

# TI\_GERICHTE 36.2021.48 vom 15. November 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-11-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2021.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.48)

FR: TI\_GERICHTE 36.2021.48 du 15 novembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2021.48 del 15 novembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

CPC, dimostrare quanto asserito dall'assicurato. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6).

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

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

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

2.5. 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. 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 costatare lo stato di salute in quel momento senza potersi determinare sul passato. Il perito, inoltre, avrebbe dovuto fondarsi sulle informazioni fornite dai curanti.

Al consid. 3.3.1 l'Alta Corte ha rilevato che il Tribunale cantonale non ha ignorato che l'art. 247 cpv. 2 lett. a CPC gli impone di stabilire i fatti d'ufficio. Esso l'ha 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.

Su questi temi si veda 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 ci si riferisca alla sentenza 4A\_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1.

2.7. L'assicurato che chiede il versamento delle indennità giornaliere 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).

In una sentenza 4A\_117/2021 del 31 agosto 2021, destinata a pubblicazione (cfr. anche STF 4A\_144/2021 del 13 settembre 2021, consid. 4.2.1), il Tribunale federale al consid. 3.3.1 ha confermato la predetta giurisprudenza (Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid BGE 130 III 321 E. 3.1 mit Bezug auf den Versicherungsvertrag seine Rechtsprechung zum Beweis des Eintritts des Versicherungsfalls wie folgt zusammengefasst und präzisiert: Gemäss Art. 8 ZGB hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften

verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (ausführlich: BGE 128 III 271 E. 2a/aa mit Hinweisen). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags (NEBEL, im zit. VVG-Kommentar, N. 4 und N. 9 zu Art. 100 VVG, mit Nachweisen). Nach der erwähnten Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 [SR 221.229.1, VVG]) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen. Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen. Dies trifft auch dann zu, wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen. Der Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst und sind andererseits durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 128 III 271 E. 2b/aa S. 275). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine "Beweisnot" voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Eine Beweisnot liegt aber nicht schon darin begründet, dass eine Tatsache, die ihrer Natur nach ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich wäre, nicht bewiesen werden kann, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Beweiserleichterung führen. Im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalles geht die Rechtsprechung davon aus, dass namentlich bei der Diebstahlversicherung in der Regel eine Beweisnot gegeben ist, so dass sich die Herabsetzung des Beweismasses rechtfertigt (Art. 40 VVG; BGE 130 III 321 E. 3.1). Dies gilt hingegen nicht für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit, welche ohne weiteres mit einem entsprechenden Zeugnis bewiesen werden kann. Diesbezüglich gilt das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung. ■).

2.8. Va ancora rammentato che affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, ■ La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali ■, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, ■ Le perizie nelle assicurazioni sociali ■ in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254).

Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V

294).

Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione ed deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato.

Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata.

Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.9. In una sentenza 4A\_563/2019 del 14 luglio 2020 (= DTF 146 III 339), il Tribunale federale, in un caso di indennità giornaliera a causa di malattia, al consid. 4.2, non pubblicato, ha rammentato che nei litigi concernenti le assicurazioni complementari alla LAMal, il Tribunale accerta i fatti d'ufficio (art. 247 cpv. 2 lett. a CPC in combinazione con l'art. 243 cpv. 2 lett. f CPC). Queste vertenze sono rette dalla massima inquisitoria sociale.

Essa si applica tuttavia con riserbo laddove le parti, come in concreto, sono rappresentate da un avvocato (DTF 141 III 569, consid.2.3.1: «Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n'est soumis qu'à une obligation d'interpellation accrue. Comme sous l'empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l'arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l'empire de l'art. 274d al. 3 CO, l'arrêt 4A\_397/2011 du 11 février 2014 consid.4.4) [ ];cfr. anche sentenza 4A\_354/2014 del 14 gennaio 2015, consid. 3).

L'alta Corte nella citata sentenza 4A\_563/2019 del 14 luglio 2020, al consid. 4.2, ha rammentato che le parti sono tenute a sottoporre al Tribunale i fatti sui quali porterà il giudizio.

Il giudice, in particolare quando è confrontato a parti rappresentate da avvocati, non deve investigare nella documentazione per tentare di trovare un argomento favorevole alla parte che l'ha prodotta.

In presenza di persone assistite da un professionista il giudice deve semmai far prova di riserbo, alla stessa stregua di quanto accade nella procedura ordinaria (sentenza 4A\_477/2018 del 16 luglio 2019 consid. 3.4.1.1; DTF 141 III 569 consid. 2.3.1). La portata della massima inquisitoria sociale va considerata in combinazione con il principio di cui all'art. 58 cpv. a CPC. Il giudice interviene solo in caso di richiesta delle parti, alle quali incombe di definire i limiti del processo e di determinare in quale misura vogliono far valere i mezzi e le pretese che appartengono loro (sentenza 4A\_36/2017 del 2 marzo 2017, consid. 7; DTF 141 III 596 consid. 1.4.5).

