto l'impianto di pace maker bicamerale sinistro, l'attore ha prodotto il certificato medico del 9 luglio 2019 (doc. XX/1) del dr. med. _____, FMH in neurologia, il quale ha affermato di seguirlo regolarmente per le seguenti diagnosi: - Pregresse crisi epilettiche focali: · attualmente: decorso favorevole in terapia con Levertiracetam 1500 mg/die; · clinica: episodi di perdita di contatto di breve durata anamnestici; · RM cerebrale (20.12.2018): non attualmente apprezzabile alterazione di segnale in sede temporale mesiale destra. Granulazione aracnoidea al passaggio tra seno trasverso e sigmoideo a destra, con circoscritto encefalocele; · RM cerebrale (7.9.2018): lieve asimmetria delle strutture temporomesiali, con dimensioni lievemente aumentate sul lato destro e segnale tenuemente iperintenso in T2 rispetto al controlato. - Probabile pregressa TGA (2016, _____, non esami effettuati). - Verosimile emicrania con aura visiva anamnestica. - Sindrome tachi-bradicardica · Portatore di pace maker - Ipertensione arteriosa. Lo specialista ha concluso il suo referto affermando che, in base alle indagini eseguite, non riteneva vi fosse alcuna correlazione fra la problematica neurologica (epilessia focale) e quella cardiologica (sindrome tachi-bradicardica, posa di pace maker, pregresse sincopi).

2.11. Il 12 luglio 2019 (doc. XIX) il giudice delegato ha quindi modificato il secondo

quesito peritale e, preso atto dei quesiti peritali formulati dalle parti, l'ha integrato con i seguenti: " 2. L'episodio di GTA del 2012 , l'evento del 19 gennaio 2016 diagnosticato come sospetta amnesia globale transitoria rispettivamente l'episodio confusionale verosimilmente su stanchezza, senza disturbi amnesici, diagnosticato l'

E. 8

agosto 2017 , possono essere ritenuti in relazione con l'episodio sincopale su arresto sinusale occorso il 25 febbraio 2018 che ha richiesto, quello stesso giorno, l'impianto di un Pacemaker bicamerale sinistro? 3. In altre parole, i tre summenzionati eventi possono essere considerati come fatti che hanno contribuito al realizzarsi dell'episodio del 25 febbraio 2018 ? 4. Oppure l'intervenuta necessità di posare il Pacemaker bicamerale sinistro è un evento a sé stante e quindi indipendente dai fatti occorsi negli anni precedenti?". Sulla scorta della documentazione agli atti, il dr. med. PE 1, FMH in medicina interna e cardiologia, si è espresso una prima volta il 15 ottobre 2019 (doc. XXII) con un rapporto peritale, che il TCA gli ha poi chiesto di completare rispondendo ai quesiti che gli sono stati sottoposti. Una seconda perizia, che ha ripreso integralmente la prima e a cui il perito ha aggiunto le risposte ai summenzionati quesiti, è giunta al Tribunale il 5 novembre 2019 (doc. XXIII), sebbene dati, come la prima, del 15 ottobre 2019. In questo secondo parere il cardiologo ha esposto brevemente l'anamnesi e la diagnosi cronologica e poi ha risposto ai quesiti peritali: " (...) Risposta al quesito N 1 della richiesta di perizia del 18.06.2019: Sulla base della documentazione messa a disposizione (...) che ho esaminato, ritengo che sussistano due diagnosi cliniche distinte. La prima corrisponde ad un problema neurologico tipo epilettico focale con assenze, probabilmente favorite da episodi di stanchezza, concentrazione o stress; queste possono aver causato delle perdite di coscienza, stati confusionali o periodi di amnesia. Questi episodi sembrerebbero essere iniziati nel 2012; un successivo evento nel 2016 a _____, che ha dato adito ad una valutazione clinica e radiologica, che non ha mai portato a visualizzazioni di alterazioni cerebrali nonostante molteplici esami, come è stato il caso dell'episodio del 07.08.2017. La seconda problematica è di ordine cardiaco; il paziente è stato vittima di episodi sincopali, uno dei quali è stato caratterizzato con precisione all'elettrocardiogramma di sorveglianza in pronto soccorso, con un arresto del ritmo cardiaco (pausa sinusale di 10 secondi), che sicuramente spiega la perdita di