

TI_GERICHTE 36.2020.53 vom 11. Januar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-01-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.53

FR: TI_GERICHTE 36.2020.53 du 11 janvier 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2020.53 del 11 gennaio 2021

Erwägungen

E. 10

settembre 2018 su richiesta dell'assicuratore, ha posto la diagnosi di sindrome ansiosa non specificata con somatizzazioni (ICD-10 F 41.9) reattiva a problemi legati all'occupazione (Z56) e non ha ritenuto giustificata alcuna incapacità lavorativa (doc. H).

Il 4 dicembre 2018 il dr. med. _____, medico psichiatra aggiunto presso il _____ di _____, ha attestato una completa incapacità lavorativa fino al 31 gennaio 2019 compreso (doc. F).

Agli atti vi sono poi due valutazioni. del 21 settembre 2018 e del 9 novembre 2018 del dr. med. _____, capoclinica presso il _____, dove viene posta la diagnosi principale di emisindrome sensitivo facio-brachiale sinistra fluttuante con esordio nel 2011, RM cerebrale (05.2011, 09.2011, 01.2015, 08.2015), RM cervicale (12.2011), duplex TAS (2011): nella norma, attuale esacerbazione probabilmente nell'ambito di Dg2 e sindrome depressiva ricorrente, con ansia somatizzata (doc. I).

Il 1° ottobre 2018 il dr. med. _____, FMH medicina interna, ha confermato l'incapacità lavorativa per ancora un mese (doc. L).

Il 9 gennaio 2019 il dr. med. _____ ha risposto ad alcune domande poste dall'assicuratore (doc. N). Il 23 gennaio 2019 la dr.ssa med. _____ si è espressa in merito (doc. O).

Il 27 febbraio 2019 (doc. P), l'8 aprile 2019 (doc. P), ed in ulteriori certificati, il dr. med. _____ ha confermato la completa incapacità lavorativa dell'attore (doc. P), mentre il 3 giugno 2019 ha risposto ad alcune domande (doc. R).

Il 12 giugno 2019 la dr.ssa med. _____ ha confermato la completa abilità lavorativa dell'attore (doc. S).

Agli atti è poi stata prodotta la valutazione peritale psichiatrica del 26 luglio 2019 del dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, il quale, dopo aver visitato l'attore in data 19 giugno 2019 e 23 luglio 2019, aver riassunto gli atti, l'anamnesi e le constatazioni obiettive, ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di media gravità (ICD 10 ■ F 32.1) e problemi legati alla occupazione e alla perdita di ruolo professionale (ICD 10 ■ Z56).

Il perito ha affermato:

Il 28 gennaio 2020 il dr. med. _____ ha stabilito che l'interessato sarà abile al lavoro e collocabile nella misura del 20% dal 1° febbraio 2020 (doc. F).

In sede d'udienza l'attore ha prodotto un certificato del 29 ottobre 2020 del dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, secondo cui l'attore ■ si trova in uno stato

depressivo cronicizzato, la cui cura e possibilità di ripresa sono ostacolate dal persistere del conflitto con l'ultimo datore di lavoro, infatti questa dinamica è continuamente riattivata dal trascinarsi nel tempo del conflitto legale ancora aperto con l'assicurazione. Finché questo non sarà risolto e adeguatamente riconosciuta la sua malattia, non sarà possibile ottenere ulteriori miglioramenti del suo stato di salute. Va da sé che un ulteriore prolungamento di tale attesa potrà aggravare ulteriormente la prognosi. Al momento la sua abilità lavorativa non è superiore al 20% a partire da febbraio 2020, come già indicato nei precedenti certificati (doc. XI/1).

2.4.

2.4.1. 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).

2.4.2. 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. (■).

2.4.3. 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 aver seguito l'assicurato in psicoterapia dal 26 gennaio 2016 con frequenza settimanale, in ragione di una sintomatologia depressiva sopraggiunta, secondo l'anamnesi del paziente, in seguito ad un burn-out subito nel dicembre 2014 nell'ambito del suo lavoro. L'ulteriore rapporto del medesimo psichiatra del 4 novembre 2016 conferma quanto stabilito, enumerando i sintomi costatati. Considerato poi che l'assicurato ha inoltrato una domanda di rilevamento tempestivo presso l'assicurazione invalidità, la Corte cantonale poteva concludere, senza cadere nell'arbitrio, alla correttezza dell'incapacità al lavoro allegata.

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

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.

2.5. L'assicurato che chiede il versamento dell'indennità giornaliera deve comprovare il persistere della sua incapacità lavorativa secondo il principio della verosimiglianza preponderante (DTF 141 III 241 consid. 3.1; sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3).

La posizione della persona assicurata è favorita dal fatto che non viene contestata l'incapacità al lavoro fino ad una determinata data. Non spetta tuttavia all'assicuratore comprovare il ripristino totale o parziale della capacità lavorativa. Nell'ambito del suo diritto alla controprova, l'assicuratore deve tutt'al più apportare degli elementi propri ad insinuare dei dubbi e a far vacillare la verosimiglianza preponderante che l'assicurato si sforza di stabilire; questo genere di dubbi può sgorgare già dalle allegazioni delle parti, rispettivamente da perizie private (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3).

con riferimenti alla DTF 130 III 321 consid. 3.4 e alla sentenza 4A_85/2017 del 4 settembre 2017, consid. 2.3).

