

TI_GERICHTE 36.2024.44 vom 27. Februar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-02-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2024.44

FR: TI_GERICHTE 36.2024.44 du 27 février 2025

IT: TI_GERICHTE 36.2024.44 del 27 febbraio 2025

Erwägungen

E. 7

dicembre 2023 il datore di lavoro dell'assicurato ha notificato alla convenuta la totale inabilità lavorativa dell'attore dal 16 novembre 2023 (doc. 3), sulla base del certificato del curante, dr. med. _____, FMH medicina generale, di medesima data (doc. 4). Il 6 febbraio 2024 AT 1 è stato visitato, su richiesta dell'assicuratore, dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, la quale nel referto del 9 febbraio 2024, dopo aver descritto la situazione attuale, l'anamnesi familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa, sociale, somatica e psichiatrica e l'esame clinico secondo AMDP System, ha posto la diagnosi di lieve sindrome ansiosa non specificata ICD 10 F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione ICD 10 Z56. La specialista ha affermato: " (...) Valutazione e procedere L'assicurato dotato di buone risorse e capacità, che ha saputo mettere in campo nei diversi ambiti di vita, in relazione ai problemi legati all'occupazione, in corso da 1 anno, riferisce dalla scorsa estate sviluppo di episodica ansia, difficoltà di concentrazione, sentimento di incapacità a sopportare la situazione, episodica insonnia. È stato dichiarato inabile al 100% dal 16.11.2023 dal medico curante. Dal distacco dal posto di lavoro riferisce miglioramento dei sintomi psichici. Soggettivamente attualmente lamenta ansia anticipatoria rispetto alla ripresa del ruolo lavorativo. Il quotidiano descritto è attivo e costruttivo. Oggettivamente (esame psichico secondo AMDP-System) non presenta segni di ansia o depressione al colloquio; non presenta disturbi psicotici nè deficit cognitivi; il tono dell'umore è normale. NB: lo status psichico oggettivato è normale. A livello diagnostico categoriale il disturbo psichico sviluppato dall'assicurato è inquadrabile come una sindrome ansiosa non specificata ICD 10 F41.9, reattiva a problemi legati all'occupazione ICD-10Z56. È escludibile una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva ICD-10 F42.2, essendo l'assicurato confrontato, a sua detta, con problemi in ambito lavorativo da 1 anno ed avendo sviluppato sintomi ansiosi solo dalla scorsa estate. Inoltre dalla raccolta anamnestica non emergono sintomi depressivi, peraltro non oggettivabili alla valutazione. Al di là della diagnosi categoriale l'assicurato non presenta deficit delle funzioni dell'io, percettive, esecutive, decisionali, previsionali, consequenziali. Secondo il MINI ICF-APP non presenta alcun deficit del rispetto delle regole, delle competenze, del giudizio, dell'assertività, della flessibilità, della persistenza, della mobilità e della relazione con gli altri. Dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa certificata al 100% non è assolutamente giustificata non presentando l'assicurato deficit psichici e funzionali rilevati al MINI ICF-APP che incidano sulla sua funzionalità nel quotidiano ed in ambito lavorativo. Dal lato medico psichiatrico l'assicurato è da considerare abile al 100% nell'attività svolta ed in qualunque altra attività lavorativa ed ambiente di lavoro. Ho comunicato le mie conclusioni all'assicurato che non si proietta a breve nella ripresa del ruolo lavorativo. Non si escludono pertanto rivendicazioni. Di seguito rispondo alle vostre domande . D1. Sussiste una capacità lavorativa nella sua attuale attività professionale? R1.

Sì. Dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa certificata al 100% non è assolutamente giustificata non presentando l'assicurato deficit psichici e funzionali rilevati al MINI ICF-APP che incidano sulla sua funzionalità nel quotidiano ed in ambito lavorativo. Dal lato medico psichiatrico l'assicurato è da considerare abile al 100%. D2. Se sì alla domanda 1 da quando ed in quale percentuale? R2. Dal lato medico psichiatrico l'assicurato è da considerare abile al 100% nell'attività svolta ed in qualunque altra attività lavorativa ed ambiente di lavoro. D3. Se no alla domanda 1, dal profilo medico è possibile esigere una capacità lavorativa in un'altra attività/ambiente di lavoro? R3. Non fa al caso. D4. Se sì alla domanda 3, in quale attività, a partire da quando e in quale percentuale? R4. Non fa al caso." (doc. 15 pag. 4-5) Il

E. 12

febbraio 2024 CV 1 ha informato l'interessato che avrebbe versato le indennità giornaliere fino al 13 febbraio 2024 (doc. 16). Il 20 febbraio 2024 il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina generale, che nel corso del tempo ha certificato un'inabilità lavorativa del 100% (cfr. ad esempio doc. 20, 65, 68), ha affermato: " (...) Premessa 1 : conosco personalmente la dr.ssa _____, che stimo e apprezzo molto e che ritengo estremamente competente sotto ogni aspetto professionale. Premessa 2 : conosco già dal marzo 1997 come paziente il signor AT 1. È sempre stato una persona seria, grande lavoratore, che si dedicava fin troppo al lavoro con fino a 80-90 ore settimanali di lavoro. Da come lo conosco è sempre stato taciturno e molto introverso. Probabilmente questa limitata capacità al dialogo, ma anche la malattia in corso, non gli hanno permesso di comunicare al medico esaminatore (dr.ssa _____) in modo completo tutte le sue vicissitudini e il suo stato di salute. Anamnesi psichiatrica remota : il signor AT 1 ha riferito al medico esaminatore di non aver mai beneficiato di trattamenti psichiatrici e ha anche negato episodi depressivi. Riferisce di avere avuto solo due consulti presso un collega "per un coaching". Queste affermazioni devono essere completate come segue: - anni fa, quando risiedeva ancora a _____, avrebbe fatto un tentativo di suicidio, non descrive però in dettaglio l'episodio (da notare che nel raccontare l'accaduto non esteriora alcuna emozione e rimane molto freddo e apatico). - nel 2009/2010 ha a lungo sofferto di uno stato ansioso-depressivo con conseguente incapacità lavorativa al 100% dal 14.09.2009 al 20.10.2009, ridotta all'80% dal 21.10.2009 al 28.02.2009 (sic!), ridotta poi progressivamente con ancora in data 19.09.2010 una incapacità lavorativa del 50%. L'incapacità lavorativa è quindi perdurata per oltre un anno a causa di questo disturbo psichico. - non ha avuto solamente due consulti per un "coaching" ma ha visto più volte il collega dr. med. _____, FMH psichiatria di _____. Rilevo dalla cartella clinica che in data 20.07.2011 era ancora in cura psichiatrica dal collega dr. _____. Si tratta quindi di una problematica psichiatrica della durata di ben 2 anni. - nella cartella clinica ho ritrovato un mio certificato di annuncio alla assicurazione invalidità, per incapacità lavorativa di lunga durata (per quanto sopra), datato 25.04.2010. Non sono però a conoscenza se l'assicurazione AI abbia concesso delle prestazioni. - dalla cartella clinica rilevo anche un certificato medico alla assicurazione _____ sulla vita che ho inoltrato in data 22.05.2010 (sempre per l'incapacità lavorativa di cui sopra). - nella cartella medica ritrovo anche vari certificati all'assicurazione collettiva LAMal CV 1 di questo periodo 2009 e 2010. Anamnesi "fisica" : il 23.05.2013 prima manifestazione di malattia coronarica con STEMI inferiore seguito da PTCA, posa di stent e ricanalizzazione tramite tromboaspirazione. In seguito sviluppo di intolleranza alle statine con miopatia (Rosuvastatina, Atorvastatina, Ezetimibe). Già da diversi anni diabetes mellitus in

