

TI_GERICHTE 36.2020.33 vom 14. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.33

FR: TI_GERICHTE 36.2020.33 du 14 décembre 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2020.33 del 14 dicembre 2020

Erwägungen

E. 16

ottobre 2019 l'attrice ha trasmesso all'assicuratore la dichiarazione di malattia perdita di salario, sottoscritta dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha attestato di avere visitato l'interessata il 25 aprile 2016 e poi nuovamente dal 10 luglio 2019, regolarmente, con ricovero dal 24 luglio 2019 al 12 settembre 2019. Lo specialista ha certificato un'incapacità lavorativa del 100%, indicandone l'inizio attorno al 2016 (doc. 5). Lo stesso specialista, in un certificato del 14 ottobre 2019, ha affermato che l'attrice è stata in sua cura presso di lui dal maggio 2015 all'aprile 2016 e che già all'epoca la signora dava segnali di seria turba mentale. Alla ripresa dei contatti (luglio 2019) si è notato un netto peggioramento. Le osservazioni permettono di datare una incapacità lavorativa, almeno parziale, risalente ad almeno tre anni fa (doc. 5).

L'8 ottobre 2019 il dr. med. _____, FMH medicina interna, ha evidenziato che durante una visita eseguita il 31.08.2016 per una periartrite ho eseguito un'infiltrazione. Basandomi sulla reazione, completamente fuori norma da parte della paziente subito dopo l'infiltrazione posso confermare che già esisteva una patologia psichica importante (doc. 5). Quest'ultimo medico, il 3 luglio 2019, ha inoltre attestato un'inabilità lavorativa totale dell'interessata dalla medesima data (doc. 5).

Il 5 dicembre 2019, interpellato dal medico di fiducia dell'assicuratore, il dr. med. _____ ha posto la diagnosi ICD 10 F22.0, indicando che l'assicurata presenta una sindrome delirante (e più precisamente un delirio sensitivo di riferimento nelle sue manifestazioni originali, constatato per la prima volta nel maggio 2015), poi evoluta in senso paranoide. Si tratta di un disturbo probabilmente endogeno a suo tempo favorito da una relazione (quanto reale, quanto immaginaria è difficile determinare) con una persona incontrata per caso con la quale non vi sono stati contatti se non epistolari () Dopo essere stata ricoverata coattivamente nell'estate scorsa, lo stato dell'assicurata è sensibilmente migliorato sotto terapia antipsicotica e antidepressiva. Purtroppo la paziente tollera male i farmaci e i dosaggi sono forzatamente limitati. Siamo sempre alla ricerca di una terapia ottimale e sopportabile () la paziente ha interrotto il lavoro (era impiegata amministrativa in una agenzia di collocamento di proprietà dell'ex marito e sua) già anni fa; a causa del suo disturbo non si è annunciata tempestivamente come inabile al lavoro, e ciò è sicuramente riconducibile agli aspetti deliranti e al ritiro autistico che la caratterizzava all'epoca () Nonostante la terapia instaurata e i risultati abbastanza buoni che ha prodotto, l'assicurata rimane persona estremamente fragile sul piano psichico e sicuramente non caricabile sul piano professionale, per lo meno nel futuro prevedibile. Prevedo una incapacità permanente (). Non esiste alcun collegamento con l'ambiente di lavoro. L'assicurata era all'epoca, per così dire, datrice di lavoro di sé stessa e ha sospeso l'attività a causa della sindrome delirante in cui era profondamente scivolata () Attualmente l'assicurata è seguita in

psicoterapia di sostegno dalla mia collaboratrice signora _____, psicologa e psicoterapeuta, a frequenza settimanale. Personalmente la incontro per una valutazione della terapia farmacologica ogni due-tre settimane. L'assicurata è molto precisa nel presentarsi agli appuntamenti e non ho motivo di dubitare che non rispetti le prescrizioni mediche (doc. 9).

Il dr. med. _____, interpellato dal TCA, il 31 agosto 2020 (doc. XV) ha affermato che la patologia presentata nel periodo maggio 2015 - aprile 2016 può essere inquadrata come sindrome delirante persistente (più precisamente delirio di rapporto sensitivo) ICD 10 F22.0. La turba è, con ogni probabilità, persistita anche successivamente, nel periodo in cui la paziente non è più stata in osservazione, come nella natura del disturbo. La cura è stata ostacolata dalla diffidenza della paziente (sintomo caratteristico) e ha dovuto limitarsi a piccole dosi di tranquillanti e antidepressivi in funzione ipnotica. La presa a carico è stata sospesa nel 2016 per decisione della paziente. Un proseguimento contro la sua partecipazione spontanea non aveva senso.

Lo specialista ha precisato che come tipico per una sindrome delirante persistente, l'evoluzione è stata lenta e pressoché impercettibile nel periodo maggio 2015 - aprile 2016, quando con ogni probabilità la patologia era nel suo periodo più acuto. Alla ripresa delle consultazioni, nel luglio 2019, gli aspetti deliranti apparivano parzialmente ridimensionati e soprattutto avevano perso il loro carattere di delirio di rapporto sensitivo. La paziente appariva ancora però gravemente compromessa da un punto di vista emotivo-affettivo, molto carente sul piano dell'esame di realtà e della coscienza di malattia tanto che avevo dovuto imporre un ricovero. Soltanto in ambito stazionario, infatti, sarebbe stato possibile effettuare una cura farmacologica indispensabile, nei confronti della quale però la paziente aveva mostrato forti reticenze, tali da non garantire nessuna concreta possibilità di efficacia in ambito ambulatoriale () Pur con le variazioni alle quali ho accennato, tutto porta a concludere che la condizione di patologia grave, inabilitante al lavoro, sia persistita senza soluzione di continuità dal 2015 sino al 2019. È verosimile che il rapporto di lavoro sia stato rescisso soltanto nel maggio 2018 perché la paziente, in pratica, lavorava in una ditta di cui era contitolare. Ritengo che la sua capacità lavorativa fosse compromessa in misura significativa, verosimilmente almeno del 50%. Circa la questione di sapere per quale motivo interessata si è rivolta allo specialista nel luglio 2019 e non prima, il dr. med. _____ ha affermato di non essere in grado di rispondere, probabilmente la sofferenza della paziente è andata crescendo nel corso degli ultimi mesi precedenti le consultazioni del 2019. Si erano inoltre deteriorate le sue condizioni socio-economiche e, fattore di non trascurabile importanza nel contesto di un isolamento sociale quasi assoluto come quello in cui ella viveva, si stava avvicinando il decesso del cane che effettivamente, poche settimane dopo, ha dovuto essere soppresso (doc. XV).

2.6.