2.10. In concreto, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che poggia su costatazioni approfondite, motivate ed oggettive.

La specialista, dopo aver visitato in due occasioni l'attore, ha spiegato dettagliatamente le ragioni per le quali l'assicurato, affetto da una lieve sindrome ansiosa non specificata ICD-10 F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione e a preoccupazioni valetudinarie, non presenta alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista psichico dal 12 luglio 2021 (doc. 15 e 27).

L'esame clinico secondo AMDP System, ha infatti rilevato un assicurato collaborante, disponibile, curato nella persona e nell'abbigliamento, con mimica e gestica senza particolarità, lucido e orientato nei 4 domini, con un linguaggio fluente ed esente da turbe afasiche senza deficit nella memoria a breve, medio e lungo termine, con capacità logiche e di giudizio conservate e la capacità di attenzione e concentrazione mantenuta durante il colloquio ed uno status psichico assolutamente nella norma (doc. 15 e 27). Ciò sia in occasione della visita del 6 luglio 2021 (doc. 15) che di quella del 14 settembre 2021 (doc. 27).

La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha poi evidenziato come la terapia farmacologica assunta dall'assicurato è assai blanda, adeguata ai principi base delle terapie riconosciute per la lieve sindrome ansiosa lamentata (doc. 15 e doc. 19) ed è a basso dosaggio (cfr. doc. 27).

Inoltre, come sottolinea giustamente la specialista, gli appuntamenti con i suoi medici curanti sono assai dilazionati e tra una visita e l'altra può passare anche più di un mese.

I referti, approfonditi, dettagliati, estremamente motivati e coerenti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto ad esami approfonditi del caso (cfr. STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2), rispondono inoltre alle condizioni poste dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile (cfr. consid. 2.8) e non sono stati adeguatamente contestati in maniera qualificata dall'attore, come esige invece la giurisprudenza esposta in precedenza (cfr. consid. 2.4-2.6).

L'assicurato, allo scopo di comprovare la sua totale incapacità lavorativa, ha prodotto una serie di certificati medici della curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo, che si limita tuttavia a certificare la necessità di ulteriori 20 (il 12 luglio 2021; allegato doc. 21), rispettivamente 30 (il 2 agosto 2021; cfr. allegati doc. 22) giorni di riposo domiciliare e cure, salvo complicazioni, senza tuttavia fornire alcuna spiegazione o motivazione

supplementare, senza porre alcuna diagnosi, senza indicare la farmacologia prescritta e senza esprimersi in merito alle valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Queste certificazioni non sono pertanto atte a confermare l'asserita incapacità lavorativa dell'attore.

Neppure il certificato del 9 luglio 2021, scritto a mano e non sempre facilmente leggibile, redatto dal dott. \_\_\_\_\_, dirigente medico dell'Ospedale \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (Italia; doc. 17), è d'aiuto all'assicurato. Lo specialista, che si esprime 3 giorni dopo la prima visita effettuata presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, pur rilevando un peggioramento del quadro clinico dell'attore, non pone una diagnosi secondo criteri scientificamente riconosciuti, si limita a descrivere una modifica della psicofarmacologia, che comunque rimane blanda (cfr. doc. 19) e fissa un appuntamento per il 4 agosto 2021, ossia quasi un mese dopo, a comprova dell'assenza di gravità della patologia di cui è affetto l'interessato. Nel certificato non viene inoltre detto alcunché circa un'eventuale incapacità lavorativa, né vengono fornite ulteriori spiegazioni circa lo stato di salute dell'interessato.

Neanche il referto del 4 agosto 2021 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, è atto a sovvertire le convincenti conclusioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Dopo aver descritto quanto riferitole dall'attore, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha infatti accertato anch'essa che l'interessato al colloquio è apparso vigile, lucido, orientato nei parametri spazio-temporali e sul sé. Non disturbi formali o di contenuto del pensiero (allegato doc. 22). Ella ha certo accertato una forte tensione e una deflessione dell'umore, tuttavia ha consigliato l'assunzione di una terapia farmacologica blanda ed ha fissato l'appuntamento successivo per il 23 settembre 2021, ossia quasi un mese e mezzo dopo la visita del 4 agosto 2021. Ciò a maggior comprova della lievità della patologia.