trattamento orale, ma anche ipertensione arteriosa con incipiente cardiopatia ipertensiva (all'ecocardiogramma del 17.04.2019). Nel 2015 problematica della spalla sinistra con tendinopatia della cuffia dei rotatori. Circa nel 2015 ernia discale C4-C5. Da "sempre" obesità con peso corporeo attorno ai 100kg, altezza 177cm. Anamnesi attuale : in data 16.11.2023 il signor AT 1 ha subito un forte trauma sotto forma di una aggressione da parte di un ex amico/collega che è entrato nel suo ufficio e con violenza ha battuto una mazza da baseball sulla scrivania, rompendo oggetti e minacciando il signor AT 1. Dalla descrizione fatta dal signor AT 1 sembra che questa persona fosse sotto l'effetto di medicinali o droghe ed era estremamente violento e aggressivo. Il sig. AT 1 ha preso molta paura e subito dopo l'episodio si sentiva molto abbattuto e sconcertato, non sa bene cosa fare, prende l'automobile e vaga un po' a casaccio poiché non voleva nè vedere nè sentire più nessuno. Da quell'episodio l'ansia, che era già un po' presente nell'estate 2023, peggiora molto e vengono anche riferiti episodi di panico. Il 6.12.2023 consultazione al Pronto Soccorso della Clinica _____. Vi si era recato per "importante astenia e debolezza", "riferisce tremori generalizzati", "all'arrivo in PS paziente con tremori, pallido e francamente astenico". Sintomi e stato oggettivo : quando ho visto il paziente nei giorni subito dopo questa aggressione appariva effettivamente esaurito e stanco. Sedeva apatico sulla sedia senza mostrare sentimenti. Per lui ogni cosa era indifferente, e tutto non aveva più senso, nemmeno la vita stessa. Come sempre parlava poco. Era infatti la moglie che mi riferiva le varie preoccupazioni che lo affliggevano. Oltre ai problemi in ambito lavorativo era preoccupato poiché una delle figlie era ricoverata nella clinica psichiatrica _____, un'altra figlia con a sua volta due figli con distrofia muscolare era in fase di divorzio, e molte altre cose non ho annotato. Nelle consultazioni seguenti i miglioramenti sono solo blandi e quindi la situazione resta pressoché invariata. L'esame clinico non mostra grosse cose ma gli esami del sangue del 15.01.2024, in confronto a quelli dell'11.09.2023 mostrano un netto peggioramento della dislipidemia e del diabetes mellitus. La glicemia passa infatti da 8,9 a 13,1 mmol/l. Anche i trigliceridi peggiorano da 1,77 passano a 4,06 mmol/l e il colesterolo LDL si alza da 1,5 a 2,5 mmol/l. Questi valori del sangue mostrano un peggioramento del metabolismo, causato dal paziente che non aveva più interesse per sé stesso e così non utilizzava i medicinali prescritti. All'ultima recente consultazione del 19 febbraio 2024 il paziente è completamente disinteressato di tutto quanto accade attorno a lui (così come già da qualche tempo si disinteressa anche alla propria salute, vedi risultati del sangue sopraccitati). È seduto sulla sedia in modo ancora più apatico del solito, a tratti con gli occhi chiusi, è assente, non attento e deconcentrato. Anche a casa si comporterebbe in questo modo, cosa confermata dalla moglie, che naturalmente si preoccupa e che poi scoppia, a piangere durante la consultazione. A preoccupare è anche l'indifferenza verso la vita. Alla domanda se vuole morire la risposta è dapprima una indifferenza totale poi il AT 1 dice che sarebbe meglio se morisse. Come ulteriori sintomi vengono riferiti un malessere generale e una sensazione di pressione sul torace se entra in ufficio (con buona volontà ha provato a recarsi al lavoro ma ha dovuto allontanarsi subito per questa pressione sul torace). Osservazione conclusiva : siamo dunque confrontati con un paziente che, dopo aver subito un trauma da aggressione, ha sviluppato e peggiorato una sintomatologia preesistente, con soprattutto ansia, apatia e esaurimento. L'ho quindi ritenuto inabile al lavoro a partire dal giorno dell'aggressione, ossia dal 16.11.2023. È stato visitato il 6 febbraio scorso dalla dr.ssa _____, perito medico della vostra assicurazione e il 19.02.2024 ha poi consultato anche il sottoscritto. Quando l'ho visto era completamente diverso da come è descritto nel rapporto del vostro medico peritale al punto che mi sembrava addirittura che si

stesse parlando di un'altra persona. In generale una persona può essere diversa da un giorno all'altro e una valutazione frequentemente dipende proprio dal giorno e dal momento della giornata in cui si fa la valutazione. A volte basta poco, per esempio aver dormito male la notte precedente, per trovarsi di fronte una persona con tutt'altre caratteristiche, per esempio a causa della mancanza di sonno può apparire più sonnolente, apatica e non concentrata. Questo potrebbe spiegare come mai la mia valutazione e quella della dr.ssa _____ siano differenti. Tenendo conto di questa osservazione penso che entrambe le valutazioni siano da ritenersi corrette. Il sig. AT 1 si è presentato al vostro medico peritale in un modo e a me in un altro. Da notare inoltre che la dr.ssa _____ per la sua valutazione non era al corrente di tutte quelle informazioni che ho riportato sopra ai punti "anamnesi psichiatrica remota e attuale", in particolare non sapeva nulla dell'avvenuta aggressione. Non riesco però a capire come mai il paziente non abbia riferito tutto quanto ha detto al sottoscritto anche alla dr.ssa _____, compreso il suo stato d'animo gravato ora anche da tutta una serie di preoccupazioni per le proprie figlie e nipoti. Non ha descritto bene le sue ansie, non solo per il lavoro, ma anche per il proprio futuro, le responsabilità che si sente addosso, la sensazione di sentirsi un fallito anche come genitore e tutte le altre cose che lo rendono anche depresso. Si sente ora estremamente apatico, indifferente a tutto, anche alla vita, al punto da preferire morire piuttosto che continuare in questo modo. Non riesce ad andare al lavoro. Con molta volontà ha provato ad entrare in ufficio ma si è subito sentito male e l'ansia è peggiorata. Ritengo che, visto quanto sopra, il paziente debba essere preso in cura psichiatrica in tempi brevi. Non è nemmeno escluso un ricovero in una struttura psichiatrica, questo pensando anche alla possibile suicidalità, anche se questa non è espressa in termini concreti. Per quel che concerne l'incapacità lavorativa propongo di attendere per il conteggio definitivo fino a quando avremo a disposizione anche il parere di un ulteriore specialista in psichiatria." (doc. 21) Chiamata ad esprimersi in merito, il 27 marzo 2024 la dr.ssa med. _____, ha affermato: " (...) Mia valutazione conclusione Premetto che come giurisprudenza nota il medico curante sia solito valutare e certificare a favore del paziente. Il medico curante, FMH medicina generale, riporta in anamnesi psichiatrica remota un ipotetico tentativo di suicidio di cui non vi è alcuna documentazione agli atti e lo sviluppo di una sintomatologia ansioso depressiva nel 2009-2010 necessitante di un trattamento specialistico ambulatoriale per circa 2 anni (...) con risoluzione completa dei sintomi con restitutio e ad integrum ed in anamnesi psichiatrica prossima un'aggressione verbale il 16.11.2023 da parte di un ex amico-collega che avrebbe anche posto in atto un agito aggressivo verso oggetti quale causa del peggioramento di una sintomatologia ansiosa già presente nell'estate 2023. Non è peraltro dato sapere se l'assicurato abbia denunciato l'amico e segnalato il caso alle autorità. Le ulteriori informazioni anamnestiche familiari, fisiologiche, scolastiche, lavorative, sociali, e somatiche erano a me già note. Nel rapporto il collega non riferisce ulteriori eventi stressanti intervenuti dopo la mia valutazione. Non riporta la diagnosi psichiatrica secondo ICD 10 o DSM V. Non riporta la psicofarmacoterapia assunta Non riporta l'esame psichico oggettivato secondo l'AMDP-System nè i deficit psichici e funzionali rilevati secondo il Mini ICF-APP che possono incidere sulla capacità lavorativa limitandosi a certificare un'inabilità lavorativa al 100% senza ulteriori dettagli. Ricordo che a determinare un'eventuale inabilità lavorativa ed il suo grado sono i deficit psichici e funzionali rilevati secondo il Mini ICF-APP che possono incidere sulla capacità lavorativa. Da rilevare che lo stesso curante scrive: "penso che entrambe le valutazioni siano di ritenersi corrette. Il signor AT 1 si è presentato al vostro medico peritale in un modo e a me in un altro". Vi è pertanto da ipotizzare che

l'assicurato con il curante tenda ad aggravare i sintomi. In conclusione il contenuto di tale rapporto non inficia la mia valutazione e cioè che l'inabilità lavorativa certificata non è assolutamente giustificata." (doc. 25 pag. 4) Il 20 marzo 2024 la dr.ssa med. _____ ha attestato che l'attore è degente presso la Clinica _____ ed è inabile al lavoro al 100% (doc. 24, cfr. anche doc. 26 e 31), mentre il 26 aprile 2024 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato di aver visitato l'assicurato per la prima volta il 5 marzo 2024 e che a causa della grave sintomatologia del disturbo depressivo è stato proposto un ricovero presso la Clinica _____ dal 13 marzo 2024 al 22 aprile 2024. Lo specialista ha attestato una completa inabilità lavorativa dell'assicurato dal