2.6.1. 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 al 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 (substanziert), di modo che la controparte non può contestare in maniera generica (pauschale Bestreitung) queste allegazioni, ma deve piuttosto precisare concretamente quali sono gli elementi e i fatti che contesta. Come semplice allegazione la perizia di parte può se del caso, insieme ad indizi sostenuti dalle risultanze processuali giusta l'art. 168 cpv. 1 CPC, dimostrare quanto asserito dall'assicurato. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6).

Nella fattispecie analizzata dalla nostra Massima Istanza, il Tribunale cantonale aveva ammesso la perizia di parte come mezzo di prova e soltanto fondandosi su questa perizia ha ritenuto quindi comprovato che il ricorrente fosse abile al lavoro.

Di conseguenza, il giudizio cantonale ha violato l'art. 168 cpv. 1 CPC nella misura in cui ha ritenuto che la perizia di parte fosse un mezzo di prova che permetteva di constatare la capacità di lavoro dell'interessato (cfr. consid. 2.6).

Il ricorso dell'assicurato è quindi stato accolto su questo punto e gli atti rinviati all'autorità di prima istanza per un nuovo apprezzamento delle prove tenendo conto dei principi posti a proposito delle perizie di parte (cfr. consid. 4).

2.6.2. 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.■).

2.6.3. 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 sia 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 constatare 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 citato 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 avere 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.

Per un caso in cui il Tribunale federale ha ancora citato la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali cfr. la sentenza 4A_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1.

2.7. In concreto, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia psichiatrica del 3 agosto 2020 allestita dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nell'ambito della procedura AI.

Il referto, di 20 pagine, che fa seguito alle visite del 15 luglio 2020 e del 3 agosto 2020, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali grazie ai quali è possibile attribuire ad un referto piena forza probante. La specialista si è infatti espressa su tutte le patologie lamentate dall'attrice, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'interessata sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di lei.

La dr.ssa med. _____ ha esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute dell'attrice, prendendo in considerazione tutta la documentazione medica acquisita dall'AI.

Dopo avere riassunto gli atti, le informazioni dell'assicurata, l'anamnesi familiare, personale, scolastica, sociale, lavorativa, psicopatologica e i reperti, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di sindrome delirante (ICD 10 F 22), confermando le valutazioni dei curanti e segnatamente del dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia.

La perita amministrativa ha spiegato nel dettaglio le ragioni per le quali ritiene verosimile che l'interessata già dal mese di maggio 2018 era completamente inabile al lavoro. La specialista ha evidenziato come sia il Dr _____ che il medico generalista documentano la presenza di un disagio psichico fin dagli anni 2015-2016 e come in questo periodo, nonostante la sofferenza mentale, l'attività lavorativa era stata conservata. La dr.ssa med. _____ evidenzia poi che l'assicurata ha disdetto il contratto di lavoro il 30 maggio 2018 e che i motivi risultano verosimilmente legati al danno alla salute. La specialista rammenta che solo nel 07.2019 riprende le visite col Dr _____, in una condizione di scompenso acuto che porterà alla degenza e che pertanto risulta

■verosimile che il disturbo delirante fosse già presente ed invalidante dal 2018 e che il ritardo nelle cure fosse legato alla totale assenza di critica della malattia■. La perita afferma infine che per ■quanto argomentato e sulla base dei vari elementi in nostro possesso, si può concludere che dal 05.2018 continuativamente fino ad ora la capacità lavorativa nell■attività abituale sia nulla.■

Questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle convincenti conclusioni della dr.ssa med. _____ secondo cui già dal mese di maggio 2018, e dunque quando era ancora alle dipendenze della _____ e faceva parte della cerchia degli assicurati, l■interessata fosse completamente inabile al lavoro. Del resto, questa conclusione ha una rilevanza anche in ambito AI, giacché è a partire da tale data che inizia l■anno d■attesa per poter avere diritto ad una rendita (art. 28 LAI). Se la perita non avesse ritenuto convincente quanto stabilito dai medici curanti, a non averne dubbio, se ne sarebbe scostata. Ciò vale a maggiore ragione se si pensa che la valutazione di una completa incapacità lavorativa già dal mese di maggio 2018 è stata avvallata anche dai medici del servizio medico regionale (SMR).

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l■art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell■art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell■SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

Le perplessità sollevate dal medico incaricato dall■assicuratore, dr. med. _____, secondo cui diversi fattori indicherebbero che l■interessata fosse in grado di lavorare in quel periodo, e segnatamente l■assenza di cure e di un trattamento farmacologico indicativo di un basso livello di sofferenza (doc. XX +1), non sono sufficienti a sovvertire le valutazioni della perita. Quest■ultima infatti ha approfonditamente indicato le ragioni per le quali l■interessata in quel periodo aveva rifiutato qualsiasi presa a carico specialistica, rammentando che quanto accaduto è intrinseco alla malattia stessa, giacché■il ritardo nelle cure■è legato■alla totale assenza di critica della malattia■.Ciò viene del resto confermato anche dal medico curante, dr. med. _____, interpellato da questo Tribunale e che ha precisato come la cura sia stata ostacolata dalla diffidenza della paziente (sintomo caratteristico della patologia di cui è affetta) e, come tipico della malattia, che ha quale conseguenza una carenza sul piano dell■esame di realtà e della coscienza, l■evoluzione è stata lenta ed impercettibile ed ha portato, dopo la ripresa delle cure nel mese di luglio 2019, a comprova della gravità della patologia, ad un immediato ricovero coatto di quasi 2 mesi. L■interruzione dei contatti con il curante nel corso del 2016 non è pertanto dovuta ad un miglioramento della sintomatologia, ma semmai ad un peggioramento del quadro clinico

con totale assenza di critica di malattia. Come rileva il dr. med. _____, non va poi dimenticato che l'attrice era all'epoca, per così dire, datrice di lavoro di sé stessa e che in realtà è molto più verosimile che la paziente, in quel periodo, fosse talmente preda della sua patologia da avere perso completamente o quasi il contatto con la realtà, mantenendo apparentemente un'attività professionale grazie al fatto di essere, de facto, dipendente di sé stessa, non soggetta a controlli o a esigenze di prestazione.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo TCA deve pertanto concludere, in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante, applicabile nel caso di specie (cfr. DTF 141 III 241, consid. 3.1), che l'interessata è incapace al lavoro perlomeno dal mese di maggio 2018, quando ancora faceva parte della cerchia degli assicurati della _____. I presupposti dell'art. _____ CGA (l'incapacità lavorativa dovuta a malattia ed attestata da un medico) per ottenere indennità giornaliere sono pertanto dati.

2.8. La circostanza che l'attrice sia inabile al lavoro dal mese di maggio 2018, non le permette tuttavia di poter rivendicare prestazioni da tale data.

Infatti, per l'art. _____ CGA se la certificazione concerne un periodo retroattivo d'incapacità al lavoro, sono presi in considerazione soltanto gli ultimi tre giorni precedenti la prima visita medica (inizio della cura medica).