Infine, neppure il successivo, scarno, certificato, del 23 settembre 2021, consistente in una pagina scritta a mano, può mettere in dubbio le valutazioni della specialista incaricata dall'assicuratore di valutare lo stato di salute dell'attore. Infatti, il certificato della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si esaurisce in una conferma del quadro clinico dell'attore e nel consiglio di un'ulteriore astensione dal lavoro per 4 settimane, con un'ottimizzazione della terapia farmacologica e con un appuntamento fissato per il 4 novembre 2021 (doc. 29).

Nessuno dei referti prodotti dall'attore si confronta con le valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che, al contrario, si è espressa in merito alle certificazioni prodotte dall'interessato, indicando i motivi per i quali non ne condivideva le conclusioni. Essi non possono pertanto assurgere a contestazione qualificata delle valutazioni della specialista incaricata dall'assicuratore di valutare la situazione valetudinaria dell'interessato.

Alla luce di quanto precede, in presenza di sole contestazioni generiche e non concrete dei referti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, questo Tribunale deve concludere che l'attore, dal 12 luglio 2021, non è stato incapace al lavoro e non ha di conseguenza alcun diritto a prestazioni.

2.11. In sede di udienza parte attrice ha affermato che si rimette al Tribunale per l'eventuale erezione di una perizia che lascia al prudente giudizio del giudice di valutare (doc. X). Con la petizione aveva chiesto una seconda visita od un'altra soluzione (doc. I).

Questo TCA rinuncia all'allestimento di una perizia. I referti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non adeguatamente contestati dall'attore, per i motivi esposti al considerando precedente, già contengono gli elementi necessari per stabilire che l'interessato è abile al lavoro dal 12 luglio 2021 e non ha più diritto ad alcuna indennità giornaliera. Una perizia giudiziaria non modificherebbe l'esito 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).

2.12. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC), né sono assegnate ripetibili. L'assicuratore è infatti rappresentato dal servizio giuridico interno (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 36.2019.89 del 13 novembre 2019; sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018; sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018).

2.13. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013, l'Alta Corte ha affermato che:

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.

## **E. 2**

agosto 2021 della medesima curante che ha attestato la necessità di trenta giorni di riposo domiciliare e cure, salvo complicazioni (allegato doc. 22) ed una valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_, medico del servizio di psichiatra \_\_\_\_\_, la quale, dopo aver visitato l'assicurato il 4 agosto 2021, ha affermato: "(...) Egli riferisce la progressiva ricomparsa e peggioramento negli ultimi mesi (in concomitanza alla diagnosi di varicocele/ernia inguinale sinistra) di sintomi ansiosi caratterizzati principalmente da inquietudine, irritabilità, agorafobia con tendenza all'isolamento sociale, rimuginio e ansia per la propria salute, attacchi di panico, insonnia tenace. Riferisce inoltre riduzione dell'appetito con calo ponderale di circa 8 kg, deflessione del tono dell'umore con riduzione delle energie e degli interessi. Al colloquio il paziente è apparso vigile, lucido, orientato nei parametri spazio-temporali e sul sé. Non disturbi formali o di contenuto del pensiero. È emersa una forte tensione rispetto all'attuale situazione. Tali pensieri determinano una deflessione del tono dell'umore, che il paziente fatica a verbalizzare. Il livello di ansia durante la giornata risulta incrementato, con peggioramento durante lo svolgimento di