E. 16

novembre 2023 fino a data da stabilire (cfr. doc. 32 e 33). Dal rapporto di dimissione dalla Clinica _____, emerge: " (...) Modalità d'ammissione e motivo del ricovero : Ricovero volontario. Si accoglie in Reparto Aperto, in regime di ricovero volontario, su segnalazione del Dr. med. _____, psichiatra curante per ingravescente sintomatologia depressiva e necessità di riformulazione di una terapia psicofarmacologica. Status psichico all'ammissione : Il paziente, vigile e orientato nei quattro domini, non manifesta alterazioni del campo della coscienza. Sufficientemente curato nell'igiene personale e nell'abbigliamento, si mostra formalmente collaborante ma ermetico e poco incline al dialogo. L'umore sembra moderatamente deflesso, con apatia e abulia. La mimica appare coartata. Cerca e sostiene parzialmente lo sguardo dell'interlocutore. Tranquillo sul piano psicomotorio, ridotta la gestualità. L'eloquio, fluido, coerente, al netto di una marcata laconicità, è appropriato al livello socioculturale ed entro i limiti di norma per volume, velocità e prosodia. Non emergono grossolane alterazioni formali e contenutistiche del pensiero. Senso-percezione apparentemente integra. Memoria a breve e a lungo termine lievemente compromesse. Il paziente fatica molto a rievocare alcune notizie anamnestiche. Non emerge un'ideazione anticonservativa nè auto/eterolesiva attiva. La consapevolezza di malattia appare parziale. Informazioni anamnestiche: Per ragioni di tutela della privacy del paziente il contenuto della presente sezione, ininfluyente per la valutazione del ricovero e del decorso, è stata eliminata. Tutte le restanti sezioni del rapporto sono conformi al documento originale firmato dal medico e agli atti della Clinica. Valutazione decorso e proposte : Il paziente è stato accolto presso il Reparto Aperto della nostra Clinica. Nella fase iniziale ci siamo confrontati con un paziente che presentava una deflessione timica, associata ad ansia. Il quadro pareva essere peggiorato nell'ultimo periodo in relazione a difficoltà in ambito lavorativo. Tali sintomi erano accompagnati inoltre a un sistema di difesa personale molto strutturato che nella prima fase della degenza ha reso complesso l'instaurarsi di una franca e vera relazione terapeutica. Con il progredire del ricovero il paziente è riuscito ad aprirsi maggiormente verbalizzando le difficoltà che aveva incontrato nell'ultimo periodo e che lo avevano condotto a rivolgersi ad uno specialista. Alla sintomatologia acuta si associavano delle note personologiche che conducevano il paziente a mettere in atto un controllo della situazione e a tratti del trattamento, presente inoltre una velata diffidenza. Fino ad oggi, infatti, era emerso come fosse piuttosto difficile introdurre sia una terapia specifica psichiatrica sia fare modifiche in quella organica per riferite collateralità. Questa sorta di controllo si esplicava anche nella relazione e tendeva, in alcuni momenti, ad indurre il paziente a distanziare l'Altro. Tali note hanno reso difficile un approfondimento su un piano più intimo del suo disagio psichico. Sebbene presenti è difficile far afferire queste caratteristiche personologiche ad un'aria nosografica precisa. Alla luce della storia clinica e dei precedenti episodi caratterizzati da deflessione timica presenti nella storia anamnestica e

in base al quadro osservato durante la degenza è possibile inquadrare come diagnosi principale un Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto e verso di essi si sono concentrati i più intensivi e specifici interventi in ambito medico e infermieristico. Sul piano farmacologico è stata sospesa Duloxetina e inserita Vortioxetina che è risultata maggiormente efficace nel migliorare l'umore, per l'ansia è stato introdotto un basso dosaggio di Pregabalin. È stato inoltre introdotto Redomin alla notte al fine di conciliare il sonno. È stato necessario effettuare delle modifiche farmacologiche in modo molto lento alla luce delle riferite collateralità che il paziente ha descritto, in termini di gastralgia e sensazione di ottundimento con trattamenti precedentemente effettuati. Durante la degenza il paziente ha effettuato un percorso psicoterapeutico in cui è riuscito in modo progressivo ad accettare il confronto e la riflessione su temi personali e identitari. Il Signor AT 1 è stato sottoposto a misure fisiorilassanti atte a stemperare la tensione mostrata anche sul piano somatico. Ha partecipato a gruppi di ergoterapia presenti in Clinica che gli hanno consentito di strutturare in modo maggiormente concreto la propria quotidianità. Il paziente ha inoltre usufruito di colloqui con l'Assistente Sociale della Clinica per chiarire alcune problematiche legate all'indennità di malattia e la successiva richiesta di Al. Sul piano somatico è stata confermata la terapia organica presente per la patologia cardiovascolare e pregresso IMA, mentre per il diabete è stata confermata la terapia con Diamicron e potenziata terapia con Ozempic a seguito di una visita effettuata in Clinica con il consulente internista. È stata inoltre confermata terapia per la nota iperlipidemia. Ed è stata infine posta attenzione alla nota allergia alla penicillina. Il paziente è stato dimesso in sufficiente equilibrio; lo stesso ha richiesto di essere dimesso per la necessità di disbrigare delle incombenze legate al suo lavoro e alla situazione personale, non derogabili. Il paziente continuerà le cure in regime ambulatoriale e al fine di favorire questo sono stati fissati degli appuntamenti sia con il medico di famiglia sia con lo psichiatra di riferimento Dr. Med. _____. Dimissione e prosecuzione delle cure : Decisione di dimissione: di comune intesa. Prosegue le cure presso: domicilio, con altri.” (doc. 58 pag. 2-3) Il 2 maggio 2024 AT 1 è stato sentito da un funzionario dell'assicuratore (doc. 35) ed è stato convocato per una nuova visita presso la dr.ssa med. _____ (doc. 41). Nell'ambito del colloquio, l'attore ha affermato che la società per la quale lavora è un'impresa generale attiva nel ramo edile, in sostanza organizza tutto il lavoro per il cantiere. L'assicurato si occupava “ della parte amministrativa, del back office dell'ufficio tecnico, un po' di contabilità. Se c'era necessità presenziavo anche a qualche riunione di cantiere anche incontri con clienti ” (doc. 35, pag. 3). Egli ha inoltre precisato che di “ formazione sono contabile, attività che svolgevo anche per la _____ ” (doc. 35, pag. 5). Il 16 maggio 2024 l'attore ha chiesto di essere visitato da un altro specialista, essendosi trovato a disagio e non essendosi sentito compreso in occasione della precedente visita con la dr.ssa med. _____ (doc. 49). Il 17 maggio 2024 l'interessato, dopo aver prodotto un certificato medico a sostegno delle sue affermazioni, è stato convocato dalla convenuta per una visita presso il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 52). Quest'ultimo, dopo aver visitato l'attore in data 3 giugno 2024, nel referto dell'8 giugno 2024, descritti gli atti, le dichiarazioni soggettive, l'anamnesi sociale e l'esame clinico, ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso-depressiva (F43.22) legata ad una difficile situazione in ambito lavorativo e disturbo di personalità misto (F61.0) con tratti passivi-aggressivi, istrionici. Lo specialista ha affermato: " (...) ESAME CLINICO (...) È discretamente curato nell'abbigliamento e nella persona, orientato nelle coordinate temporo-spaziali. Appare apatico, risponde a monosillabi alle domande che gli vengono