conoscenza. Questa malattia del nodo sinusale potrebbe essere teoricamente favorita dalla malattia coronarica incipiente o dalla cardiopatia ipertensiva; tuttavia è molto più probabile si tratti di un problema indipendentemente riguardante il sistema elettrico cardiaco, la cui evoluzione dopo la prima manifestazione è generalmente rapida e sintomatica qualora non fosse trattata con pace-maker. Possiamo quindi escludere che gli episodi di amnesia globale transitoria, stati confusionali e assenze dal 2012 siano da attribuire alla malattia del nodo sinusale; questa avrebbe avuto un'evoluzione molto più rapida e comunque non spiegherebbe gli stati confusionali o le perdite di memoria. Risposta al quesito N 2 della richiesta di perizia del 18.06.2019: Gli eventi del 19.01.2019 e del 08.08.2017 non possono essere considerati in rapporto con l'episodio sincopale del 25.02.2018 su arresto sinusale, che ha richiesto l'impianto di un pace-maker. Risposta al quesito N 3 della richiesta di perizia del 18.06.2019: La diagnosi di un'epilessia focale potrebbe spiegare la natura poco chiara degli episodi recidivanti fino al 08/2017, non è invece in relazione con l'arresto sinusale che ha causato l'impiantazione del pace-maker. Risposta al quesito N 3 espresso nel complemento di informazione del 12.07.2019: Nessuno dei tre eventi del 2012, 2016 e 2017 ha contribuito all'insorgenza dell'episodio sincopale del 25.02.2018. Questi tre episodi non sono nemmeno in relazione

con lo sviluppo di una malattia del seno coronarico con arresti sinusali. Risposta al quesito N 4 espresso nel complemento di informazione del 12.07.2019: L'arresto temporaneo del ritmo cardiaco, detto "arresto sinusale" che ha reso necessaria l'impiantazione di un pace-maker bicamerale sin., è un evento legato ad una degenerazione del sistema elettrico cardiaco e che non è in nessuna relazione con gli eventi neurologici del 2012, del 19.01.2016 e del 08.08.2017.". 2.12. Il dr. med. _____, specialista in medicina del lavoro, si è pronunciato sui pareri del perito cardiologo e il 12 novembre 2019 (doc. 12) non li ha ritenuti convincenti e li ha contestati. Oltre a sottolineare che la loro brevità non li rende conformi alla giurisprudenza affinché possa essere loro attribuito pieno valore probante, a suo dire essi non considerano in modo completo i disturbi avuti dall'assicurato prima di stipulare il contratto assicurativo, non soffermandosi sulle possibili cause, non spiegando perché esclude altre possibili cause e perché ritiene valide altre ipotesi; nemmeno motiva esaustivamente le proprie conclusioni arrivando ad escludere un nesso causale anche solo parziale tra i fatti preesistenti e le cure cardiache. Quanto alle due diagnosi formulate dal perito, secondo il medico interpellato dall'assicuratore malattia, la diagnosi neurologica sarebbe soltanto un'ipotesi formulata dal cardiologo, che non raggiunge quindi la necessaria certezza né la probabilità preponderante. In merito alla seconda problematica individuata dall'esperto, quella cardiaca, la conclusione a cui il perito giunge di esclusione che gli episodi di amnesia e di confusione siano da attribuire alla malattia del nodo sinusale, non sarebbe sostenibile né sufficientemente motivata, non spiegando con chiarezza perché una malattia del sinus e una malattia coronarica incipiente siano da ritenersi del tutto indipendenti dai fatti di AGT, non potendo invece avere condotto al realizzarsi dell'evento che ha dato luogo alle prestazioni di fine febbraio 2018. D'avviso del dr. med. _____, nemmeno sarebbe convincente l'affermazione secondo cui la malattia del sinus sarebbe più veloce e non condurrebbe a stati di confusione e amnesia. I motivi per cui secondo il perito vi sarebbero due patologie indipendenti, una neurologica e una cardiaca, non sarebbero sufficientemente sostenibili. Riguardo all'epilessia, secondo il medico dell'assicuratore essa sarebbe comparsa già in precedenza, ma in tal caso il nesso causale tra gli eventi sorti prima della sottoscrizione del contratto e la successiva problematica cardiaca sarebbe da ritenersi solo come possibile. Di conseguenza, non può essere escluso con la necessaria probabilità che tra gli eventi antecedenti e l'episodio sincopale del 25 febbraio 2018 vi fosse un nesso di causalità. Egli ha ricordato che basta comunque un nesso parziale. 