attività quotidiane. La sintomatologia è apparsa in parte responsiva alla terapia farmacologica che da circa un mese sta assumendo su consiglio del collega (Dr. \_\_\_\_\_) a base di SSRI, BDZ, olanzapina. Allo stato attuale si consiglia al paziente ottimizzazione della terapia farmacologica e astensione dell'attività per almeno 4-6 settimane. Da rivalutare in data 23/09/2021 ore 15.00 via skype." (allegato doc. 22) Il 14 settembre 2021 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha visitato nuovamente l'interessato. Nel referto, di 7 pagine, del 16 settembre 2021, la specialista ha affermato: " (...) Disturbi soggettivi attuali Attualmente lamenta crisi d'ansia, "nervosismo se penso al lavoro", insonnia intermedia, dolore sul tibiale anteriore, dolori alla regione inguinale sx e allo scroto, gastralgia, preoccupazioni per il futuro valetudinario. L'assicurato ritiene di non poter riprendere il ruolo il ruolo lavorativo a breve medio termine ed in ogni caso esclude la ripresa del ruolo lavorativo presso l'attuale datore di lavoro. Afferma: "sul lavoro sono nervoso e mi sento stressato e non mi trattano bene". "Se mi danno delle medicine è perché non sto bene e devo adesso prima fare tutta la cura". "Io ho dolori allo scroto e alla parte sinistra all'inguine, i crampi addominali e male alla gamba destra da dopo la caduta e non è fissata la data per l'intervento che devo fare e devo vedere come va l'operazione". (...). Esame clinico secondo AMDP System L'assicurato giunge all'appuntamento convenuto puntuale È collaborante e disponibile durante la visita effettuata che avviene in un clima di buona collaborazione fino a quando si affronta il tema della ripresa del ruolo lavorativo che esclude rivendicando il diritto di essere "malato" per "come mi hanno trattato sul lavoro. È curato nella persona e nell'abbigliamento, vestito in maniera casual, abbronzato. Mimica e gestica sono senza particolarità. È lucido e orientato nei 4 domini. Il linguaggio è fluente ed esente da turbe afasiche. Le gnosie e le prassie sono nella norma. Non si rilevano deficit della memoria a breve, medio, lungo termine. Le capacità logiche e di giudizio sono conservate. La capacità di attenzione e concentrazione è mantenuta durante il colloquio. Il tono dell'umore è normale. Non presenta pose di ascolto; nega allucinazioni. Il corso del pensiero è normale, senza ideazioni deliranti, idee fisse o prevalenti, la percezione è pronta e libera da errore. N.B. Lo status psichico rilevato è assolutamente normale. I disturbi psichici lamentati dall'assicurato non sono oggettivabili e dallo stesso vengono accentuati ed enfatizzati quando si affronta il tema della ripresa del ruolo lavorativo. Diagnosi psichiatrica Dall'insieme delle notizie, delle osservazioni e delle constatazioni obiettive raccolte durante la visita ambulatoriale e più sopra dettagliatamente esposte si può postulare la diagnosi di: Lieve sindrome ansiosa non specificata ICD-10 F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione e preoccupazioni valetudinarie. Valutazione e procedere Dalla mia precedente valutazione del 06.07.2021 l'assicurato oggettivamente è invariato. Lo stato psichico, rilevato secondo l'AMDP System, è normale, così come lo era il 06.07.2021. Soggettivamente continua a riferire ansia episodica ed insonnia intermedia. Il quotidiano descritto è attivo e costruttivo. Riconfermo pertanto dal punto di vista diagnostico categoriale secondo l'ICD 10 che l'assicurato è affetto da una sindrome ansiosa non specificata F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione, in corso di quasi 2 anni e a preoccupazioni valetudinarie in corso da novembre 2020 dopo la diagnosi di ernia inguinale. Come già riferito nel mio rapporto del 06.07.2021 la descrizione delle crisi di ansia sviluppata dall'assicurato e da lui lamentate non soddisfa i criteri per la diagnosi di sindrome da attacchi di panico (vedi mio precedente rapporto). Non presenta alcun episodio depressivo classificabile al codice F32. I colleghi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ non riportano nei loro rapporti redatti alcuna diagnosi categoriale. Descrivono solo i sintomi soggettivi riferiti dall'assicurato che non sono oggettivabili. Si fa notare

inoltre la frequenza delle consultazioni psichiatriche: 09.07.2021, 04.08.2101 e prossima fissata per il 23.09.2021 via Skype. Al di là delle diagnosi categoriali l'assicurato non presenta alcun deficit delle funzioni dell'Io percettive, esecutive, decisionali, previsionali e consequenziali. Secondo il Mini ICF-APP non presenta alcun deficit delle competenze, del rispetto delle regole, del giudizio, dell'assertività, della flessibilità, della persistenza, della relazione con gli altri e della mobilità. Dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa al 100% certificata non è assolutamente giustificata non presentando l'assicurato alcun deficit funzionale con ripercussioni sulla capacità lavorativa secondo il Mini ICF APP.