2.6. Nel caso di specie questo Tribunale, per i motivi che seguono, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni della perizia psichiatrica amministrativa, allestita nell'ambito della procedura AI, secondo cui l'attore è incapace al lavoro al 50% dal mese di dicembre 2018, e fatta propria anche dalla convenuta (cfr. doc. Z [lettera dell'8 aprile 2020 dell'assicuratore all'attore: { } nella misura del 50% a partire dal 1° dicembre 2018, come da valutazione peritale psichiatrica del 26 luglio 2019 effettuata dal Dr. _____ { }■; cfr. doc. BB: ■[] le comunichiamo che in base alle varie valutazioni da parte del nostro medico fiduciario, non sussisterebbe alcuna inabilità lavorativa. Nonostante ciò abbiamo preso in considerazione la valutazione peritale psichiatrica del Dr. med. _____, che giustifica un'inabilità lavorativa del 50%. Stando all'attuale decisione dell'AI, e come già comunicato nella nostra decisione dell'8 aprile 2020 verseremo volontariamente l'indennità giornaliera nella misura del 50% []■; cfr. anche risposta, doc. VIII, punto 6: ■[] Più in particolare, a seguito di tale valutazione l'assicuratore ha ritenuto corretto riconoscere all'attore il grado di inabilità attestato nell'ambito della procedura AI, e meglio indennità giornaliera al 50% dal 01.12.2018 sino al 31.12.2019. Sebbene in ambito di indennità per malattia (rette dalla LCA) non vi sia una Bindungswirkung alle risultanze della procedura AI, l'assicuratore ha comunque ritenuto che le conclusioni alle quali è giunto il perito _____ siano condivisibili []■, cfr. anche pag. 6 risposta ad 2).

Il referto del 26 luglio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, di 20 pagine, e che fa seguito alle visite del 19 giugno 2019 e del 23 luglio 2019, privo di contraddizioni, presenta tutti i requisiti affinché possa essere riconosciuto ad un apprezzamento medico piena forza probante.

Lo specialista, riassuntigli atti, l'anamnesi, le constatazioni obiettive, ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di media gravità (ICD 10 - F32.1) e problemi legati alla occupazione e alla perdita di ruolo professionale (ICD 10 - Z56) ed ha indicato le ragioni per le quali ha ritenuto che l'attore, sia nella precedente attività, ritenuta idonea, che in attività confacenti al suo stato di salute, è capace al lavoro al 50%.

Nel caso di specie non vi è alcun elemento medico oggettivo per poter mettere in discussione la perizia amministrativa ordinata nell'ambito della procedura AI.

Il dr. med. _____ ha infatti esaminato l'insieme della documentazione medica messa a sua disposizione, comprensiva anche dei rapporti della dr.ssa med. _____ (del

E. 14

settembre 2018, del 5 dicembre 2018 e del 14 gennaio 2019), del dr. med. _____ (del 4 dicembre 2018, del 9 gennaio 2019 e del 3 giugno 2019) del dr. med. _____ (del 21 settembre 2018) e del dr. med. _____ (del 1° ottobre 2018), si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato ed ha valutato la capacità lavorativa dell'interessato sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di lui.

Relativamente alla documentazione medica prodotta dall'attore va evidenziato come i rapporti del 21 settembre 2018 e del 9 novembre 2018 del dr. med. _____, non possono assurgere a contestazione qualificata della perizia amministrativa, poiché il sanitario si limita a descrivere la situazione attuale, senza tuttavia certificare alcuna

incapacità lavorativa (doc. I).

Neppure le valutazioni del dr. med. _____ sono atte a sovvertire le valutazioni del dr. med. _____.

L'interessato sostiene che dalla perizia emerge una certa concordanza riguardo alle considerazioni mediche e alle conclusioni cliniche (stesse diagnosi, stessi sintomi accertati dall'osservazione del paziente, constatazioni degli impedimenti simili). Ora, la circostanza secondo cui il perito amministrativo ha dato un quadro patologico sovrapponibile a quello dello psichiatra curante, dr. med. _____, e dunque non sarebbe comprensibile la ragione per la quale non è giunto alla medesima conclusione di completa inabilità lavorativa, è invece spiegabile con la diversità degli incarichi assunti: a scopo di trattamento piuttosto che di perizia (cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010).

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

In queste condizioni il TCA non ha alcun motivo per mettere in dubbio le valutazioni del dr. med. _____ e ritiene pertanto dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, che l'attore, dal mese di dicembre 2018, è incapace al lavoro al 50% in qualsiasi attività.