2.13. Il 24 febbraio 2020 (doc. XXVIII) il dr. med. PE 1 ha preso posizione sul parere del medico dell'assicuratore malattia. Dopo avere riproposto le diagnosi riformulandole leggermente, ha dapprima fatto una premessa, poi ha esposto la sua valutazione e in seguito ha risposto alle critiche espresse dal dr. med. _____. " Diagnosi 1. Ischemia globale transitoria sospetta nel 2012 (assenza di documentazione) 2. Amnesia globale transitoria sospetta in 01/2016 (a _____): a. ECG s.p., TAC cerebrale: assenza di ischemia, una ciste, 3. Crisi epilettiche focali con decorso favorevole in terapia con Levetiracetam 1500 mg/die: a. anamnesi di "episodi di perdita di contatto" di breve durata, b. episodi confusionali (per circa 1h) verosimilmente su stanchezza, senza disturbi amnesici il 07.08.2017, c. durante l'osservazione in PS il 07.08.2017 episodio di assenza riferito dalla moglie con risoluzione completa prima dell'arrivo del personale di cura (paziente addormentato?) d. TAC cerebrale nativa del 07.08.2018: s.p., assenza di emorragie recenti, e. MRI cerebrale del 07.09.2018: lieve asimmetria delle strutture temporo-mesiali con dimensioni lievemente aumentate sul lato ds. e segnale tenuemente iperintenso in T2 rispetto al controlato, f. MRI cerebrale del 20.12.2018: non apprezzabili alterazioni di segnale in sede temporo-mesiale

ds., granulazione aracnoidea al passaggio tra seno traverso e sigmoideo ds. con circoscritto encefalocele, 4. Ipertensione arteriosa da data non nota 5. Malattia del nodo sinusale: a. episodio sincopale su arresto sinusale con pause di oltre 10" secondi il 05.03.2018 (documentata in PS mentre il paziente sdraiato parlava con il neurologo), b. pace-maker dapprima temporaneo dal 25.02.2018, in seguito bicamerale definitivo dal 26.02.2018, 6. Malattia coronarica incipiente emodinamicamente non rilevante con stenosi del RIVA medio del 50% alla coronarografia del 05.03.2018: a. lieve ipocinesia diffusa (FE 50%) del ventricolo sin. (ecocardiografia del 27.02.2018), 7. Verosimile emicrania con aura visiva anamnestica da data non nota Presa di posizione riguardo allo scritto del 12.11.2019 del dr. _____, FMH Arbeitsmedizin, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensarzt SCG, Gutachter SIM. Premesse: (...) Valutazione: Nella medicina clinica siamo abituati a convivere con diagnosi sospette o probabili; qualche volta dobbiamo accettare diagnosi poco chiare in mancanza di prove inconfutabili per una determinata patologia. Un esempio per questo sono la diagnosi menzionata nella documentazione del _____ di "multipli episodi sincopali", redatta forse frettolosamente da un medico assistente, che comprensibilmente non ha preso in considerazione che un giorno questo documento potesse essere materia di una valutazione giuridica. Uno di questi episodi sincopali si riferiva sicuramente all'amnesia globale transitoria, patologia durante la quale non si perde conoscenza; un altro era l'osservazione della moglie di una "perdita di contatto" con il paziente apparentemente sveglio ma che non rispondeva né reagiva alle domande: questa è stata giudicata come "sincope/svenimento" ma che probabilmente non lo era. Spesso le cartelle mediche contengono queste imprecisioni; tutto il corpo medico si sforza naturalmente di ridurle al minimo. Gli antecedenti del paziente erano episodi simili, con amnesia globale transitoria oppure per un determinato evento, ma senza una sincope documentata o osservata da personale medico che possa fare la differenza tra un'assenza ed una perdita di conoscenza su sincope. Il dr. _____ segnala una "mancanza di letteratura" da parte mia ed allega una fotocopia di un libro con la