L'assicurato è abile al 100% sia presso l'attuale datore di lavoro che per qualsiasi altra attività lavorativa ed ambiente di lavoro. L'eventuale incidenza di patologie somatiche sulla sua capacità lavorativa esula dalle mie competenze. La terapia psico farmacologica a lui prescritta non è stata sostanzialmente modificata: era stata sospesa una benzodiazepina sostituita con un'altra ad azione ipnotica ed era stata aggiunta l'olanzapina che riferisce di assumere al dosaggio di 2.5/die (basso dosaggio usato per l'aspetto ansioso). La psicofarmacoterapia prescritta non compromette in alcun modo la sua capacità di guida. Ho comunicato le mie conclusioni all'assicurato che non accetta rivendicando il suo diritto di "essere ammalato" e di "stare in malattia". Non esclude pertanto rivendicazioni. Di seguito rispondo alle vostre domande D1. Sussiste una capacità lavorativa nella sua attuale attività professionale? R1. Sì, l'assicurato è abile al 100% nell'attività professionale attuale. D2. Se sì alla domanda 1, da quando e in quale percentuale? R2. Abile al 100%. L'assicurato non ha mai presentato un'incapacità lavorativa giustificata dall'atto medico psichiatrico dal 12.07.2021, ne dal 07.05.2021. (...) (doc. 27) Il 23 settembre 2021 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha affermato di aver visitato il medesimo giorno l'assicurato, trovando un quadro invariato. " Persiste ansia libera e somatizzata durante la giornata, deflessione del tono dell'umore e insonnia. Si consiglia ulteriore astensione dall'attività lavorativa per almeno 4 settimane. Si ottimizza terapia farmacologica " ed ha fissato il prossimo appuntamento per il 4 novembre 2021 (doc. 29). 2.4. Circa l'aspetto medico, va rammentato che in una sentenza 4A\_178/2015 dell'11 settembre 2015, pubblicata in DTF 141 III 433, il Tribunale federale ha stabilito che una perizia privata non costituisce un mezzo di prova ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC e che nel processo civile le perizie di parte ( Privatgutachten ) devono essere considerate alla stessa stregua di semplici allegazioni di parte. Questa giurisprudenza vale anche per le pretese derivanti dall'assicurazione di indennità giornaliera per malattia, che nella maggior parte dei Cantoni sono giudicate dai Tribunali delle assicurazioni sociali (cfr. Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2016, pag. 36 e 37). Nel caso evaso dall'Alta Corte, si trattava di un assicurato al beneficio di un'assicurazione di indennità giornaliera fondata sulla LCA che era incapace al lavoro e ha domandato una rendita di invalidità, che la sua assicurazione privata ha rifiutato fondandosi su una perizia che essa stessa ha fatto eseguire da un medico specialista in psichiatria e psicoterapia, il quale si è basato sugli atti medici e ha visitato personalmente l'interessato, non ritenendo infine un'incapacità lavorativa. L'assicurato ha quindi chiamato in giudizio la sua assicurazione, ma davanti al Tribunale cantonale ha perso la causa. I giudici, dopo avere apprezzato le 4 valutazioni mediche agli atti (la perizia di parte allestita su mandato dell'assicuratore, il referto del curante, la perizia interdisciplinare e il parere di un altro medico a cui l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti) giunte a conclusioni differenti sulla capacità lavorativa dell'assicurato, si sono basati sulla perizia di parte dell'assicuratore malattia e in virtù della verosimiglianza preponderante hanno ritenuto che l'assicurato non fosse inabile al lavoro. La prima istanza si è basata sulla DTF 125 V 351 consid. 3b/dd, secondo cui la perizia di parte fatta esperire dall'assicuratore

malattia ha il valore di un mezzo di prova (cfr. consid. 2.1). L'assicurato ha quindi inoltrato un ricorso in materia civile presso il Tribunale federale, lamentando che la perizia fatta allestire dall'assicuratore non era una perizia neutra, ma di parte, perciò dal profilo del diritto processuale civile valeva soltanto, come stabilito dalla DTF 132 III 83 consid. 3.4, quale semplice allegazione di parte e non come mezzo di prova (cfr. consid. 2.2). Il TF ha dovuto quindi esaminare la questione di sapere se la perizia di parte sulla quale si è fondato l'assicurato 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 (consider. 2.5.3: “[...] Denn der Gesetzgeber lehnte das Privatgutachten als Beweismittel i.S.v. Art. 168 Abs. 1 ZPO allgemein und nicht nur als Gutachten i.S.v. Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO ab”). Di conseguenza, la giurisprudenza resa in materia di diritto delle assicurazioni sociali, quale la DTF 125 V 351, non vale quando il CPC trova applicazione. È piuttosto la giurisprudenza resa in materia di diritto privato che si applica, in virtù della quale la perizia di parte non ha qualità di mezzo di prova, ma costituisce soltanto una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24; DTF 132 III 83). Le allegazioni che si fondano su una perizia di parte sono generalmente considerate essere particolarmente motivate (substantiiert), di modo che la controparte non può contestare in maniera generica (pauschale Bestreitung) queste allegazioni, ma deve piuttosto precisare concretamente quali sono gli elementi e i fatti che contesta. Come semplice allegazione la perizia di parte può se del caso, insieme ad indizi sostenuti dalle risultanze processuali giusta l'art. 168 cpv. 1 CPC, dimostrare quanto asserito dall'assicurato. In assenza di indizi in tal senso, se sufficientemente contestata la perizia di parte si esaurisce invece in una mera allegazione per nulla dimostrata (cfr. consid. 2.6). Nella fattispecie analizzata dalla nostra Massima Istanza, il Tribunale cantonale aveva ammesso la perizia di parte come mezzo di prova e soltanto fondandosi su questa perizia ha ritenuto quindi comprovato che il ricorrente fosse abile al lavoro. Di conseguenza, il giudizio cantonale ha violato l'art. 168 cpv. 1 CPC nella misura in cui ha ritenuto che la perizia di parte fosse un mezzo di prova che permetteva di constatare la capacità di lavoro dell'interessato (cfr. consid. 2.6). Il ricorso dell'assicurato è quindi stato accolto su questo punto e gli atti rinviati all'autorità di prima istanza per un nuovo apprezzamento delle prove tenendo conto dei principi posti a proposito delle perizie di parte (cfr. consid. 4). 2.5. Va ancora evidenziato che con