poste, mimica e gestica rigide, l'eloquio deve essere continuamente stimolato. Appare indifferente alle sollecitazioni. Risponde spesso con un "non so" o con un "non ricordo". La descrizione dei sintomi appare vaga e diffusa. Il decorso del pensiero formale appare rallentato, ma coerente. Dichiaro di essere preoccupato, nervoso, di non riuscire a concentrarsi e di soffrire di stati di ansia pensando al lavoro che costituisce il motivo principale per la sua inabilità lavorativa. Dal lato affettivo appare abbattuto, descrive la mancanza di prospettive per il futuro ed evidenzia un'attitudine passiva. Accanto al senso di abbattimento descritto sopra, inquadrabile a livello diagnostico in una sintomatologia ansioso-depressiva di lieve-media entità, il suo modo di presentare i sintomi e il suo atteggiamento/comportamento, lasciano presupporre, con grande probabilità, l'esistenza di un'estensione dei sintomi e segni di aggravamento. Nel contatto interpersonale appare piuttosto distante e diffidente. Nessun segno psicotico attivo è messo in evidenza. Non si notano idee depressive di tipo melanconico, non segni di colpa o di rimorso, non tendenze autolesive. (...) VALUTAZIONE CONCLUSIVA ED ESIGIBILITÀ Si tratta di un uomo di 60 anni, di professione contabile, felicemente sposato in seconde nozze, che nel corso dell'ultimo anno è stato confrontato con una difficile situazione in ambito lavorativo dove è stato di fatto esautorato dalle sue funzioni da parte degli altri due soci della società di cui era titolare. Sono attualmente ancora in corso delle vertenze legali. L'assicurato aveva anche ricevuto delle denunce di cattiva gestione. A complicare il tutto è poi intervenuto un episodio di aggressione verbale il 16.11.2023 durante il quale era stato minacciato con una mazza di baseball. In merito a questo episodio, che coincide peraltro con l'inizio della sua incapacità lavorativa (16.11.2023), l'assicurato è apparso molto reticente. Quello che si sa è che l'aggressore era in qualche modo legato agli altri due soci della società _____ che lo hanno poi esautorato e che, secondo l'assicurato, hanno tentato di "togliergli le azioni" (che comunque è riuscito a mantenere). Vista la marcata reticenza da parte dell'assicurato, molti contorni di questa vicenda e delle vertenze tuttora pendenti, rimangono oscure. Ciò che appare accertato è il fatto di un "non ritorno" sul vecchio posto di lavoro. Dal profilo medico-psichiatrico, in base alle risultanze del mio esame clinico odierno, nonché dell'attento esame degli atti a disposizione, dopo aver sentito anche lo psichiatra curante dr. _____ il 05.06.2024, ritengo in ogni modo ragionevolmente proponibile e esigibile, nonché terapeuticamente indicata, la ripresa di un'attività lavorativa come impiegato d'ufficio/contabile in misura completa a partire da subito presso un nuovo datore di lavoro. Non appare peraltro plausibile e consistente l'entità dei disturbi lamentati considerata la mantenuta capacità di guida. Non si tratta di una situazione che può essere risolta con misure mediche, come sempre in questi casi, considerata la loro natura reattiva. Ricordo in questo contesto che secondo le direttive SIM riconosciute in Svizzera (e pubblicate anche dal Bollettino dei medici svizzeri), un disturbo dell'adattamento giustifica un'inabilità lavorativa tutt'al più per un periodo limitato, ma in ogni modo ben circoscritto nel tempo. Una condizione di umore negativa, come nel caso presente, si riscontra in situazioni sociali stressanti. Essa può essere l'espressione di un adattamento non ottimale della persona alla situazione, ma non indica necessariamente un disturbo psichico di entità medio-grave. Nel caso presente si constata anche una marcata tendenza all'amplificazione dei sintomi, considerata la descrizione degli stessi (apparsa alquanto vaga e diffusa), le discrepanze e le incoerenze fra i disturbi lamentati e la mantenuta capacità di guida, la marcata reticenza e la mancanza di collaborazione con tendenza a delegare le responsabilità alla moglie, il livello ridotto di partecipazione/ motivazione finalizzato ad un reinserimento lavorativo. Si ha la netta sensazione di un comportamento tendente non tanto al ripristino di un'attività

professionale confacente e al raggiungimento di un obiettivo riabilitativo, quanto piuttosto al mantenimento del ruolo di malato e al diritto all'indennità. Infine, dal colloquio avuto con lo psichiatra curante dr. _____ (05.06.2024), non sono emersi elementi clinici nuovi, in particolare non disturbi affettivi di entità media-grave o altre comorbidità psichiatriche di rilevanza clinica che imporrebbero ipoteticamente la necessità di cure stazionarie specialistiche molto più incisive. In conclusione : ritengo ragionevolmente proponibile e esigibile la ripresa completa di un'attività lavorativa come impiegato d'ufficio/ contabile a partire da subito, presso un nuovo datore di lavoro o come indipendente. Condivido integralmente la valutazione e le conclusioni della dr.ssa _____ contenute nel suo rapporto fiduciario del 09.02.2024, rispettivamente nella sua presa di posizione del 27.03.2024. Constato che c'erano state delle evidenti discrepanze fra la situazione clinica evidenziata dalla dr.ssa _____ rispetto a quella descritta dal medico curante dr. _____ pochi giorni dopo (rapporto 20.02.2024), che peraltro aveva scritto: "entrambe le valutazioni (le sue e della dr.ssa _____ - NdR) sono da ritenersi corrette". Ciò a mente del sottoscritto, depone però anche per una marcata "tendenza all'amplificazione dei sintomi" (con il grado di verosimiglianza preponderante) e non per un disturbo affettivo di entità grave. Non a caso era poi stata posta anche la diagnosi di disturbo dell'adattamento presso la Clinica _____ (dr.ssa _____ - 25.03.2024) e sono in seguito stati menzionati disturbi di personalità non altrimenti specificati." (doc. 61 pag. 14-17) Con scritto del 26 giugno 2024 CV 1 ha informato AT 1 che secondo quanto emerso dalla visita del 3 giugno 2024, egli è abile al lavoro al 100% in un'attività lavorativa come impiegato d'ufficio/contabile a partire da subito presso un nuovo datore di lavoro e di conseguenza dal 1° luglio 2024 al 30 settembre 2024 l'assicuratore avrebbe ancora versato indennità giornaliera nella misura del 100%, per permettergli di trovare un'attività confacente alla sua attuale situazione fisica. " Le comunichiamo inoltre che le prestazioni, come indicato nella presa di posizione del nostro medico di fiducia del 27.03.2024, saranno versate retroattivamente dal 13.03.2024 " (doc. 63). Ciò ha comportato lo scioglimento del contratto di lavoro per il 30 settembre 2024 (cfr. doc. XVII/18). Con la petizione l'attore ha prodotto le osservazioni del 7 agosto 2024 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, al referto del dr. med. _____, del seguente tenore: " Con il presente rapporto voglio soffermarmi innanzitutto sulla diagnosi della problematica del paziente a margine. Il Collega perito Dr _____ pone diagnosi di Disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD 10 f 43.22) ed in secondo asse un disturbo di personalità misto. Senz'altro questa diagnosi giustifica un'inabilità lavorativa per un periodo limitato e circoscritto nel tempo secondo le direttive SIM. Va però precisato che il paziente presenta un'anamnesi personale positiva per uno stato depressivo verificatosi circa 10 anni fa e curato farmacologicamente presso il Dr _____ di _____. Questo elemento appare non trascurabile poiché rappresenta l'elemento cruciale che evidenzia la ricorrenza del disturbo e dunque l'indicazione verso una diversa diagnosi e cioè "Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (ICD 10 F33.1)" questa diagnosi giustifica ampiamente sia un'intensità che una durata maggiore dei sintomi, molto maggiore rispetto ad un disturbo dell'adattamento. Questa è la diagnosi posta sia dal sottoscritto che dai medici della Clinica _____. Il corteo sintomatologico osservato anche dal perito: "il paziente appare apatico ... risponde a monosillabi ...mimica e gestica rigide ... l'eloquio deve essere continuamente stimolato ... appare indifferente alle sollecitazioni ... il decorso del pensiero formale appare rallentato ... dal lato affettivo appare abbattuto ... dichiara di essere preoccupato, di non riuscire a concentrarsi e di soffrire di stati d'ansia") è tipicamente