lista delle manifestazioni cliniche della sindrome della malattia del nodo sinusale (pagina 182); si tratta di una lista che elenca alla rinfusa possibili segni della malattia sinusale, iniziando con la demenza, irritabilità, letargia, disturbi del sonno, disturbi della digestione, ecc. che sono sintomi aneddotici e non hanno praticamente nessuna rilevanza clinica nella prassi medica; nella stragrande maggioranza dei casi i sintomi sono la sincope o pre-sincope, la diminuzione della capacità fisica e/o della resistenza allo sforzo, fino all'insufficienza cardiaca. La diagnosi di malattia del nodo sinusale è relativamente semplice e viene posta mediante l'elettrocardiogramma dopo aver escluso altre cause per rallentamenti del ritmo cardiaco. Questa diagnosi non è mai stata posta durante le molteplici visite mediche del 2012, 2016 e 2017. Inoltre l'amnesia globale transitoria è una diagnosi detta "di esclusione" poiché non vi sono reperti specifici per questa diagnosi, ma viene posta quando sono state escluse tutte le altre cause di perdita di memoria transitoria è quindi stato escluso anche un rallentamento patologico del ritmo cardiaco. Il dr. _____ afferma che non crede ad un decorso "relativamente rapido" della malattia del nodo sinusale e menziona che non ci sia documentazione sulla velocità di progressione della malattia del nodo sinusale. La malattia del nodo sinusale insorge lentamente senza causare disturbi e progredisce senza provocare nessun sintomo e quindi non è possibile determinarne l'inizio. È invece noto che quando la malattia del nodo sinusale inizia a causare sintomi l'evoluzione accelera. È stato mostrato da un lato uno studio clinico che nei 17 mesi dopo il primo episodio sintomatico il 57% dei pazienti soffre di una recidiva e necessita l'impiantazione di pace-maker. Questi dati

provengono da un'osservazione di pazienti di età superiore a 45 anni; per paziente di 63 anni questa velocità di progressione è probabilmente ancora maggiore (Menozzi C., Brignole M. et al The natural course of untreated sick sinus syndrome and identifications of variables predictiv of unfavorable outcome, Am J. Cardiol 1998; 82, 1205). Per un calcolo statistico più preciso rimando alla mia risposta alla CV 1. È quindi estremamente improbabile che questi episodi del 2012 e 2016 corrispondano già a manifestazioni cliniche della malattia del nodo sinusale. Inoltre all'assenza di studi clinici dovuta alle caratteristiche di questa malattia si contrappone l'esperienza clinica di qualsiasi cardiologo clinico che segue ed ha seguito centinaia di pazienti con questo tipo di patologia e che a regola d'arte pone l'indicazione all'impianto di pace-maker a breve termine quando questa malattia diventa sintomatica con sincopi. Riassumendo ritengo che la situazione sia sufficientemente chiara, con un grado di insicurezza pressoché nullo. Presa di posizione rispetto alle osservazioni della CV 1 di lic. iur. _____ (...) Risposta al punto 3.2.2: "Valutare l'episodio di GTA del 2012 (...) degli altri eventi del 19.01.2016, del 07.08.2017 (...) possono aver condotto al manifestarsi dell'evento del 25.02.2018 con episodio sincopale su arresto sinusale condotto alla necessità di impianto di pace-maker". Ripeto che negli episodi del 2012 e 2016 con ECG normali è stata esclusa una malattia del nodo sinusale; l'esclusione di questa patologia, ma anche di numerose altre è indispensabile per la diagnosi di amnesia globale transitoria. La diagnosi di malattia del nodo sinusale è una diagnosi semplice e con grande probabilità sarebbe stata posta dai colleghi nel 2012, 2016 e 2017, se fosse stata presente. Risposta al punto 3.2.3: "I tre eventi indicati possono aver contribuito al realizzarsi dell'episodio del 25.02.2018." Come già risposto al dr. _____ ho spiegato che qualora l'episodio del 2012 fosse stato causato dalla malattia del nodo sinusale, ciò che è stato escluso dai colleghi che hanno trattato il paziente allora la necessità di impianto di pace-maker sarebbe giunta