sentenza 4A\_318/2016 del 3 agosto 2016, il TF, al consid. 3.2, ha ribadito che in caso di presentazione di un referto medico, laddove si vuole contestarne il contenuto, occorre censurarlo in maniera specifica e qualificata, apportando elementi oggettivi, non bastando una critica generica (“ Dans le cas présent, l'intimée a produit l'expertise privée du Dr B. \_\_\_\_\_, datée du 1er juillet 2015, comportant sept pages. Ce rapport détaillé permet de saisir le raisonnement de l'expert, qui l'a amené à considérer que le recourant était en mesure de travailler en tout cas dès le 23 juin 2015. Confronté à cette expertise privée, le recourant s'est borné à la contester globalement par pli du 24 juillet 2015, déclarant n'être pas d'accord. Il a certes annexé un rapport de deux pages du Dr A. \_\_\_\_\_, psychiatre qui le traite, lequel a nié une valeur probante suffisante au rapport de l'expert privé B. \_\_\_\_\_, faute d'objectivité et de neutralité de ce dernier. Si le Dr A. \_\_\_\_\_ relève des discordances entre le diagnostic posé par le Dr B. \_\_\_\_\_ (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée), les plaintes subjectives du recourant et la conclusion qu'il n'est pas incapable de travailler, le premier ne discute pas précisément les allégations figurant dans l'expertise privée. Autrement dit, la remise en cause des allégations factuelles contenues dans cette expertise demandée par l'intimée ne font pas l'objet d'une contestation motivée du recourant, comme l'exige la jurisprudence susrappelée. De plus, le Dr A. \_\_\_\_\_ ne s'est exprimé qu'après que son patient l'a sollicité, puisque ce dernier a joint le rapport dudit psychiatre à sa contestation globale du 24 juillet 2015. Dans de telles circonstances, les allégations précises de l'expertise privée - contestées de manière globale - peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs. Or, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a estimé, dans sa décision de refus de prestations du 2 décembre 2015, que la capacité de gain de l'assuré était entière depuis le 25 juin 2015. En conséquence, l'autorité cantonale n'a pas violé l'art. 168 CPC en retenant que l'expertise privée du Dr B. \_\_\_\_\_ avait emporté sa conviction. Le moyen est infondé.”).

## **E. 2.6**

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. Su questi temi si veda 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 ci si riferisca alla sentenza 4A\_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1. 2.7. L'assicurato che chiede il versamento delle indennità giornaliere 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). In una sentenza 4A\_117/2021 del 31 agosto 2021, destinata a pubblicazione (cfr. anche STF 4A\_144/2021 del 13 settembre 2021, consid. 4.2.1), il Tribunale federale al consid. 3.3.1 ha confermato la predetta giurisprudenza ( " Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid BGE 130 III 321 E. 3.1 mit Bezug auf den Versicherungsvertrag seine Rechtsprechung zum Beweis des Eintritts des Versicherungsfalls wie folgt zusammengefasst und präzisiert:

Gemäss Art. 8 ZGB hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (ausführlich: BGE 128 III 271 E. 2a/aa mit Hinweisen). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags (NEBEL, im zit. VVG-Kommentar, N. 4 und N. 9 zu Art. 100 VVG, mit Nachweisen). Nach der erwähnten Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 [SR 221.229.1, VVG]) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen. Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen. Dies trifft auch dann zu, wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen. Der Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst und sind andererseits durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 128 III 271 E. 2b/aa S. 275). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine "Beweisnot" voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Eine Beweisnot liegt aber nicht schon darin begründet, dass eine Tatsache, die ihrer Natur nach ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich wäre, nicht bewiesen werden kann, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Beweiserleichterung führen. Im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalles geht die Rechtsprechung davon aus, dass namentlich bei der Diebstahlversicherung in der Regel eine Beweisnot gegeben ist, so dass sich die Herabsetzung des Beweismasses rechtfertigt (Art. 40 VVG; BGE 130 III 321 E. 3.1). Dies gilt hingegen nicht für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit, welche ohne weiteres mit einem entsprechenden Zeugnis bewiesen werden kann. Diesbezüglich gilt das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung." ).