espressione del disturbo depressivo di cui il paziente ancora soffre. Per quanto riguarda invece ciò che il perito valuta come una "estensione dei sintomi e segni di aggravamento" sono invece valutabili come caratteristiche relazionali tipiche dal disturbo di personalità misto con tratti passivo-aggressivi, Istrionici e non tanto come un tentativo di aggravare la sintomatologia. Per questo motivo ritengo il paziente ancora inabile al lavoro in percentuale totale fino a data da stabilire." (doc. P) Il dr. med. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 16 novembre 2023 al 30 settembre 2024 e dell'80% dal 1° ottobre 2024 (doc. Q). Il 23 dicembre 2024 (doc. U) ed il 30 gennaio 2025 (doc. V), il curante ha confermato l'inabilità lavorativa all'80%. 2.6. Circa l'aspetto medico, va rammentato che, prima della modifica dell'art. 177 CPC, entrata in vigore il 1° gennaio 2025 (sul tema cfr. consid. 2.8), 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-maladies suisses 2016, pag. 36 e 37). Nel caso evaso dall'Alta Corte, si trattava di un assicurato al beneficio di un'assicurazione di indennità giornaliera fondata sulla LCA che era incapace al lavoro e ha domandato una rendita di invalidità, che la sua assicurazione privata ha rifiutato fondandosi su una perizia che essa stessa ha fatto eseguire da un medico specialista in psichiatria e psicoterapia, il quale si è basato sugli atti medici e ha visitato personalmente l'interessato, non ritenendo infine un'incapacità lavorativa. L'assicurato ha quindi chiamato in giudizio la sua assicurazione, ma davanti al Tribunale cantonale ha perso la causa. I giudici, dopo avere apprezzato le 4 valutazioni mediche agli atti (la perizia di parte allestita su mandato dell'assicuratore, il referto del curante, la perizia interdisciplinare e il parere di un altro medico a cui l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti) giunte a conclusioni differenti sulla capacità lavorativa dell'assicurato, si sono basati sulla perizia di parte dell'assicuratore malattia e in virtù della verosimiglianza preponderante hanno ritenuto che l'assicurato non fosse inabile al lavoro. La prima istanza si è basata sulla DTF 125 V 351 consid. 3b/dd, secondo cui la perizia di parte fatta esperire dall'assicuratore malattia ha il valore di un mezzo di prova (cfr. consid. 2.1). L'assicurato ha quindi inoltrato un ricorso in materia civile presso il Tribunale federale, lamentando che la perizia fatta allestire dall'assicuratore non era una perizia neutra, ma di parte, perciò dal profilo del diritto processuale civile valeva soltanto, come stabilito dalla DTF 132 III 83 consid. 3.4, quale semplice allegazione di parte e non come mezzo di prova (cfr. consid. 2.2). Il TF ha dovuto quindi esaminare la questione di sapere se la perizia di parte sulla quale si è fondato l'assicuratore malattia nell'assicurazione complementare fosse un mezzo di prova ai sensi del Codice di procedura civile. Nelle sue considerazioni, l'Alta Corte ha evidenziato che nel diritto delle assicurazioni sociali il Tribunale federale ha ritenuto nella DTF 125 V 351 come il semplice fatto che la presa di posizione del medico avvenga nell'ambito di una perizia di parte a domanda dell'assicuratore non sia sufficiente per mettere in dubbio il valore probatorio della perizia. Essa ha dunque valore di un mezzo di prova. Per contro, nel diritto privato, secondo giurisprudenza costante una perizia di parte non è un mezzo di prova, ma una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24 consid. 3.3.3; DTF 132 III 83 consid. 3.6) (cfr. consid. 2.3). Nel diritto privato, l'art. 168 cpv. 1 CPC enumera esaustivamente i differenti mezzi di prova, fra i quali figura la perizia. Il Tribunale federale ha proceduto a un'interpretazione

sistematica del Codice e in particolare degli artt. 183 segg. CPC e ha concluso che la nozione di perizia di cui all'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC concerne unicamente la perizia giudiziaria (cfr. consid. 2.5.2). Una parte della dottrina considera che una perizia di parte deve potere essere prodotta al Tribunale come un documento ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. b e dell'art. 177 segg. CPC. Un'altra parte della dottrina, alla quale si rifà il Tribunale federale, considera che una perizia di parte non è un mezzo di prova, poiché il legislatore ha escluso la perizia di parte come mezzo di prova in generale ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC, e non solo quale perizia ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC (consid. 2.5.3: “[...] Denn der Gesetzgeber lehnte das Privatgutachten als Beweismittel i.S.v. Art. 168 Abs. 1 ZPO allgemein und nicht nur als Gutachten i.S.v. Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO ab”). Di conseguenza, la giurisprudenza resa in materia di diritto delle assicurazioni sociali, quale la DTF 125 V 351, non vale quando il CPC trova applicazione. È piuttosto la giurisprudenza resa in materia di diritto privato che si applica, in virtù della quale la perizia di parte non ha qualità di mezzo di prova, ma costituisce soltanto una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24; DTF 132 III 83). Le allegazioni che si fondano su una perizia di parte sono generalmente considerate essere particolarmente motivate (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 o dall'assicuratore. 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).

2.7. 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

susappelée. 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.”). 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. Su questi temi si veda anche STF 4A_544/2019 del 26 maggio 2020. Per dei casi in cui il Tribunale federale ha ancora citato la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali ci si riferisca alle STF 4A_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1 e STF 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 3.1.2. 2.8. Dal 1° gennaio 2025 è entrata in vigore una modifica dell'art. 177 CPC, secondo il quale sono documenti gli atti idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti, come scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, nonché le perizie private delle parti. Nel Messaggio concernente la modifica del Codice di diritto processuale civile svizzero (Migliorare la praticabilità e l'applicazione del diritto), pubblicato in FF 2020, pag. 2407 e seguenti, in particolare pag. 2459 – 2460, figura (sul tema cfr. anche: Laura Kunz/ Pia Meier: Das Arbeits(un)fähigkeitszeugnis, in: Jusletter 13 novembre 2023, pag. 32): "(...) L'articolo 168 capoverso 1 CPC contiene un elenco esaustivo dei mezzi di prova ammessi nel processo civile (cosiddetto *numerus clausus* dei mezzi di prova); sono mezzi di prova ammessi, oltre alla testimonianza, all'ispezione oculare, alla perizia, alle informazioni scritte, all'interrogatorio e alle deposizioni della parti, anche i documenti. L'articolo 177 CPC definisce gli atti considerati come documenti ai sensi del CPC: secondo il testo di legge si tratta di scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti. In base a questa disposizione di legge, il Tribunale federale ha deciso che le perizie delle parti e le perizie private – vale a dire le perizie di esperti non ordinate e ottenute dal giudice secondo gli articoli 183 e seguenti CPC, ma commissionate da una parte medesima – non sono considerate documenti secondo l'articolo 177 CPC e quindi non costituiscono mezzi di prova ai sensi dell'articolo 168 capoverso 1 CPC. Ciò risulta dal fatto che, durante l'elaborazione del CPC, le perizie di parte e le perizie private non sono state escluse soltanto come perizie ma anche globalmente come mezzi di prova. Questa decisione è in contraddizione con gran parte della dottrina ed è quindi anche servita per criticare la giurisprudenza del Tribunale federale. Secondo il nostro Consiglio questa situazione giuridica non è soddisfacente e deve pertanto essere modificata. Proponiamo quindi di sancire espressamente nella legge la qualità di documento delle perizie private delle parti. Di conseguenza, in condizioni generali tali perizie di parte o perizie private sono considerate come documenti e costituiscono in quanto tali mezzi di prova ammessi secondo l'articolo 168 capoverso 1 lettera b CPC. In quanto mezzi di prova anche queste perizie soggiacciono al libero apprezzamento delle prove da parte del giudice conformemente all'articolo 157 CPC e quindi nel caso concreto il loro valore probatorio dipenderà dall'insieme delle circostanze di cui tenere conto (p. es. rapporti delle parti con il perito nonché assegnazione del mandato, processo e svolgimento della perizia, specializzazione

del perito ecc.). Viene così migliorato un punto essenziale del diritto in materia di prova del CPC. Questa modifica è coerente anche sotto il punto di vista della giurisprudenza in materia di assicurazioni sociali sulle perizie private e di parte. La maggior parte dei partecipanti alla consultazione ha approvato questa proposta.” (sottolineatura del redattore) La modifica si applica a tutte le procedure pendenti al 1° gennaio 2025 (art. 407f CPC; cfr. Raphael Kathriner, Aktuelle Fragen zur arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit in: plädoyer 6/2024, pag. 42 e seguenti, in particolare pag. 46). Secondo la dottrina con la modifica di legge una differenziazione tra perizie private in senso stretto e altri referti medici sarebbe difficilmente attuabile. La nuova regola del CPC deve essere compresa nel senso che anche certificati medici non motivati devono essere ritenuti quali prove. Il loro valore probatorio può tuttavia variare notevolmente e va preso in conto nell’ambito dell’apprezzamento delle prove. La dottrina ritiene inoltre che le linee guida per la valutazione delle prove valide per le assicurazioni sociali potranno essere riprese nell’ambito del diritto civile (Raphael Kathriner, op. cit, pag. 46). A questo proposito va rammentato che per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell’8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell’apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell’amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l’Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell’uomo ha dedotto dall’art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l’affidabilità dei rapporti dei medici interni all’amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all’art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell’anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell’esperto siano

motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.9. In una sentenza 4A_117/2021 del 31 agosto 2021, pubblicata in DTF 148 III 105 (cfr. anche STF 4A_144/2021 del 13 settembre 2021, consid. 4.2.1), il Tribunale federale ha stabilito che secondo la regola generale dell'art. 8 CC, che vale anche nell'ambito del contratto di assicurazione, l'avente diritto deve provare i fatti che "giustificano la pretesa assicurativa" (cfr. la nota marginale in tedesco dell'art. 39 LCA) e cioè segnatamente l'esistenza di un contratto d'assicurazione, l'insorgere di un caso di assicurazione e l'estensione della pretesa (cfr. anche STF 4A_470/2024 del 7 gennaio 2025, consid. 3.3). All'assicuratore incombe invece l'onere di provare i fatti che gli permettono di ridurre o rifiutare la prestazione contrattuale o che rendono il contratto d'assicurazione non vincolante nei confronti dell'avente diritto. Per una pretesa incapacità lavorativa legata all'insorgenza del caso di assicurazione vale il grado della prova ordinario. Di conseguenza la prova è apportata, se il tribunale è convinto secondo criteri oggettivi dell'esattezza dell'allegazione fattuale. È sufficiente che non sussistano più seri dubbi sull'esistenza del fatto allegato o che i dubbi eventualmente rimanenti appaiano leggeri (consid. 3.3.1). L'assicurato che chiede il versamento delle indennità giornaliere deve comprovare il persistere della sua incapacità lavorativa secondo il principio della verosimiglianza preponderante (sentenza 4A_578/2018 del 25 novembre 2019, consid. 3, con riferimento alla DTF 141 III 241 consid. 3.1; cfr. anche DTF 147 III 73). 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). 2.10. In concreto, rammentato che per il periodo dal 14 febbraio 2024 al 21 marzo 2024 la convenuta ha concluso per un'acquiescenza ed ha riconosciuto di dover versare le indennità giornaliere per malattia (cfr. consid. 2.1), resta da esaminare se l'attore ha diritto alle prestazioni anche dal 1° ottobre 2024 (cfr. doc. I). Alla luce della documentazione agli atti, per i motivi che seguono, richiamati i principi in vigore dal 1° gennaio 2025 (cfr. consid. 2.9), questo Tribunale deve concludere che l'assicurato non è stato in grado di comprovare, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante, il persistere della sua incapacità lavorativa oltre tale data (cfr. consid. 2.8 e STF 4A_473/2022 del 19 gennaio 2023 dove al consid. 4.3: " Die Vorinstanz erwog zutreffend, auch wenn die Beschwerdegegnerin bis am 31. Mai 2021 Taggelder ausbezahlt habe, trage die

Beschwerdeführerin die Beweislast für ihre weitere Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2021. Die Beschwerdeführerin übersieht, dass am 1. Juni 2021 keine Beweislastumkehr erfolgte, nur weil die Beschwerdegegnerin bis am 31. Mai 2021 Leistungen ausgerichtet hatte. Für ihre Argumentation findet sich weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze. Macht die Versicherung im Sinne einer Veränderung der relevanten Umstände geltend, die versicherte Person sei wieder arbeitsfähig, so hat diese zu beweisen, dass sie weiterhin arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die versicherte Person die Beweislast (BGE 141 III 241 E. 3.1 S. 243; Urteile 4A_243/2017 vom 30. Juni 2017 E. 3.2.2; 4A_246/2015 vom 17. August 2015 E. 2.2.)”). Innanzitutto, dal referto dell'8 giugno 2024 del dr. med.

_____, FMH psichiatria e psicoterapia, incaricato dalla convenuta di valutare lo stato di salute dell'assicurato, non figurano elementi per ritenere una continuazione dell'incapacità lavorativa dell'interessato per il periodo successivo per il quale l'attore chiede il versamento di ulteriori prestazioni. Lo specialista dopo aver visitato l'attore il 3 giugno 2024 ed aver conferito con il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 5 giugno 2024, ha appurato che AT 1 sin da subito avrebbe potuto riprendere la precedente attività di impiegato d'ufficio/contabile in misura completa seppure presso un altro datore di lavoro o quale indipendente. Secondo il dr. med. _____ una condizione di umore negativa, come nel caso presente, si riscontra in situazioni sociali stressanti. Essa può essere l'espressione di un adattamento non ottimale della persona alla situazione, ma non indica necessariamente un disturbo psichico di entità medio-grave. Nel caso esaminato lo psichiatra ha constatato anche una marcata tendenza all'amplificazione dei sintomi, considerata la descrizione degli stessi (apparsa alquanto vaga e diffusa) al momento dell'esame clinico, le discrepanze e le incoerenze fra i disturbi lamentati e la mantenuta capacità di guida, la marcata reticenza e la mancanza di collaborazione con tendenza a delegare le responsabilità alla moglie, il livello ridotto di partecipazione/ motivazione finalizzato ad un reinserimento lavorativo. Lo specialista ha avuto la sensazione di un comportamento tendente non tanto al ripristino di un'attività professionale confacente e al raggiungimento di un obiettivo riabilitativo, quanto piuttosto al mantenimento del ruolo di malato e al diritto all'indennità. Anche perché dal colloquio avuto con lo psichiatra curante, dr. med. _____, non sono emersi elementi clinici nuovi, in particolare disturbi affettivi di entità media-grave o altre comorbidità psichiatriche di rilevanza clinica che imporrebbero ipoteticamente la necessità di cure stazionarie specialistiche molto più incisive. Il dr. med. _____, contrariamente a quanto sembra sostenere l'attore nella sua petizione, ha spiegato, come sopra esposto, i motivi per i quali vi è un'apparente contraddizione tra quanto rilevato dall'esame personale dell'attore e le conclusioni tratte al termine della valutazione medica. Allo specialista non può neppure essere rimproverato, come invece sostenuto dall'attore, di non essersi confrontato con il rapporto di dimissione della degenza presso la Clinica _____. Lo psichiatra lo ha infatti citato tra i documenti esaminati (doc. 61, pag. 1: “ il rapporto di dimissione della Clinica _____ riferito alla degenza dal 13.03.2024 al 22.04.2024 ”; cfr. anche pag. 7 della perizia) e dunque ne ha tenuto conto. Dal rapporto di dimissione non emergono del resto elementi per ritenere che l'interessato presentasse un'incapacità lavorativa a lungo termine, anche oltre il 1° ottobre 2024. Nel referto figura che l'attore è stato ospedalizzato volontariamente, in reparto aperto. All'ammissione egli si è presentato vigile, orientato nei quattro domini e non manifestava alterazioni del campo della coscienza, sufficientemente curato nell'igiene personale e nell'abbigliamento, l'umore sembrava moderatamente

deflesso, con apatia e abulia. Tranquillo sul piano psicomotorio, ridotta la gestualità. L'eloquio, fluido, coerente, al netto di una marcata laconicità, era appropriato al livello socioculturale ed entro i limiti di norma per volume, velocità e prosodia. Non emergevano grossolane alterazioni formali e contenutistiche del pensiero. Senso-percezione apparentemente integra. Memoria a breve e a lungo termine lievemente compromesse. Non emergeva un'ideazione anticonservativa né auto/eterolesiva attiva. La dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha evidenziato come sia stato difficile “ far afferire” le sue “caratteristiche personologiche ad un'aria nosografica precisa”, pur potendo inquadrare come diagnosi principale un Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto. Dopo aver descritto la farmacologia assunta e le cure somministrate, la psichiatra ha evidenziato di aver dimesso l'interessato in sufficiente equilibrio; “ lo stesso ha richiesto di essere dimesso per la necessità di disbrigare delle incombenze legate al suo lavoro e alla situazione personale, non derogabili ”. Questo TCA non rileva incoerenze all'interno del referto del dr. med. _____, il quale, ha espresso il suo giudizio in piena conoscenza dell'anamnesi, motivando in modo convincente ed approfondito la sua valutazione e spiegando le ragioni per le quali è presente solo un'incapacità lavorativa per l'attività svolta presso il suo datore di lavoro. Le osservazioni del 7 agosto 2024 del dr. med. _____ al referto del dr. med. _____ (doc. P), non modificano l'esito della procedura. Il curante contesta la diagnosi del medico incaricato dall'assicuratore, sostenendo che alla luce dell'anamnesi positiva per uno stato depressivo verificatosi circa 10 anni fa e curato farmacologicamente dal dr. med. _____, va posta la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (ICD 10 F33.1), come rilevato anche dai medici della Clinica _____. Ciò giustificherebbe sia un'intensità che una durata maggiore dei sintomi, rispetto ad un disturbo dell'adattamento e sarebbe anche confermato dal corteo sintomatologico osservato dal dr. med. _____. Va qui tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza federale sviluppata nell'ambito dell'assicurazione invalidità, e che può essere applicata all'assicurazione malattie per analogia, non è tanto importante la diagnosi quanto le conseguenze della patologia sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nell'ambito di una patologia psichica, occorre piuttosto stabilire quali sono gli eventuali limiti funzionali e i deficit psichici che incidono sull'abilità lavorativa della persona assicurata. Ciò è quanto ha esaminato lo specialista incaricato dalla convenuta. Per il resto il curante, nel referto del 7 agosto 2024, non apporta elementi medici oggettivi a sostegno della sua valutazione di un'incapacità lavorativa totale dell'attore, neppure dopo la visita presso il dr. med. _____. Inoltre, l'assicurato, cui, come più volte sottolineato, incombe di comprovare la continuazione dell'incapacità lavorativa completa nel periodo ancora litigioso non ha apportato ulteriori documenti medici, motivati e completi, atti a supportare la sua tesi. Nelle tavole processuali, oltre ai referti sopra citati, vi sono le attestazioni dell'incapacità lavorativa al 100% emesse a scadenza regolare dal curante, dr. med. _____ (cfr. ad esempio doc. 7, doc. 10, doc. 20, doc. 55, doc. 68), il certificato medico della dr.ssa med. _____ del 20 marzo 2024 che attesta l'avvenuto ricovero dell'attore presso la Clinica _____ (doc. 24 e 31), il rapporto della medesima