molto più rapidamente. Risposta al punto 3.2.4 La necessità di impiantare un pace-maker è indipendente da tali fatti per quanto spiegato sopra. La malattia risulta da una degenerazione del sistema elettrico cardiaco, in particolare del nodo sinusale, che può essere favorita dall'età, dalla malattia cardiaca ipertensiva o dalla malattia coronarica incipiente, come ho già spiegato nel mio primo rapporto, ma che evidentemente non è stato capito dalla signora lic. iur. _____ e dal signor _____ (paragrafo 1 e 2 di pagina 4). La malattia del nodo sinusale, sia essa causata da un problema degenerativo favorito dall'ipertensione o dalla malattia coronarica (ciò che non è possibile stabilire con precisione) è una patologia, che non ha niente a che fare con l'amnesia globale transitoria; e questo è una "banalità" per le persone che si occupano di medicina clinica. Risposta al punto 3.3 La CV 1 ha valutato le risposte peritali di un cardiologo con esperienza clinica pluri decennale, che ritiene "non sia convincente" a fronte di una perizia del medico interno dr. _____ sul quale nutro profondi dubbi che si occupi di medicina clinica in particolare di cardiologia anche se forse in passato si sarà formato in medicina clinica. La fotocopia dal libro da lui fornito con le manifestazioni cliniche della malattia del nodo sinusale (di cui nemmeno cita la data di stampa) e che elenca in modo disordinato sintomi la cui rilevanza clinica è al quanto variabile; se posso permettermi un esempio è come se si mettesse nella lista delle cause degli incidenti della circolazione l'alcol al volante, l'eccesso di velocità assieme all'impatto di una meteora. Il dr. _____ invece è molto bravo nel criticare la mia perizia aggrappandosi tuttavia solo a dettagli formali. (...) Risposta al "non considera in modo completo i disturbi avuti dall'esaminando prima della stipula dell'assicurazione" Gli accertamenti sono del 2012, 2016 e 2017 sono stati effettuati da medici o team di centri ospedalieri supposti competenti; questi colleghi non hanno

osservato nessun segno di malattia del nodo sinusale. Risposta al "perché invece segue altre ipotesi" Il dr. _____ si limita a sostenere che i sintomi neurologici manifestati nel 2012, 2016 e 2017 sono stati probabilmente causati dalla malattia del nodo sinusale, poiché elencati nella lista della sua fotocopia, senza nessuna nuance; è come sostenere che ad aver causato l'incidente della circolazione (leggi: disturbi della memoria, etc.) sia stato l'impatto di una meteora che non abbia lasciato nessuna traccia (leggi: elettrocardiogrammi normali). Risposta al "non motiva esaurientemente le proprie conclusioni ad escludere un nesso causale solo parziale tra i fatti preesistenti e le cure di fine febbraio 2018" Le conclusioni sono quelle dell'esperienza clinica, della mancanza di qualsiasi traccia di malattia del nodo sinusale oggettivabile negli accertamenti nel 2012, 2016 e 2017. Ho anche fornito come indizio supplementare l'evoluzione della malattia del nodo sinusale che progredisce "rapidamente" dopo l'insorgenza dei primi sintomi. Ammettendo pure che la diagnosi sia stata mancata nel 2012 e che questi primi sintomi siano quelli di una presunta malattia del nodo sinusale, grazie alla letteratura da me citata si può calcolare la probabilità che il paziente abbia necessitato di un pace-maker nel decorso successivo. Secondo lo studio se dopo 17 mesi il 57% dei pazienti ha bisogno di un pace-maker, la loro proporzione sale al 90% dopo 4 anni ed è oltre il 98% dopo 6 anni (dal 2012 al 2018). In altre parole tenendo conto solo dei dati dello studio menzionato la probabilità che il paziente abbia resistito dal 2012 al 2018 senza pace-maker è al massimo del 2%. Probabilmente questa percentuale è anche inferiore perché lo studio include pazienti più giovani che dovrebbero avere un'evoluzione migliore. Il calcolo di questa probabilità è quindi inferiore al 2% e per di più questo calcolo si basa su un'estrapolazione lineare del rischio, ma spesso