In concreto la prima visita medica successiva all'inizio dell'incapacità lavorativa del mese di maggio 2018, è quella del 3 luglio 2019 del curante, dr. med. _____, FMH medicina generale interna, che ha certificato una totale inabilità lavorativa dell'interessata dalla medesima data (doc. 5).

Le indennità possono pertanto semmai essere versate al più presto dal 30 giugno 2019 (tre giorni precedenti la prima visita medica).

L'assicuratore fa tuttavia valere l'art. _____ CGA per il quale quando un'incapacità al lavoro potrebbe dar diritto alle prestazioni, lo stipulante o l'assicurato sono obbligati a informare la CV 1 al più tardi entro 30 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, indipendentemente dal termine d'attesa convenuto. In assenza di tale informazione, se ne risultano complicazioni importanti, l'assicuratore si riserva il diritto di limitare o di rifiutare il versamento delle prestazioni.

A questo proposito va rammentato che per l'art. 38 cpv. 1 LCA accaduto il sinistro, l'avente diritto, tosto che sia venuto a conoscenza del medesimo e del diritto derivante per lui dall'assicurazione, deve darne avviso all'assicuratore. Il contratto può disporre che tale avviso sarà dato per iscritto.

Secondo questo Tribunale, alla luce delle emergenze peritali, il ritardo con il quale l'attrice ha inoltrato la richiesta di prestazioni non le può essere imputato, ma deriva dalla patologia di cui è affetta e che comporta la totale assenza di critica della malattia stessa (pag. 13 perizia: ■[] per quanto descritto dall'assicurata ed oggettivato dagli specialisti che l'hanno seguita in passato vi era una netta perdita dell'esame di realtà con adesione totale ai temi deliranti e critica di malattia assente []■; pag. 15 della perizia: ■[] Il ritorno dal Dr _____ nel 2019 avviene solo sotto sollecitazione della rete sociale dell'assicurata (parenti ed amici), data la sua totale assenza di consapevolezza di malattia. Anche la decisione del ricovero coatto rientra in questo quadro. La natura del disturbo manifestato (con la perdita dell'esame di realtà) risulta coerente col rifiuto di accedere alle cure da parte dell'assicurata []■; pag. 18 perizia: ■[] risulta verosimile che il disturbo delirante

fosse già presente ed invalidante dal 2018 e che il ritardo nelle cure fosse legato alla totale assenza di critica della malattia []■ cfr. anche pag. 8 perizia: ■ [] Aggiunge che negli ultimi due anni ha faticato a svolgere i compiti, per l'insorgenza dei disturbi psichici, che ne hanno compromesso in modo importante la resa []■; sottolineature del redattore).

Anche il curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, evidenzia come ■■■■ interruzione dei contatti, da parte della paziente, nel 2016, non è da attribuire () a un miglioramento ma, al contrario a un peggioramento del quadro clinico con totale assenza di critica di malattia (anosognosia)■ (doc. B).

Per cui la circostanza, emersa in sede di udienza, secondo la quale nel periodo del suo ritiro sociale, che aveva fatto seguito alla cessazione dell'attività lavorativa, l'attrice riusciva comunque ad accompagnare fuori il cane, a fare le spese, a provvedere a sé stessa e ad eseguire i pagamenti (doc. VIII), non è rilevante.

La patologia di cui è affetta non permetteva infatti all'assicurata, all'epoca, di rendersi conto di essere malata e di, conseguentemente, inoltrare tempestivo avviso all'assicuratore.

L'attrice, che ha iniziato a prendere consapevolezza della propria patologia nel corso della seconda parte della degenza coatta presso la Clinica _____ (cfr. perizia pag. 13: ■ [] durante la degenza la consapevolezza di malattia gradualmente si è realizzata []■; cfr. anche pag. 15 perizia: ■ [] dalla metà del ricovero in poi la graduale presa di coscienza della malattia ha favorito una maggiore collaborazione ai trattamenti, consentito l'accesso a un lavoro psico-educativo ed all'opzione farmacologica []■), ha inoltrato l'annuncio d'incapacità lavorativa l'11 ottobre 2019, ossia entro 30 giorni dal termine del ricovero psichiatrico in data 12 settembre 2019.

Ritenuto pertanto che la tardiva notifica dell'incapacità lavorativa è dovuta ad un motivo oggettivo (ossia la sindrome delirante [ICD 10 F 22.0]), e dunque non imputabile all'attrice, non può esserle applicata la sanzione di cui all'art. _____ CGA e le indennità sono dovute dal 30 giugno 2019.

Alla medesima soluzione si giungerebbe comunque, per i motivi che seguono, anche volendo ritenere, come invece sostiene l'assicuratore, che l'attrice avrebbe potuto agire tempestivamente, entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, e che il ritardo non sia dovuto a motivi oggettivi.

Se, come ritiene la convenuta, l'annuncio dell'11 ottobre 2019 va considerato tardivo per colpa dell'assicurata, occorre verificare, conformemente a quanto prevede l'art. _____ CGA, se l'assicuratore può limitare o rifiutare (come fatto) il versamento delle prestazioni, in quanto ■ne risultano complicazioni importanti■.

In concreto, malgrado il pronto intervento del medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (perizia pag. 8: ■ Nel 07.2019 si rivolge al medico generalista lamentando diversi disturbi somatici. Il curante osserva la condizione di scompenso e la invia di nuovo dal Dr _____. Lo psichiatra le ricetta un medicamento, le chiede di assumerlo la sera e di tornare in studio il giorno successivo. L'assicurata non assume il farmaco perché dice ■avevo paura di morire■. Degli amici, preoccupati per lei, vogliono portarla in Pronto Soccorso ma l'assicurata si rifiuta in quanto teme di morire anche in ospedale. Gli amici contattano il Dr _____, che il giorno seguente vede l'assicurata insieme all'ex marito, sapendo che costui è una delle poche figure di cui l'assicurata si fida. Si stabilisce il ricovero presso la Clinica _____■), del ricovero coatto dal 24

luglio 2019 al 12 settembre 2019 e delle successive cure messe in atto, pur in presenza di un miglioramento dello stato di salute dell'attrice, non vi è stata alcuna incidenza sulla capacità lavorativa dell'interessata, la quale, in ogni caso, non può più riprendere la precedente attività (pag. 15 della perizia: [] Relativamente alla prognosi, lo scompenso presentato ha avuto un carattere di severità, tuttora non è risolto ed ha comportato una perdita di funzionamento in varie aree di cui al momento non è possibile prevedere l'evoluzione. Le risorse personali al momento comportano piccoli miglioramenti per quanto concerne l'area privata ma non sono così incisive da poter influire sul piano lavorativo. Qualora con una maggiore solidità ed autenticità del rapporto terapeutico si potessero raggiungere dosi più rilevanti del medicamento antipsicotico, non si può escludere che a livello medico-teorico sia possibile recuperare una capacità di lavoro almeno parziale in un'attività adatta. La professione abituale, per come descritta dall'assicurata e riportato agli atti, richiede doti di flessibilità, adeguamento e capacità relazionali tali da rendere arduo un possibile recupero).