psichiatra che risponde alle domande poste dall'assicuratore in relazione alla degenza (doc. 26). Questi referti, generici, non motivati e privi di elementi medici oggettivi, non permettono tuttavia di ritenere che l'attore era completamente incapace al lavoro nel periodo ancora litigioso a fronte delle prese di posizione del dr. med. _____. Non sono di maggiore aiuto le altre attestazioni del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Nel referto del 26 aprile 2024 il curante si limita ad affermare di aver visitato per la prima volta l'attore il 5 marzo 2024, su segnalazione del dr. med. _____, quando " a causa della grave sintomatologia del disturbo depressivo " è stato necessario proporre il ricovero presso la Clinica _____, dove è rimasto dal 13 marzo 2024 al 22 aprile 2024, concludendo che l'inabilità lavorativa è continua dal 16 novembre 2023 e che " in considerazione del fatto che l'equilibrio umorale non è ancora recuperato il paziente risulta tutt'ora inabile al lavoro fino a data da stabilire " (doc. 32). Il medesimo giorno il curante ha certificato una totale inabilità lavorativa dal 5 marzo 2024 al 5 giugno 2024 (doc. 33), mentre il 1° ottobre 2024 ha attestato all'indirizzo della Cassa di disoccupazione un miglioramento della capacità lavorativa, nella misura del 20%, dalla medesima data (doc. Q) ed il 23 dicembre 2024 (doc. U) ed il 30 gennaio 2025 (doc. V), ha genericamente certificato un'inabilità all'80%. In tali referti non figurano tuttavia l'anamnesi, la diagnosi secondo una classificazione internazionalmente riconosciuta, esami completi o la descrizione del contesto medico. Essi non contengono neppure un raffronto con le conclusioni in senso contrario del dr. med. _____ e non possono di conseguenza assurgere a prova di una incapacità lavorativa per il periodo ancora litigioso. Neppure il referto del 20 febbraio 2024 del dr. med. _____, FMH medicina generale, è d'aiuto all'attore. Il medico curante (sul tema cfr. STF 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 3.1.2 in fine) , non specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo aver ripercorso l'anamnesi remota, aver rammentato il lungo periodo di malattia dell'attore dovuto ad uno stato ansioso-depressivo nel biennio 2009-2010, ha descritto l'anamnesi fisica e quella attuale ed ha confermato che AT 1 nei giorni successivi all'asserita aggressione del 16 novembre 2023 presentava ansia ed episodi di panico, che il 6 dicembre 2023 è stato in consultazione presso il Pronto Soccorso della Clinica _____ per " importante astenia e debolezza ", " tremori generalizzati " e " pallido e francamente astenico " e che gli esami del sangue del 15 gennaio 2024 mostravano un netto peggioramento del metabolismo. Egli ha in sostanza confermato che nel periodo durante il quale l'assicuratore ha versato le prestazioni l'interessato era completamente inabile al lavoro. Tale referto non contiene tuttavia elementi atti a far ritenere che anche dopo il 1° ottobre 2024 l'attore fosse inabile al lavoro. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, poiché AT 1 non ha comprovato, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante, il persistere di un'incapacità lavorativa dal 1° ottobre 2024, la sua richiesta di condannare l'assicuratore al versamento di ulteriori prestazioni, oltre a quelle riconosciute tramite acquiescenza dalla convenuta, va respinta . Al referto del dr. med. _____ va attribuita piena forza probante e non vi è alcun dubbio circa la sua attendibilità. Va qui infine evidenziato che le critiche nei confronti del referto della dr.ssa med. _____, alla luce dell'acquiescenza da parte della convenuta, non devono essere esaminate poiché l'assicuratore ha riconosciuto di dover le prestazioni anche per il periodo dal 14 febbraio 2024 al 12 marzo 2024. 2.11. Va ancora rilevato che con scritto del 26 giugno 2024 CV 1 ha informato AT 1 che secondo quanto emerso dalla visita del 3 giugno 2024, egli è abile al lavoro al 100% in un'attività lavorativa come impiegato d'ufficio/contabile a partire da subito presso un altro datore di lavoro e di conseguenza dal 1° luglio 2024 al 30 settembre 2024 avrebbe versato indennità giornaliera

nella misura del 100%, per permettergli di trovare un'attività confacente alla sua attuale situazione fisica. In altre parole, l'assicuratore ha assegnato un termine di 3 mesi all'assicurato per trovare un altro datore di lavoro dove svolgere la medesima attività esercitata presso la _____ (cfr. doc. 35, pag. 3 secondo cui l'assicurato si occupava "della parte amministrativa, del back office dell'ufficio tecnico, un po' di contabilità. Se c'era necessità presenziavo anche a qualche riunione di cantiere anche incontri con clienti" e doc. 35 pag. 5, dove l'attore ha precisato che di "formazione sono contabile, attività che svolgevo anche per la _____"). Ciò deriva dal principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute, sgorgante dall'art. 38a LCA in vigore dal 1° gennaio 2022 (simile all'art. 61 LCA in vigore fino al 31 dicembre 2021: cfr. STF 4A_49/2023 del 3 maggio 2023, consid. 3.3.1; cfr. anche sentenza 4A_472/2022 del 15 giugno 2023) e secondo il quale: "In caso di sinistro, l'avente diritto è tenuto a fare quanto possa per scemare il danno. Quando non vi sia pericolo in mora, egli dovrà chiedere istruzioni all'assicuratore circa i provvedimenti da prendere e conformarsi alle medesime. Se l'avente diritto ha mancato a quest'obbligo in modo inescusabile, l'assicuratore può limitare l'indennità all'importo cui si troverebbe ridotta qualora l'obbligo fosse stato adempiuto." Con sentenza 5C.176/1998, del 23 ottobre 1998, al consid. 2c, l'Alta Corte a questo proposito ha affermato: "(...) L'art. 61 LCA esprime infatti il medesimo principio generale concernente l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno da cui il Tribunale federale delle assicurazioni deduce che l'interessato può a tal fine essere costretto a cambiare professione (DTF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Un siffatto obbligo non costituisce una lesione più grave della libertà personale rispetto all'imposizione - espressamente citata da Maurer (Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, pag. 346 n. 4) con riferimento all'art. 61 LCA - di sottomettersi a una cura o addirittura ad un intervento chirurgico. Si può del resto rilevare che nemmeno l'attore contesta l'applicabilità dell'art. 61 LCA alla fattispecie, limitandosi a sostenere che, per un uomo di 63 anni nel suo stato di salute, un reinserimento in un'attività professionale appare perlomeno problematico. Ne segue che i giudici cantonali hanno violato il diritto federale accogliendo la petizione senza esaminare se e in che misura sia possibile esigere dall'attore un cambiamento di professione e se il termine accordato dalla convenuta a tal fine sia adeguato alle circostanze. La sentenza impugnata deve pertanto essere annullata e la causa rinviata all'autorità cantonale per completare gli accertamenti di fatto e per nuova decisione. (...)." In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (cfr. DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'attore per procedere al cambiamento di professione nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi (DTF 111 V 239 consid. 2a e giurisprudenza ivi citata; RAMI 1987, p. 108; 1994, p. 113ss). In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 p. 106 consid. 2). Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV 112, pag. 122 seg., il TF ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal, della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. La giurisprudenza è stata confermata con sentenza K 64/05 del 29