l'evoluzione delle malattie degenerative presenta un'accelerazione con il passare del tempo (recidive sempre più ravvicinate dei disturbi). Vi sono numerose patologie degenerative di questo tipo; la loro enumerazione esula tuttavia da questa perizia; l'accento all'ipertensione arteriosa, la malattia coronarica e l'evoluzione degenerativa quale causa della malattia del nodo sinusale, ha già portato a sufficiente confusione presso la CV 1. Risposta al "CV 1 evidenzia in particolare le seguenti lacune della perizia" ed al "Il perito ritiene essere in presenza di due diagnosi distinte, una neurologica e una cardiologica". Questa posizione mi sembra assai evidente visto che i colleghi del 2012, 2016 e 2017 hanno posto delle diagnosi neurologiche e anche se si è trattato di diagnosi d'esclusione. Che ci sia un problema cardiologico è altrettanto chiaro visto che il paziente ha beneficiato dell'impiantazione di un pace-maker; non torno quindi sull'indicazione all'impiantazione del pace-maker. Mi permetto di chiarire quello che per me è un forte sospetto clinico, che i disturbi neurologici del 2012, 2016 e 2017 possano già essere stati crisi di epilessia focale. Naturalmente non dispongo di prove per questa ipotesi, altrimenti la diagnosi di epilessia focale sarebbe già stata posta dai colleghi nel 2012, 2016 o 2017 e non ci sarebbe stato questo contenzioso. L'epilessia focale però è ben più difficile da diagnosticare di una malattia del nodo sinusale, permetterebbe di raggruppare tutti i sintomi o gli episodi del 2012, 2016 e 2017 sotto un unico cappello. Questi sintomi neurologici, per altro non oggettivabili, sono infatti sintomi tipici dell'epilessia focale con assenze, che ci fornisce quindi un'ipotesi ben più probabile per spiegare gli episodi neurologici di quanto ce lo fornisca la malattia del nodo sinusale. Le osservazioni della CV 1 a questo proposito sono quindi assurde. Il medico clinico conosce però bene questo tipo di situazioni dove vengono poste delle diagnosi da ritenersi ipotesi di lavoro, per iniziare con le terapie più adeguate; per esempio è giusto trattare una polmonite, ma se questa si ripete è possibile che successivamente venga posta la diagnosi di un tumore polmonare, che potrebbe essere la causa delle polmoniti recidivanti; il tumore potrebbe non

essere stato visibile per ragioni tecniche durante le polmoniti. Sospetto che sia successo qualcosa di simile con questo paziente e che la diagnosi "definitiva" di epilessia focale che potrebbe mettere gli episodi neurologici sullo stesso cappello sia arrivata tardivamente. Risposta "la presenza di un'epilessia come indicato, non era stata proposta in precedenza, ecc." Il dr. _____ nel rapporto del 07.05.2019, nell'ultimo paragrafo "Die Information über eine Epilepsie habe ich erst am heutigen Tag erhalten. Auf diesen Grund..." afferma chiaramente che non può più essere sostenuta la causalità fra gli episodi neurologici precedenti e la malattia cardiaca e che questa causalità è da classificare solo come possibile "(möglich)" e non più come probabilità preponderante ("überwiegen wahrscheinlich"), evitando però quale perito di parte, di aggiungere che è alquanto inverosimile". 2.14. Per quanto concerne il valore probante delle perizie di parte esperite in controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie (portate anche davanti ai Tribunali cantonali delle assicurazioni), il Tribunale federale vi ha fatto chiarezza nella DTF 141 III 433, stabilendo 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. Nel caso evaso dall'Alta Corte nel settembre 2015, 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 solo, 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 a 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. Questo parere dottrinale è fondato sulla volontà del legislatore che ha rifiutato di considerare in maniera generale che una perizia di parte costituisca un mezzo di prova in virtù dell'art. 168 cpv. 1 CPC e non soltanto una perizia giusta l'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC (cfr. consid. 