## **E. 2.8**

Va ancora rammentato che a ffinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo , "La promozione

dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.9. In una sentenza 4A\_563/2019 del 14 luglio 2020 (= DTF 146 III 339), il Tribunale federale, in un caso di indennità giornaliera a causa di malattia, al consid. 4.2, non pubblicato, ha rammentato che nei litigi concernenti le assicurazioni complementari alla LAMal, il Tribunale accerta i fatti d'ufficio (art. 247 cpv. 2 lett. a CPC in combinazione con l'art. 243 cpv. 2 lett. f CPC). Queste vertenze sono rette dalla massima inquisitoria sociale. Essa si applica tuttavia con riserbo laddove le parti, come in concreto, sono rappresentate da un avvocato (DTF 141 III 569, consid. 2.3.1: “[...] Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple, et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'art. 296 al. 3 CPC (von Amtes wegen erforschen); la doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a p. 238). Selon la volonté du législateur, le tribunal n'est soumis qu'à une obligation d'interpellation accrue. Comme sous l'empire de la maxime des débats, applicable en procédure ordinaire, les parties doivent recueillir elles-mêmes les éléments du procès. Le tribunal ne leur vient en aide que par des questions adéquates afin que les allégations nécessaires et les moyens de preuve correspondants soient précisément énumérés. Mais il ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (Message du 28 juin 2006 relatif au code de procédure civile suisse [ci-après: Message CPC], FF 2006 6841, 6956 ch. 5.16 ad art. 242 et 243 avec référence à l'arrêt 4C.211/2004 du 7 septembre 2004 consid. 2.1; cf. également sous l'empire de l'art. 274d al. 3 CO, l'arrêt 4A\_397/2011 du 11 février 2014 consid. 4.4) [...]”]; cfr. anche sentenza 4A\_354/2014 del 14 gennaio 2015, consid. 3). L'alta Corte nella citata sentenza 4A\_563/2019 del 14 luglio 2020, al consid. 4.2, ha rammentato che le parti sono tenute a sottoporre al Tribunale i fatti sui quali porterà il giudizio. Il giudice, in particolare quando è confrontato a parti rappresentate da avvocati, non deve investigare nella documentazione per tentare di trovare un argomento favorevole alla parte

che l'ha prodotta. In presenza di persone assistite da un professionista il giudice deve semmai far prova di riserbo, alla stessa stregua di quanto accade nella procedura ordinaria (sentenza 4A\_477/2018 del 16 luglio 2019 consid. 3.4.1.1; DTF 141 III 569 consid. 2.3.1). La portata della massima inquisitoria sociale va considerata in combinazione con il principio di cui all'art. 58 cpv. a CPC. Il giudice interviene solo in caso di richiesta delle parti, alle quali incombe di definire i limiti del processo e di determinare in quale misura vogliono far valere i mezzi e le pretese che appartengono loro (sentenza 4A\_36/2017 del 2 marzo 2017, consid. 7; DTF 141 III 596 consid. 1.4.5). 2.10. In concreto, questo Tribunale non vede ragioni che gli impediscano di fare propria la valutazione espressa dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che poggia su costatazioni approfondite, motivate ed oggettive. La specialista, dopo aver visitato in due occasioni l'attore, ha spiegato dettagliatamente le ragioni per le quali l'assicurato, affetto da una lieve sindrome ansiosa non specificata ICD-10 F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione e a preoccupazioni valetudinarie, non presenta alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista psichico dal 12 luglio 2021 (doc. 15 e 27). L'esame clinico secondo AMDP System, ha infatti rilevato un assicurato collaborante, disponibile, curato nella persona e nell'abbigliamento, con mimica e gestica senza particolarità, lucido e orientato nei 4 domini, con un linguaggio fluente ed esente da turbe afasiche senza deficit nella memoria a breve, medio e lungo termine, con capacità logiche e di giudizio conservate e la capacità di attenzione e concentrazione mantenuta durante il colloquio ed uno status psichico assolutamente nella norma (doc. 15 e 27). Ciò sia in occasione della visita del 6 luglio 2021 (doc. 15) che di quella del 14 settembre 2021 (doc. 27). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha poi evidenziato come la terapia farmacologica assunta dall'assicurato è assai blanda, adeguata ai principi base delle terapie riconosciute per la lieve sindrome ansiosa lamentata (doc. 15 e doc. 19) ed è a basso dosaggio (cfr. doc. 27). Inoltre, come sottolinea giustamente la specialista, gli appuntamenti con i suoi medici curanti sono assai dilazionati e tra una visita e l'altra può passare anche più di un mese. I referti, approfonditi, dettagliati, estremamente motivati e coerenti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha espresso il suo apprezzamento in modo chiaro e motivato, dopo aver proceduto ad esami approfonditi del caso (cfr. STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 10.2), rispondono inoltre alle condizioni poste dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile (cfr. consid. 2.8) e non sono stati adeguatamente contestati in maniera qualificata dall'attore, come esige invece la giurisprudenza esposta in precedenza (cfr. consid. 2.4-2.6). L'assicurato, allo scopo di comprovare la sua totale incapacità lavorativa, ha prodotto una serie di certificati medici della curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo, che si limita tuttavia a certificare la necessità di ulteriori 20 (il 12 luglio 2021; allegato doc. 21), rispettivamente 30 (il 2 agosto 2021; cfr. allegati doc. 22) giorni di riposo domiciliare e cure, salvo complicazioni, senza tuttavia fornire alcuna spiegazione o motivazione supplementare, senza porre alcuna diagnosi, senza indicare la farmacologia prescritta e senza esprimersi in merito alle valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Queste certificazioni non sono pertanto atte a confermare l'asserita incapacità lavorativa dell'attore. Neppure il certificato del 9 luglio 2021, scritto a mano e non sempre facilmente leggibile, redatto dal dott. \_\_\_\_\_, dirigente medico dell'Ospedale \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (Italia; doc. 17), è d'aiuto all'assicurato. Lo specialista, che si esprime 3 giorni dopo la prima visita effettuata presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, pur rilevando un peggioramento del quadro clinico dell'attore, non pone una diagnosi secondo criteri scientificamente riconosciuti, si limita a descrivere una modifica della psicofarmacologia,