La dr.ssa med. _____ ha del resto evidenziato come i limiti nelle possibilità di cura risultano una diretta conseguenza del danno alla salute psichico (perizia pag. 15), il quale era già presente dal 2015-2016 (perizia pag. 15: i primi elementi suggestivi di un disturbo psichiatrico sono stati rilevati sia dal medico generalista che dallo psichiatra curante già nel 2015-6).

Ne segue che una presa a carico immediata, già nel maggio 2018, alla luce della natura della (grave) patologia di cui è affetta l'interessata (ICD 10 F.22.0: sindrome delirante) non avrebbe avuto alcuna incidenza sulla capacità lavorativa dell'attrice e che non risultano complicazioni importanti, come voluto dall'art. _____ CGA, per poter limitare o rifiutare le prestazioni. Tant'è che l'assicuratore, dopo l'annuncio di malattia avvenuto l'11 ottobre 2019, non ha attuato alcuna misura nei confronti dell'assicurata atta a migliorarne il suo stato di salute, né le ha imposto di cambiare professione (circa le conseguenze per l'assicuratore dell'assenza di ingiunzione alla persona assicurata di cambiare attività lavorativa perché ritiene che quest'ultima sia completamente abile al lavoro cfr. sentenza 4A_228/2019 del 2 settembre 2019, consid. 2.3.2), ma si è limitato a rifiutare il pagamento delle indennità perché riteneva, a torto (cfr. supra), che l'incapacità lavorativa era sorta quando ormai non vi era più alcuna copertura assicurativa.

Ne segue che l'assicuratore deve essere condannato al versamento delle prestazioni dal 30 giugno 2019 e per i restanti 335 giorni (730 giorni di diritto - 395 giorni dal 31 maggio 2018 al 29 giugno 2019).

Considerato che la convenuta non ha contestato l'importo dell'indennità giornaliera, calcolato dall'attrice in fr. 245.54, l'assicuratore va condannato a versare all'interessata l'importo complessivo di fr. 82'255.90 (335 x 245.54).

In queste condizioni la petizione va parzialmente accolta.

2.10. Accertato che la documentazione prodotta dalle parti ed acquisita dal TCA contiene già tutti gli atti necessari alla risoluzione del caso, poiché emerge con sufficiente chiarezza la situazione medica dell'attrice, la patologia di cui è affetta, la diagnosi e i periodi di incapacità lavorativa, l'allestimento di una perizia giudiziaria, come suggerita dalle parti in sede di udienza (doc. VIII, pag. 3), si rileva superflua.

Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A_175/2015 del 4 maggio 2015).

2.11. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). Non sono assegnate le ripetibili, non essendo l'assicurata rappresentata.

2.12. 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. 17

perizia: “ in base alla descrizione degli sforzi psichici stilata dal datore di lavoro e al resoconto delle mansioni svolte abitualmente fatto dall'assicurata, si giudica che le condizioni cliniche siano incompatibili con una ripresa lavorativa nell'attività abituale ”). Circa lo sviluppo della capacità lavorativa, la perita ha affermato: " (...) Sia il Dr _____ che il medico generalista documentano la presenza di un disagio psichico fin dagli anni 2015-2016. In questo periodo nonostante la sofferenza mentale l'attività lavorativa viene conservata. L'assicurata dà disdetta del contratto di lavoro nel 30.05.2018. I motivi risultano verosimilmente legati al danno alla salute. Solo nel 07.2019 riprende le visite col Dr _____, in una condizione di scompenso acuto che porterà alla degenza. Risulta verosimile che il disturbo delirante fosse già presente ed invalidante dal 2018 e che il ritardo nelle cure fosse legato alla totale assenza di critica della malattia. L'ulteriore decorso dopo il ricovero ospedaliero ha mostrato il mitigarsi di alcuni elementi nel quadro clinico ma non una stabilizzazione sufficiente a consentire un rientro nel mondo del lavoro. Per quanto argomentato e sulla base dei vari elementi in nostro possesso, si può concludere che dal 05.2018 continuativamente fino ad ora la capacità lavorativa nell'attività abituale sia nulla.” (pag. 18 della perizia) Anche per quanto concerne la capacità lavorativa in attività adatta, la perita incaricata dall'UAI ha affermato che “ non si individuano al momento adattamenti di mansioni ed ambiente di lavoro proponibili al fine di consentire il recupero di un ruolo professionale ed una tenuta nel tempo. Il quadro clinico rende tuttora

l'assicurata non in grado di reinserirsi nel libero mercato del lavoro ” (pag. 18 perizia AI). Il 18 novembre 2020 il dr. med. _____, ha ribadito quanto già affermato in precedenza ed ha rilevato che la patologia di cui l'attrice “ era (e in forma più lieve tuttora è) affetta, vale a dire una sindrome delirante persistente, si presentava in forma florida già nel corso delle prime consultazioni, risalenti al 2015. Questa patologia, per sua natura, presenta per lo più un decorso cronico, senza remissione spontanea, con tendenza al peggioramento. Nella prima fase del trattamento da parte mia, ciò è quanto è stato possibile constatare, tanto che l'interruzione dei contatti, da parte della paziente, nel 2016, non è da attribuire (come la controparte vorrebbe) a un miglioramento ma, al contrario un peggioramento del quadro clinico con totale assenza di critica di malattia (anosognosia). Che la paziente abbia in qualche modo continuato a lavorare, sino al 31.8.2018, non è in realtà dimostrato da nessun elemento attendibile. L'argomentazione del Dottore _____, secondo cui il fatto che la paziente non abbia richiesto assistenza psichiatrica né abbia assunto una terapia psicofarmacologica in quel periodo costituisca indizio di scarsa sofferenza (Leidensdruck) e di capacità lavorativa è fallace. In realtà è molto più verosimile che la paziente, in quel periodo, fosse talmente preda della sua patologia da avere perso completamente o quasi il contatto con la realtà, mantenendo apparentemente un'attività professionale grazie al fatto di essere, “de facto”, dipendente di sé stessa, non soggetta a controlli o a esigenze di prestazione. Ella è stata probabilmente in grado di portare a termine alcune mansioni fondamentali ma sicuramente non di lavorare normalmente. Per questo motivo ho ipoteticamente attestato una capacità lavorativa del 50% al massimo, esprimendomi, in questo modo, in senso molto ottimistico. Le condizioni di salute osservate al momento della ripresa dei contatti con me erano, in accordo con quanto appena detto, ancora peggiori di quelle osservate nel 2016, tanto che un ricovero coatto si è reso indispensabile senza indugio. Il miglioramento avvenuto, relativamente rapido ma purtroppo solo parziale, è espressione da un lato della “novità” che un intervento psicofarmacologico rappresentava per la paziente (non essendo abituata a farmaci di questo tipo, ha reagito rapidamente e piuttosto bene), dall'altro però anche – forse – di un persistere della patologia paranoidea, che potrebbe essere una concausa degli effetti secondari, in parte atipici, osservati. Essi sono un importante limite a una terapia efficace e a una migliore risoluzione del quadro clinico. Tutto ciò non fa che confermare la gravità della patologia e la sua resistenza alle cure, che oggi fortunatamente vengono praticate assiduamente, con buona collaborazione e risultati soddisfacenti – anche se non del tutto. A differenza di quanto sostenuto dalla “CV 1” e dal suo consulente Dottor _____, ritengo che vi siano indizi estremamente indicativi di una persistente incapacità lavorativa della paziente dal 2015-16 a oggi. In questo senso si esprime anche la Dottoressa _____, la cui perizia può essere condivisa senza riserve ” (doc. B). 2.6. 2.6.1. 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 al 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 (substanziert), di modo che la controparte non può contestare in maniera generica (pauschale Bestreitung) queste allegazioni, ma deve piuttosto precisare concretamente quali sono gli elementi e i fatti che contesta. Come semplice allegazione la perizia di parte può se del caso, insieme ad indizi sostenuti dalle risultanze processuali giusta l'art. 168 cpv. 1 CPC, dimostrare quanto