2.5.3). 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 non pubblicato). Va ancora evidenziato che con STF 4A_318/2016 del 3 agosto 2016 il Tribunale federale, al considerando 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. 2.15. Nel caso di specie questo Tribunale , dopo attento esame della documentazione medica agli atti, per i motivi che seguono fa proprie le conclusioni tratte dal cardiologo dr. med. PE 1, scartando invece i pareri formulati dal medico del lavoro dr. med. _____. Da rilevare che, in sede di osservazioni conclusive, l'assicuratore malattia, preso atto delle convincenti spiegazioni fornite dal perito giudiziario, ha concordato con gli esiti dei suoi referti. Il perito giudiziario ha infatti ben esposto, seppure in un primo momento in modo relativamente succinto, ma molto chiaramente e comprensibilmente, la natura degli episodi occorsi all'attore negli anni 2012, 2016 e 2017 rispettivamente l'origine dell'evento del 25 febbraio 2018 che ha portato alla necessità di impiantare un pace-maker bicamerale. Soprattutto nell'ultimo complemento peritale del 24 febbraio 2020 il cardiologo ha spiegato in modo estremamente cristallino le ragioni che gli hanno fatto ritenere che per gli episodi del 2012, del 2016 e del 2017, laddove si è presentato un ECG normale, va esclusa una malattia del nodo sinusale. Il perito

ha ben spiegato che trattandosi di una diagnosi semplice che viene posta con elettrocardiogramma, se fosse stata presente sarebbe già stata resa da chi ha avuto in cura l'attore in quei frangenti. Invece, la necessità di impiantare un pace-maker è indipendente dalla realizzazione dei tre eventi di amnesia globale transitoria, che riguarda una diagnosi neurologica, poiché la malattia alla base dell'intervento al cuore risulta da una degenerazione del sistema elettrico cardiaco, in particolare del nodo sinusale. L'esperto ha chiarito che la malattia del nodo sinusale, sia essa causata da un problema degenerativo favorito dall'ipertensione o dalla malattia coronarica, è una patologia che non ha nulla a che vedere con l'amnesia globale transitoria, di origine neurologica. Prova ne è che se si fosse trattato di una malattia del nodo sinusale già nel 2012 e che tale diagnosi non fosse stata allora individuata, il dr. med. PE 1 ha limpidamente illustrato che le probabilità di sopravvivenza dell'attore senza pace-maker fino al 2018 sarebbero state di neanche il 2%. Per quanto concerne la diagnosi di epilessia focale individuata dal medico curante dr. med. _____, il perito ha espresso il forte sospetto clinico che i disturbi neurologici del 2012, 2016 e 2017 possano essere già stati crisi dell'epilessia focale, malattia che è più difficile da diagnosticare rispetto a una malattia del nodo sinusale, ma permetterebbe di riunire tutti i sintomi e gli episodi antecedenti sotto un unico cappello. I sintomi neurologici occorsi nelle tre citate occasioni, non oggettivabili, sono sintomi tipici dell'epilessia focale con assenze e, per il cardiologo, ciò fornisce un'ipotesi ben più probabile per spiegare gli episodi neurologici piuttosto che la malattia del nodo sinusale. Riassumendo, nessuno dei tre eventi di amnesia ha contribuito all'insorgenza dell'episodio sincopale del 25 febbraio 2018 su arresto sinusale; essi non sono nemmeno in relazione con lo sviluppo di una malattia del seno coronarico con arresti sinusali. Infatti, l'arresto temporaneo del ritmo cardiaco che ha portato all'impianto del pace-maker bicamerale sinistro è un evento che è legato alla degenerazione del sistema elettrico cardiaco e che quindi non è in nesso di causalità con gli eventi di carattere neurologico occorsi nel 2012, il 19 gennaio 2016 a _____ e il 7 agosto 2017 a _____. Nemmeno la diagnosi di epilessia focale è in relazione con l'arresto sinusale del 25 febbraio 2018, visto che essa spiega, semmai, gli episodi neurologici di assenza manifestati dall'attore in quelle tre circostanze. Alla