che comunque rimane blanda (cfr. doc. 19) e fissa un appuntamento per il 4 agosto 2021, ossia quasi un mese dopo, a comprova dell'assenza di gravità della patologia di cui è affetto l'interessato. Nel certificato non viene inoltre detto alcunché circa un'eventuale incapacità lavorativa, né vengono fornite ulteriori spiegazioni circa lo stato di salute dell'interessato. Neanche il referto del 4 agosto 2021 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, è atto a sovvertire le convincenti conclusioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Dopo aver descritto quanto riferitole dall'attore, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha infatti accertato anch'essa che l'interessato al colloquio "è apparso vigile, lucido, orientato nei parametri spazio-temporali e sul sé. Non disturbi formali o di contenuto del pensiero" (allegato doc. 22). Ella ha certo accertato una forte tensione e una deflessione dell'umore, tuttavia ha consigliato l'assunzione di una terapia farmacologica blanda ed ha fissato l'appuntamento successivo per il 23 settembre 2021, ossia quasi un mese e mezzo dopo la visita del 4 agosto 2021. Ciò a maggior comprova della lievità della patologia. Infine, neppure il successivo, scarno, certificato, del 23 settembre 2021, consistente in una pagina scritta a mano, può mettere in dubbio le valutazioni della specialista incaricata dall'assicuratore di valutare lo stato di salute dell'attore. Infatti, il certificato della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si esaurisce in una conferma del quadro clinico dell'attore e nel consiglio di un'ulteriore astensione dal lavoro per 4 settimane, con un'ottimizzazione della terapia farmacologica e con un appuntamento fissato per il 4 novembre 2021 (doc. 29). Nessuno dei referti prodotti dall'attore si confronta con le valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che, al contrario, si è espressa in merito alle certificazioni prodotte dall'interessato, indicando i motivi per i quali non ne condivideva le conclusioni. Essi non possono pertanto assurgere a contestazione qualificata delle valutazioni della specialista incaricata dall'assicuratore di valutare la situazione valetudinaria dell'interessato. Alla luce di quanto precede, in presenza di sole contestazioni generiche e non concrete dei referti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, questo Tribunale deve concludere che l'attore, dal 12 luglio 2021, non è stato incapace al lavoro e non ha di conseguenza alcun diritto a prestazioni. 2.11. In sede di udienza parte attrice ha affermato che "si rimette al Tribunale per l'eventuale erezione di una perizia che lascia al prudente giudizio del giudice di valutare" (doc. X). Con la petizione aveva chiesto una "seconda visita" od un'altra soluzione (doc. I). Questo TCA rinuncia all'allestimento di una perizia. I referti della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non adeguatamente contestati dall'attore, per i motivi esposti al considerando precedente, già contengono gli elementi necessari per stabilire che l'interessato è abile al lavoro dal 12 luglio 2021 e non ha più diritto ad alcuna indennità giornaliera. Una perizia giudiziaria non modificherebbe l'esito della vertenza. Ne segue che la vertenza può essere decisa senza la necessità di assumere ulteriori prove. 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). 2.12. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC), né sono assegnate ripetibili. L'assicuratore è infatti rappresentato dal servizio giuridico interno (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 36.2019.89 del 13 novembre 2019; sentenza 36.2017.109 del 5 marzo 2018; sentenza 36.2017.68 del 23 aprile 2018). 2.13. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013, l'Alta Corte ha affermato che: " (...) Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art.

#### **E. 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.