asserito dall'assicurato. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6). Nella fattispecie analizzata dalla nostra Massima Istanza, il Tribunale cantonale aveva ammesso la perizia di parte come mezzo di prova e soltanto fondandosi su questa perizia ha ritenuto quindi comprovato che il ricorrente fosse abile al lavoro. Di conseguenza, il giudizio cantonale ha violato l'art. 168 cpv. 1 CPC nella misura in cui ha ritenuto che la perizia di parte fosse un mezzo di prova che permetteva di constatare la capacità di lavoro dell'interessato (cfr. consid. 2.6). Il ricorso dell'assicurato è quindi stato accolto su questo punto e gli atti rinviati all'autorità di prima istanza per un nuovo apprezzamento delle prove tenendo conto dei principi posti a proposito delle perizie di parte (cfr. consid. 4).

2.6.2. 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. ").

2.6.3. 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 sia 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 constatare 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 citato 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 avere 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. Per un caso in cui il Tribunale federale ha ancora citato la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali cfr. la sentenza 4A_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1. 2.7. In concreto, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia psichiatrica del 3 agosto 2020 allestita dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nell'ambito della procedura AI. Il referto, di 20 pagine, che fa seguito alle visite del 15 luglio 2020 e del 3 agosto 2020, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali grazie ai quali è possibile attribuire ad un referto piena forza probante. La specialista si è infatti espressa su tutte le patologie lamentate dall'attrice, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'interessata sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di lei. La dr.ssa med. _____ ha

esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute dell'attrice, prendendo in considerazione tutta la documentazione medica acquisita dall'AI. Dopo avere riassunto gli atti, le informazioni dell'assicurata, l'anamnesi familiare, personale, scolastica, sociale, lavorativa, psicopatologica e i reperti, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di sindrome delirante (ICD 10 F 22), confermando le valutazioni dei curanti e segnatamente del dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia. La perita amministrativa ha spiegato nel dettaglio le ragioni per le quali ritiene verosimile che l'interessata già dal mese di maggio 2018 era completamente inabile al lavoro. La specialista ha evidenziato come sia il Dr _____ che il medico generalista documentano la presenza di un disagio psichico fin dagli anni 2015-2016 e come in questo periodo, nonostante la sofferenza mentale, l'attività lavorativa era stata conservata. La dr.ssa med. _____ evidenzia poi che l'assicurata ha disdetto il contratto di lavoro il 30 maggio 2018 e che i " motivi risultano verosimilmente legati al danno alla salute ". La specialista rammenta che " solo nel 07.2019 riprende le visite col Dr _____, in una condizione di scompenso acuto che porterà alla degenza " e che pertanto risulta " verosimile che il disturbo delirante fosse già presente ed invalidante dal 2018 e che il ritardo nelle cure fosse legato alla totale assenza di critica della malattia ". La perita afferma infine che per " quanto argomentato e sulla base dei vari elementi in nostro possesso, si può concludere che dal 05.2018 continuativamente fino ad ora la capacità lavorativa nell'attività abituale sia nulla ." Questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle convincenti conclusioni della dr.ssa med. _____ secondo cui già dal mese di maggio 2018, e dunque quando era ancora alle dipendenze della _____ e faceva parte della cerchia degli assicurati, l'interessata fosse completamente inabile al lavoro. Del resto, questa conclusione ha una rilevanza anche in ambito AI, giacché è a partire da tale data che inizia l'anno d'attesa per poter avere diritto ad una rendita (art. 28 LAI). Se la perita non avesse ritenuto convincente quanto stabilito dai medici curanti, a non averne dubbio, se ne sarebbe scostata. Ciò vale a maggiore ragione se si pensa che la valutazione di una completa incapacità lavorativa già dal mese di maggio 2018 è stata avvallata anche dai medici del servizio medico regionale (SMR). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Le perplessità sollevate dal medico incaricato dall'assicuratore, dr. med. _____, secondo cui diversi fattori indicherebbero che l'interessata fosse in grado di lavorare in quel periodo, e segnatamente l'assenza di cure e di un trattamento farmacologico indicativo di un basso livello di sofferenza (doc. XX +1), non sono sufficienti a sovvertire le valutazioni della perita. Quest'ultima infatti ha approfonditamente indicato le ragioni per le quali