luce delle argomentazioni esposte, la scrivente Corte può quindi fare affidamento sui referti peritali del dr. med. PE 1, che adempiono validamente i criteri giurisprudenziali in materia, avendo esposto le diagnosi, la propria valutazione confrontandosi anche con il parere del medico interpellato dall'assicuratore malattia, e avendo risposto molto chiaramente ai quesiti peritali, risposte che l'esperto ha poi ulteriormente completato e ben spiegato in un secondo rapporto peritale. Il TCA si attiene pertanto integralmente tanto al primo pervenuto il 5 novembre 2019 quanto al secondo complemento del 24 febbraio 2020, che vanno ritenuti entrambi chiari, completi e privi di contraddizioni. Inoltre, le conclusioni a cui giunge il perito sono supportate dal parere del neurologo dr. med. _____, il quale ha anch'esso ritenuto che non vi sia alcuna correlazione tra la problematica neurologica dell'epilessia focale e quella cardiologica della sindrome tachi-bradicardica, delle pregresse sincopi e della posa di un pace-maker. Va infine osservato che l'assicuratore malattia ha correttamente rilevato che la diagnosi di epilessia focale è emersa soltanto durante la fase peritale e che il dr. med. _____ ne ha appreso l'esistenza soltanto con l'ultimo complemento peritale. È solo a questo momento che egli ha concordato con il perito che la malattia del nodo sinusale e la malattia coronarica incipiente sono da ritenere completamente indipendenti dagli episodi di amnesia globale transitoria verificatisi in passato, i quali non possono avere condotto, anche secondo la sua esperienza, alla necessità

di impiantare un pace-maker. 2.16. Sulla scorta di quanto precede, considerato dunque che sia il perito sia il medico interpellato dall'assicuratore resistente hanno concluso senza alcun dubbio che l'arresto sinusale occorso il 25 febbraio 2018 è un evento che non si trova in nesso di causalità con gli episodi di amnesia globale transitoria manifestatisi prima della sottoscrizione della dichiarazione sullo stato di salute trattandosi di eventi di carattere neurologico che non hanno perciò nulla a che vedere con la degenerazione del sistema elettrico cardiaco che ha comportato l'impianto di un pace-maker, l'assicuratore malattia resistente non può essere liberato dal dovere assumersi i costi delle cure sorti a dipendenza della malattia cardiaca fino a al momento in cui la disdetta contrattuale per reticenza ha esplicato effetto (art. 6 cpv. 3 LCA). Tale è la posizione anche dell'assicuratore malattia (doc. XXXI), che nelle sue osservazioni conclusive ha chiesto che la richiesta dell'attore volta al pagamento delle cure di cui ha beneficiato nel 2018 per i problemi cardiaci sia limitata a Fr. 12'376,50. Questo importo discende dalla parte dei costi che non è già stata assunta dall'assicurazione malattia obbligatoria e con la quale parte attrice ha concordato in sede di udienza (Fr. 14'176,50), a cui ha poi dedotto l'ammontare di Fr. 1'800.- per le prestazioni sempre relative all'evento sincopale del 25 febbraio 2018, che però hanno avuto luogo dal 2 al 5 settembre 2018 (doc. R) e quindi dopo che gli effetti della disdetta del contratto assicurativo per reticenza erano già espliciti (15 maggio 2018). La spiegazione di CV 1 trova l'integrale accordo del TCA e va pertanto qui tutelata integralmente. Parzialmente vincente in causa, l'attore ha diritto a delle ripetibili, che però vanno riconosciute in misura ulteriormente ridotta, considerato che se il certificato del dr. med. _____ del 9 luglio 2019 fosse stato allestito in precedenza, l'assicuratore malattia avrebbe assunto i costi dell'intervento al cuore così come sopra indicati già al momento della loro insorgenza. Ciò avrebbe consentito al Tribunale di non far allestire una perizia giudiziaria e quindi di non generare costi inutili non solo a carico dello Stato, ma anche delle stesse parti in causa. 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'attore.

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