Per quanto concerne la tesi della convenuta, secondo cui il perito amministrativo si sarebbe pronunciato circa la capacità lavorativa dell'attore solo fino al 26 luglio 2019, data della perizia e non si sarebbe espresso circa l'incapacità lavorativa dal mese di gennaio 2020, questo TCA rileva in primo luogo che lo stesso assicuratore ha versato fino al 31 dicembre 2019 indennità giornaliera al 50% proprio sulla base di quanto accertato dal dr. med. _____ nel luglio 2019 (cfr. doc. Z e doc. VIII, punto 6).

In secondo luogo va evidenziato come agli atti non vi sia alcun attestato che certifichi il ripristino della totale capacità lavorativa dell'attore successivamente alla perizia amministrativa. L'unica psichiatra che esclude la presenza di una incapacità lavorativa è infatti la dr.ssa med. _____, che tuttavia si è espressa da ultimo il 12 giugno 2019 (cfr. doc. S), ossia prima delle visite del dr. med. _____ del 19 giugno 2019 e del 23 luglio 2019.

In queste condizioni occorre concludere che l'attore ha continuato ad essere incapace al lavoro al 50% anche dopo il 26 luglio 2019.

Ne segue che l'interessato da tale data ha diritto ad indennità giornaliera al 50%, come del resto stabilito dall'assicuratore (lettera del 24 aprile 2020 dell'assicuratore all'attore, doc. BB: [] stando all'attuale decisione dell'AI, e come già comunicato nella nostra decisione dell'8 aprile 2020 verseremo volontariamente l'indennità giornaliera nella misura del 50%).

La convenuta ha tuttavia limitato il versamento delle prestazioni al 31 dicembre 2019, data della cessazione della copertura assicurativa in seguito alla disdetta del contratto da parte del datore di lavoro (doc. 3 e 4) e fa riferimento agli art. _____ CGA e _____

CGA (per il tenore cfr. consid. 2.2.).

L'attore contesta la presa di posizione dell'assicuratore, sostenendo che la disdetta del contratto e la fine della copertura assicurativa non mettono un termine al diritto di ricevere prestazioni per patologie che hanno causato un'incapacità lavorativa quando il contratto era ancora in vigore. Inoltre sostiene che la disdetta non è avvenuta nei termini pattuiti, e pertanto il contratto non è stato sciolto al 31 dicembre 2019.

L'Alta Corte, al consid. 3.1.3, ha poi evidenziato che la situazione è diversa nell'ambito dell'assicurazione collettiva contro la perdita di guadagno in caso di malattia retta dalla LCA, nella misura in cui il diritto a prestazioni non dipende da un'affiliazione. Se il sinistro interviene durante il periodo di copertura, l'assicuratore deve versare le prestazioni pattuite fino al loro esaurimento, ossia fino a quando sono giustificate dalle condizioni contrattuali; il limite non risiede nella fine delle relazioni contrattuali, ma nella durata delle prestazioni. Pertanto, in assenza di clausole del contratto che limitano o sopprimono il diritto alle prestazioni oltre il periodo di copertura, l'assicurato che, dopo un evento che dà diritto alle prestazioni, esce da un'assicurazione collettiva poiché non appartiene più alla cerchia degli assicurati definiti dal contratto, può far valere il suo diritto alle prestazioni anche per il seguito degli eventi che si producono dopo la cessazione del rapporto assicurativo (DTF 127 III 106).

2.8. In concreto l'assicurazione collettiva di indennità giornaliera è retta dalla LCA. Occorre pertanto esaminare se una clausola convenzionale limita o sopprime il diritto alle prestazioni nel caso di disdetta del rapporto assicurativo (sentenza 4A_92/2020 del 5 agosto 2020, consid. 3.2).

Gli atti figuranti nel fascicolo processuale sono sufficienti per decidere nel merito della vertenza.

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).

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

All'assicuratore, rappresentato da un avvocato esterno, e parzialmente vincente in causa, vanno assegnate le ripetibili (cfr. art. 95 cpv. 1 lett. b CPC; cfr. anche Viktor Rüegg/Michael Rüegg, Basler Kommentar, 2017, 3a edizione, n. 18 ad art. 95 CPC, pag. 645 e n. 1 ad art. 114 CPC, pag. 701; cfr. sentenza 4A_194/2010 del 17 novembre 2010, consid. 2.2.1 non pubblicato in DTF 137 III 47 e sentenza 4A_535/2015 del 1° giugno 2016, consid. 6.4; cfr. anche sentenza 36.2020.24 del 17 agosto 2020; sentenza 36.2019.89 del 13 novembre 2019; sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018; sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018), calcolate conformemente a quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili del 19 dicembre 2007 (RL 178.310) secondo cui, per le cause aventi un valore corrente tra i fr.

50'000 e i fr. 100'000 le ripetibili sono stabilite mediante l'applicazione di una percentuale variabile tra l'8% e il 15%. In caso l'assicurato è soccombente nella misura del 70%. L'istruttoria è stata relativamente lineare e non ha imposto complesse acquisizioni probatorie. Impegnativa e lunga, invece, è stata l'udienza. Si giustifica pertanto ritenere una percentuale dell'8%. Ne segue che l'attore verserà alla convenuta fr. 2'827.65 a titolo di ripetibili.

2.15. 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'attore.

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