l'interessata in quel periodo aveva rifiutato qualsiasi presa a carico specialistica, rammentando che quanto accaduto è intrinseco alla malattia stessa, giacché "il ritardo nelle cure" è legato "alla totale assenza di critica della malattia". Ciò viene del resto confermato anche dal medico curante, dr. med. _____, interpellato da questo Tribunale e che ha precisato come la cura sia stata ostacolata dalla diffidenza della paziente (sintomo caratteristico della patologia di cui è affetta) e, come tipico della malattia, che ha quale conseguenza una carenza sul piano dell'esame di realtà e della coscienza, l'evoluzione è stata lenta ed impercettibile ed ha portato, dopo la ripresa delle cure nel mese di luglio 2019, a comprova della gravità della patologia, ad un immediato ricovero coatto di quasi 2 mesi. L'interruzione dei contatti con il curante nel corso del 2016 non è pertanto dovuta ad un miglioramento della sintomatologia, ma semmai ad un peggioramento del quadro clinico con totale assenza di critica di malattia. Come rileva il dr. med. _____, non va poi dimenticato che l'attrice "era all'epoca, per così dire, datrice di lavoro di sé stessa" e che in "realtà è molto più verosimile che la paziente, in quel periodo, fosse talmente preda della sua patologia da avere perso completamente o quasi il contatto con la realtà, mantenendo apparentemente un'attività professionale grazie al fatto di essere, "de facto", dipendente di sé stessa, non soggetta a controlli o a esigenze di prestazione". Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo TCA deve pertanto concludere, in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante, applicabile nel caso di specie (cfr. DTF 141 III 241, consid. 3.1), che l'interessata è incapace al lavoro perlomeno dal mese di maggio 2018, quando ancora faceva parte della cerchia degli assicurati della _____. I presupposti dell'art. _____ CGA (l'incapacità lavorativa dovuta a malattia ed attestata da un medico) per ottenere indennità giornaliera sono pertanto dati. 2.8. La circostanza che l'attrice sia inabile al lavoro dal mese di maggio 2018, non le permette tuttavia di poter rivendicare prestazioni da tale data. Infatti, per l'art. _____ CGA se la certificazione concerne un periodo retroattivo d'incapacità al lavoro, sono presi in considerazione soltanto gli ultimi tre giorni precedenti la prima visita medica (inizio della cura medica). In concreto la prima visita medica successiva all'inizio dell'incapacità lavorativa del mese di maggio 2018, è quella del 3 luglio 2019 del curante, dr. med. _____, FMH medicina generale interna, che ha certificato una totale inabilità lavorativa dell'interessata dalla medesima data (doc. 5). Le indennità possono pertanto semmai essere versate al più presto dal 30 giugno 2019 (tre giorni precedenti la prima visita medica). L'assicuratore fa tuttavia valere l'art. _____ CGA per il quale quando un'incapacità al lavoro potrebbe dar diritto alle prestazioni, lo stipulante o l'assicurato sono obbligati a informare la CV 1 al più tardi entro 30 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, indipendentemente dal termine d'attesa convenuto. In assenza di tale informazione, se ne risultano complicazioni importanti, l'assicuratore si riserva il diritto di limitare o di rifiutare il versamento delle prestazioni. A questo proposito va rammentato che per l'art. 38 cpv. 1 LCA accaduto il sinistro, l'avente diritto, tosto che sia venuto a conoscenza del medesimo e del diritto derivante per lui dall'assicurazione, deve darne avviso all'assicuratore. Il contratto può disporre che tale avviso sarà dato per iscritto. Giusta l'art. 38 cpv. 2 LCA quando l'avente diritto manchi per sua colpa a quest'obbligo, l'assicuratore può ridurre l'indennità dell'importo di cui si troverebbe diminuita se l'avviso fosse stato dato in tempo. Questo articolo non ha carattere imperativo, per cui le parti possono derogarvi (cfr. art. 97 e 98 LCA; cfr. sentenza 4A_490/2019 del 26 maggio 2020; sentenza 4A_562/2016 del 26 aprile 2017, consid. 3.2), prevedendo in particolare la perdita del diritto al risarcimento in caso di avviso tardivo. In concreto, come visto, le CGA, in caso di annuncio tardivo, e meglio oltre 30 giorni dopo

l'inizio dell'incapacità lavorativa, prevedono, se ne risultano complicazioni importanti, il diritto per l'assicuratore anche di rifiutare, e non solo di ridurre, il versamento delle prestazioni. Una clausola di perdita del diritto all'indennità in caso di avviso tardivo del sinistro all'assicuratore non è contraria, di per sé, né all'equità (TC VD RUA V n° 168), né alla consuetudine (CA BE RUA IV n° 127). Così, a condizione d'essere colposa, l'omissione d'annunciare in tempo il sinistro all'assicuratore può, tramite clausola contrattuale, essere sanzionata con la perdita del diritto alla prestazione (DTF 74 II 91, RUA X n° 43, DTF 40 II 60, RUA III n° 65/254; TF RUA XV n° 56), riservato l'art. 45 LCA (sentenza 4A_490/2019 del 26 maggio 2020, consid. 5.3.4), che non può essere modificata a danno dello stipulante o dell'avente diritto (art. 98 cpv. 1 LCA).

Nell'interpretare l'art. 38 cpv. 1 LCA ed in particolare il termine francese "aussitôt" (tosto che sia venuto a conoscenza), la giurisprudenza ha stabilito che l'avviso di un incidente dato entro due giorni dal realizzarsi del rischio, ossia il giorno seguente la conoscenza da parte dell'assicurato dei diritti derivanti per lui dall'assicurazione, è tardivo (TF RUA V n° 166/179/ 329). Un termine di 24 ore per fare l'annuncio del decesso è ammissibile perché permette all'assicuratore di domandare, prima che sia troppo tardi, un'autopsia del defunto (i cui risultati possono condizionare il suo obbligo di risarcimento), ma l'inosservanza di questo termine molto corto non può essere opposta, senza contravvenire all'abuso di diritto, al beneficiario, se non nuoce all'assicuratore, per il fatto, per esempio, che un'autopsia è stata fatta d'ufficio (DTF 32 II 287; TC NE RJN 6 I 430; CA BE RUA IV n° 208). Possono essere previsti altri termini, per esempio un termine di trenta giorni (CA FR RUA VI n° 154), o un termine di tre giorni per avvisare l'assicuratore RC, a contare dalla notifica di una procedura aperta dalla vittima (CA FR RUA VI n° 154). Una clausola delle CGA che indica che il sinistro deve essere annunciato entro 30 giorni è valida (DTF 115 II 88, RUA XVII n° 33; DTF 52 II 154, RUA V n° 146). Per quanto concerne l'art. 38 cpv. 2 LCA, applicabile se le parti non hanno previsto alcuna norma contrattuale che vi deroghi (cfr. supra), la giurisprudenza ha stabilito che la sanzione dell'annuncio tardivo è quella descritta al cpv. 2 e non comporta, ipso facto, la perdita dei diritti dell'assicurato (TF RUA V n° 172). Per poter comportare la riduzione o la soppressione dell'indennità assicurativa, la violazione dell'avviso immediato del sinistro deve essere colposa oppure risultare dall'intenzione dell'avente diritto di impedire l'assicuratore di constatare, in tempo utile, le circostanze del sinistro (TF RUA V n° 169/172; TC NE RUA XVI n° 36). Sempre per quanto concerne l'art. 38 cpv. 2 LCA, applicabile quando mancano disposizioni contrattuali contrarie, la giurisprudenza ha stabilito che la tardività dell'avviso è senza conseguenze se non ha potuto aggravare la situazione dell'assicuratore (TC VD RUA V n° 168), ossia né il principio né l'estensione della responsabilità (TC SH RUA VII n° 152/205). Recentemente, nella già citata sentenza 4A_490/2019 del 26 maggio 2020, al consid. 5.3.4, il Tribunale federale ha ribadito che se la persona assicurata ha violato colposamente il suo obbligo di annuncio, l'assicuratore, secondo l'art. 38 cpv. 2 LCA può ridurre le indennità dell'importo di cui si troverebbero diminuite se l'avviso fosse stato dato in tempo. L'art. 38 LCA non è tuttavia di carattere imperativo. Per cui è data alle parti la facoltà di stabilire liberamente le conseguenze della violazione dell'obbligo di annuncio, riservato quanto previsto dall'art. 45 LCA (" Hat der Anspruchsberechtigte die Anzeigepflicht schuldhafterweise verletzt, so ist der Versicherer gemäss Art. 38 Abs. 2 VVG befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde. Die Ermächtigung des Gesetzgebers enthält also zwei Einschränkungen: Er gestattet dem Versicherer bloss ein Kürzungsrecht zu, das zudem an die Voraussetzung geknüpft ist, dass

die Versicherungsleistung bei rechtzeitiger Anzeige kleiner gewesen wäre (JÜRGE NEF, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N. 16 zu Art. 38 VVG). Art. 38 VVG ist aber - wie die Vorinstanz zu Recht ausführt - keine zwingende Vorschrift, womit die Parteien die Rechtsfolgen einer Verletzung der Anzeigepflicht - unter Vorbehalt von Art. 45 VVG - frei vereinbaren können (Urteile 4A_562/2016 vom 26. April 2017 E. 3.2; 4A_349/2010 vom 29. September 2010 E. 4.2; 5C.55/2005 vom 6. Juni 2005 E. 2.3). ”). Per l’art. 45 cpv. 1 LCA se fu convenuta una sanzione per il caso in cui lo stipulante o l’avente diritto manchi ad un obbligo egli non incorre nella sanzione quando risulti dalle circostanze che la mancanza non è imputabile a colpa. Le sanzioni più severe si trovano nelle clausole che prevedono il decadimento dell’indennità nel caso in cui il termine non sia rispettato (“ Dabei tritt nach Art. 45 Abs. 1 VVG ein wegen Obliegenheitsverletzung vereinbarter Rechtsnachteil nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist. Die schärfste Sanktion stellen Verwirkungsklauseln dar, gemäss denen nach Ablauf einer ungenutzten Verwirkungsfrist der Versicherungsanspruch des Anzeigepflichtigen erlöscht (BGE 115 II 88 E. 2 S. 89 f.; 74 II 91 E. 2 S. 93 f.; zit. Urteil 4A_349/2010 E. 4.2; NEF, a.a.O., N. 17 zu Art. 38 VVG) ”; cfr. anche sentenza 4A_562/2016 del 26 aprile 2017, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza non vi è violazione colposa ai sensi dell’art. 45 LCA se cause oggettive o perlomeno non imputabili alla persona assicurata, quali la malattia, l’impossibilità di produrre una prova, il comportamento dell’assicuratore, di un suo agente o dei servizi dell’amministrazione, hanno impedito la persona assicurata di rispettare i suoi obblighi (cfr. sentenza 4A_562/2016 del 26 aprile 2017, consid. 3.2 con rinvii alle sentenze pubblicate in DTF 115 II 88 consid. 4a e DTF 84 II 556 consid. 9). Va infine rammentato che per l’art. 8 CC ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita, deve fornirne la prova. Ne segue che spetta alla persona assicurata, che chiede il versamento di prestazioni e contesta l’applicazione di una clausola preclusiva, provare che la violazione dell’una o dell’altra delle sue incombenze non ha avuto alcuna influenza sul sorgere dell’evento assicurato o sull’estensione della prestazione dell’assicuratore (sentenza 4A_562/2016 del 26 aprile 2017, consid. 3.2 con riferimenti, segnatamente alla sentenza 115 II 88 consid. 4b). 2.9. In concreto la notifica dell’incapacità lavorativa è avvenuta solo l’11 ottobre 2019. Le parti hanno derogato, tramite le norme previste dalle CGA (art. _____ CGA), all’art. 38 cpv. 2 LCA, prevedendo la possibilità per la convenuta di rifiutare e non solo ridurre, il versamento delle prestazioni “ se ne risultano complicazioni importanti” . Secondo questo Tribunale, alla luce delle emergenze peritali, il ritardo con il quale l’attrice ha inoltrato la richiesta di prestazioni non le può essere imputato, ma deriva dalla patologia di cui è affetta e che comporta la totale assenza di critica della malattia stessa (pag. 13 perizia: “ [...] per quanto descritto dall’assicurata ed oggettivato dagli specialisti che l’hanno seguita in passato vi era una netta perdita dell’esame di realtà con adesione totale ai temi deliranti e critica di malattia assente [...] ”; pag. 15 della perizia: “ [...] Il ritorno dal Dr _____ nel 2019 avviene solo sotto sollecitazione della rete sociale dell’assicurata (parenti ed amici), data la sua totale assenza di consapevolezza di malattia. Anche la decisione del ricovero coatto rientra in questo quadro. La natura del disturbo manifestato (con la perdita dell’esame di realtà) risulta coerente col rifiuto di accedere alle cure da parte dell’assicurata [...] ”; pag. 18 perizia: “ [...] risulta verosimile che il disturbo delirante fosse già presente ed invalidante dal 2018 e che il ritardo nelle cure fosse legato alla totale assenza di critica della malattia [...] ” cfr. anche pag. 8 perizia: “ [...] Aggiunge che negli ultimi due anni ha faticato a svolgere i

compiti, per l'insorgenza dei disturbi psichici, che ne hanno compromesso in modo importante la resa [...]"; sottolineature del redattore). Anche il curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, evidenzia come " l'interruzione dei contatti, da parte della paziente, nel 2016, non è da attribuire (...) a un miglioramento ma, al contrario a un peggioramento del quadro clinico con totale assenza di critica di malattia (anosognosia) " (doc. B). Per cui la circostanza, emersa in sede di udienza, secondo la quale nel periodo del suo ritiro sociale, che aveva fatto seguito alla cessazione dell'attività lavorativa, l'attrice riusciva comunque ad accompagnare fuori il cane, a fare le spese, a provvedere a sé stessa e ad eseguire i pagamenti (doc. VIII), non è rilevante. La patologia di cui è affetta non permetteva infatti all'assicurata, all'epoca, di rendersi conto di essere malata e di, conseguentemente, inoltrare tempestivo avviso all'assicuratore. L'attrice, che ha iniziato a prendere consapevolezza della propria patologia nel corso della seconda parte della degenza coatta presso la Clinica _____ (cfr. perizia pag. 13: " [...] durante la degenza la consapevolezza di malattia gradualmente si è realizzata [...] "; cfr. anche pag. 15 perizia: " [...] dalla metà del ricovero in poi la graduale presa di coscienza della malattia ha favorito una maggiore collaborazione ai trattamenti, consentito l'accesso a un lavoro psico-educativo ed all'opzione farmacologica [...] "), ha inoltrato l'annuncio d'incapacità lavorativa l'11 ottobre 2019, ossia entro 30 giorni dal termine del ricovero psichiatrico in data 12 settembre 2019. Ritenuto pertanto che la tardiva notifica dell'incapacità lavorativa è dovuta ad un motivo oggettivo (ossia la sindrome delirante [ICD 10 F 22.0), e dunque non imputabile all'attrice, non può esserle applicata la sanzione di cui all'art. _____ CGA e le indennità sono dovute dal 30 giugno 2019. Alla medesima soluzione si giungerebbe comunque, per i motivi che seguono, anche volendo ritenere, come invece sostiene l'assicuratore, che l'attrice avrebbe potuto agire tempestivamente, entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa, e che il ritardo non sia dovuto a motivi oggettivi. Se, come ritiene la convenuta, l'annuncio dell'11 ottobre 2019 va considerato tardivo per colpa dell'assicurata, occorre verificare, conformemente a quanto prevede l'art. _____ CGA, se l'assicuratore può limitare o rifiutare (come fatto) il versamento delle prestazioni, in quanto " ne risultano complicazioni importanti" . In concreto, malgrado il pronto intervento del medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (perizia pag. 8: " Nel 07.2019 si rivolge al medico generalista lamentando diversi disturbi somatici. Il curante osserva la condizione di scompenso e la invia di nuovo dal Dr _____ . Lo psichiatra le ricetta un medicamento, le chiede di assumerlo la sera e di tornare in studio il giorno successivo. L'assicurata non assume il farmaco perché dice "avevo paura di morire". Degli amici, preoccupati per lei, vogliono portarla in Pronto Soccorso ma l'assicurata si rifiuta in quanto teme di morire anche in ospedale. Gli amici contattano il Dr _____, che il giorno seguente vede l'assicurata insieme all'ex marito, sapendo che costui è una delle poche figure di cui l'assicurata si fida. Si stabilisce il ricovero presso la Clinica _____ "), del ricovero coatto dal 24 luglio 2019 al 12 settembre 2019 e delle successive cure messe in atto, pur in presenza di un miglioramento dello stato di salute dell'attrice, non vi è stata alcun'incidenza sulla capacità lavorativa dell'interessata, la quale, in ogni caso, non può più riprendere la precedente attività (pag. 15 della perizia: " [...] Relativamente alla prognosi, lo scompenso presentato ha avuto un carattere di severità, tuttora non è risolto ed ha comportato una perdita di funzionamento in varie aree di cui al momento non è possibile prevedere l'evoluzione. Le risorse personali al momento comportano piccoli miglioramenti per quanto concerne l'area privata ma non sono così incisive da poter influire sul piano lavorativo. Qualora con una maggiore solidità

ed autenticità del rapporto terapeutico si potessero raggiungere dosi più rilevanti del medicamento antipsicotico, non si può escludere che a livello medico-teorico sia possibile recuperare una capacità di lavoro almeno parziale in un'attività adatta. La professione abituale, per come descritta dall'assicurata e riportato agli atti, richiede doti di flessibilità, adeguamento e capacità relazionali tali da rendere arduo un possibile recupero"). La dr.ssa med. _____ ha del resto evidenziato come " i limiti nelle possibilità di cura risultano una diretta conseguenza del danno alla salute psichico " (perizia pag. 15), il quale era già presente dal 2015-2016 (perizia pag. 15: " i primi elementi suggestivi di un disturbo psichiatrico sono stati rilevati sia dal medico generalista che dallo psichiatra curante già nel 2015-6 "). Ne segue che una presa a carico immediata, già nel maggio 2018, alla luce della natura della (grave) patologia di cui è affetta l'interessata (ICD 10 F.22.0: sindrome delirante) non avrebbe avuto alcuna incidenza sulla capacità lavorativa dell'attrice e che non risultano " complicazioni importanti ", come voluto dall'art. _____ CGA, per poter limitare o rifiutare le prestazioni. Tant'è che l'assicuratore, dopo l'annuncio di malattia avvenuto l'11 ottobre 2019, non ha attuato alcuna misura nei confronti dell'assicurata atta a migliorarne il suo stato di salute, né le ha imposto di cambiare professione (circa le conseguenze per l'assicuratore dell'assenza di ingiunzione alla persona assicurata di cambiare attività lavorativa perché ritiene che quest'ultima sia completamente abile al lavoro cfr. sentenza 4A_228/2019 del 2 settembre 2019, consid. 2.3.2), ma si è limitato a rifiutare il pagamento delle indennità perché riteneva, a torto (cfr. supra), che l'incapacità lavorativa era sorta quando ormai non vi era più alcuna copertura assicurativa. Ne segue che l'assicuratore deve essere condannato al versamento delle prestazioni dal 30 giugno 2019 e per i restanti 335 giorni (730 giorni di diritto – 395 giorni dal 31 maggio 2018 al 29 giugno 2019). Considerato che la convenuta non ha contestato l'importo dell'indennità giornaliera, calcolato dall'attrice in fr. 245.54, l'assicuratore va condannato a versare all'interessata l'importo complessivo di fr. 82'255.90 (335 x 245.54). In queste condizioni la petizione va parzialmente accolta. 2.10. Accertato che la documentazione prodotta dalle parti ed acquisita dal TCA contiene già tutti gli atti necessari alla risoluzione del caso, poiché emerge con sufficiente chiarezza la situazione medica dell'attrice, la patologia di cui è affetta, la diagnosi e i periodi di incapacità lavorativa, l'allestimento di una perizia giudiziaria, come suggerita dalle parti in sede di udienza (doc. VIII, pag. 3), si rileva superflua. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incanto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento (apprezzamento anticipato delle prove; cfr. sentenza 5A_34/2013 del 9 settembre 2013, consid. 2.3 con riferimento alla sentenza 4A_228/2012 del 28 agosto 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 625; cfr. anche sentenza 4A_675/2016 del 15 dicembre 2016; sentenza 4A_391/2016 dell'8 novembre 2016, consid. 3.1-3.3; sentenza 5A_404/2014 del 29 luglio 2015, consid. 2.3.2; sentenza 4A_175/2015 del 4 maggio 2015). 2.11. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). Non sono assegnate le ripetibili, non essendo l'assicurata rappresentata. 2.12. 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.

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