giugno 2006. Il Tribunale federale ha applicato la medesima giurisprudenza alle assicurazioni complementari contro le malattie rette dal dritto privato (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 184, n. 521; Häberli Ch. / Husmann D. , Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 173, nota 737; cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.2; DTF 133 III 527, consid. 3.2.1; sentenza 4A_304/2012 del 14 novembre 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 799; cfr. anche sentenza 5C.74/2002 del 7 maggio 2002). Il citato termine non serve solo per la riformazione professionale, ma anche in generale, per l'adattamento alla nuova situazione valetudinaria e per cercare un nuovo posto di lavoro, per cui il Tribunale federale ha già ammesso un termine di 5 mesi per trovare un lavoro nella medesima attività svolta finora (cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.3: “ Denn die zu gewährende Übergangsfrist dient nicht nur der Umschulung, sondern vielmehr generell der Anpassung und Stellensuche (BGE 133 III 527 E. 3.2.1 S. 531; 114 V 281 E. 5b. S. 289 f.; vgl. insb. auch zit. Urteil 4A_111/2010 E. 3.2, wo eine Übergangsfrist von 5 Monaten als angemessen betrachtet wurde, obwohl der Versicherte bloss eine neue (Teilzeit-) Stelle im angestammten Beruf suchen musste). Aus dem Zweck der Übergangsfrist folgt, dass während dieser Frist Taggelder weiterhin gemäss der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf zu leisten sind (vgl. Urteil 4A_79/2012 vom 27. August 2012 E. 5.1; HÄBERLI/HUSMANN, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 173 Rz. 546) ”). Nel caso di specie, rilevato che l'assicuratore ha assegnato un termine di tre mesi per trovare la medesima occupazione finora svolta presso un altro datore di lavoro, applicando correttamente la giurisprudenza (cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.3, con rinvii), le censure dell'assicurato vanno respinte. In particolare, alla luce del suo obbligo di ridurre il danno, il fatto che l'attore sia anche azionista di maggioranza della società, non gli impedisce certo di poter svolgere la sua abituale attività di contabile presso un altro datore di lavoro. 2.12. L'attore ha chiesto l'assunzione di ulteriori prove. Oltre all'incarto completo dell'assicuratore, che le parti in sede di udienza hanno confermato che è stato trasmesso con la risposta di causa, domanda l'allestimento di una perizia al fine di determinare il suo stato di salute dal 16 novembre 2023, la sua capacità lavorativa da tale data e una previsione circa la durata dell'incapacità lavorativa. Questo TCA rinuncia all'allestimento della perizia. Per i motivi sopra esposti, il referto del dr. med. _____, che rispetta i criteri posti dalla giurisprudenza affinché gli possa essere attribuita piena forza probante è infatti completo sui temi sollevati, è fondato su esami approfonditi, tiene conto delle censure sollevate dall'assicurato, è stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, è chiaro nella presentazione del contesto medico e le conclusioni dell'esperto sono motivate. I certificati medici prodotti dall'assicurato, come ampiamente esposto nei considerandi precedenti, non hanno invece permesso di scalfirne il valore probatorio. L'interessato ha infatti prodotto dei referti medici scarni e privi di particolari motivazioni, segnatamente per quanto concerne il periodo successivo al mese di giugno 2024 che non permettono di sollevare dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute nel rapporto del dr. med. _____. Una perizia non potrebbe di conseguenza mutare l'esito della procedura. Va del resto evidenziato che l'attore non ha contestato la chiusura dell'istruttoria senza l'assunzione della chiesta perizia. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, il giudice può rinunciare ad assumere una prova se egli ha formato il proprio convincimento sulla base di altri elementi di fatto all'incarto e se egli possa ritenere senza arbitrio che la nuova prova non muterebbe il suo personale convincimento

(apprezzamento anticipato delle prove; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche sentenza 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 4, sentenza 4A_172/2022 del 31 agosto 2022, consid. 2.4; sentenza 4A_491/2020 dell'11 aprile 2022, consid. 7.2; sentenza 4A_587/2015 del 15 febbraio 2017, consid. 3.1; 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, consid. 2; 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). 2.13. Alla luce di tutto quanto sopra esposto nella misura in cui la petizione non va stralciata dai ruoli per acquiescenza (consid. 2.1), essa va respinta. Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC). All'assicurato, parzialmente vincente in causa vanno assegnate le ripetibili parziali, 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%. Nel caso di specie, alla luce delle udienze tenutesi presso questo Tribunale, delle prove raccolte e dell'impegno profuso dall'attore, si giustifica ritenere una percentuale del 12%. In casu l'assicurato è vincente nella misura del 7.4% (fr. 6'102.60 su fr. 82'816.60 [cfr. arringhe finali: doc. XXIV; cfr. anche doc. I]). Ne segue che la convenuta verserà all'attore un importo arrotondato verso l'alto di fr. 800 a titolo di ripetibili ($82'816.60 : 100 \times 12 : 100 \times 7.4 = 735$). 2.14. 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 (cfr. anche STF 4A_273/2021 del 17 aprile 2023, consid. 1), 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.

E. 27

marzo 2024 la dr.ssa med. _____, ha affermato:

Il 20 marzo 2024 la dr.ssa med. _____ ha attestato che l'attore è degente presso la Clinica _____ ed è inabile al lavoro al 100% (doc. 24, cfr. anche doc. 26 e 31), mentre il 26 aprile 2024 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato di aver visitato l'assicurato per la prima volta il 5 marzo 2024 e che a causa della grave sintomatologia del disturbo depressivo è stato proposto un ricovero presso la Clinica _____ dal 13 marzo 2024 al 22 aprile 2024. Lo specialista ha attestato una completa inabilità lavorativa dell'assicurato dal 16 novembre 2023 fino a data da stabilire (cfr. doc. 32 e 33).

Dal rapporto di dimissione dalla Clinica _____, emerge:

Il 2 maggio 2024 AT 1 è stato sentito da un funzionario dell'assicuratore (doc. 35) ed è stato convocato per una nuova visita presso la dr.ssa med. _____ (doc. 41).

Nell'ambito del colloquio, l'attore ha affermato che la società per la quale lavora è un'impresa generale attiva nel ramo edile, in sostanza organizza tutto il lavoro per il cantiere. L'assicurato si occupava della parte amministrativa, del back office dell'ufficio tecnico, un po' di contabilità. Se c'era necessità presenziavo anche a qualche riunione di cantiere anche incontri con clienti (doc. 35, pag. 3). Egli ha inoltre precisato che di formazione sono contabile, attività che svolgevo anche per la _____ (doc. 35, pag. 5).

Il 16 maggio 2024 l'attore ha chiesto di essere visitato da un altro specialista, essendosi trovato a disagio e non essendosi sentito compreso in occasione della precedente visita con la dr.ssa med. _____ (doc. 49).

Il 17 maggio 2024 l'interessato, dopo aver prodotto un certificato medico a sostegno delle sue affermazioni, è stato convocato dalla convenuta per una visita presso il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 52).

Quest'ultimo, dopo aver visitato l'attore in data 3 giugno 2024, nel referto dell'8 giugno 2024, descritti gli atti, le dichiarazioni soggettive, l'anamnesi sociale e l'esame clinico, ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso-depressiva (F43.22) legata ad una difficile situazione in ambito lavorativo e disturbo di personalità misto (F61.0) con tratti passivi-aggressivi, istrionici. Lo specialista ha affermato:

Il dr. med. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 16 novembre 2023 al 30 settembre 2024 e dell'80% dal 1° ottobre 2024 (doc. Q). Il 23 dicembre 2024 (doc. U) ed il 30 gennaio 2025 (doc. V), il curante ha confermato l'inabilità lavorativa all'80%.

Nel caso evaso dall'Alta Corte, si trattava di un assicurato al beneficio di un'assicurazione di indennità giornaliera fondata sulla LCA che era incapace al lavoro e ha domandato una rendita di invalidità, che la sua assicurazione privata ha rifiutato fondandosi su una perizia che essa stessa ha fatto eseguire da un medico specialista in psichiatria e psicoterapia, il quale si è basato sugli atti medici e ha visitato personalmente l'interessato, non ritenendo infine un'incapacità lavorativa. L'assicurato ha quindi chiamato in giudizio la sua assicurazione, ma davanti al Tribunale cantonale ha perso la causa. I giudici, dopo avere apprezzato le 4 valutazioni mediche agli atti (la perizia di parte allestita su mandato dell'assicuratore, il referto del curante, la perizia interdisciplinare e il parere di un altro medico a cui l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti) giunte a conclusioni differenti sulla capacità lavorativa dell'assicurato, si sono basati sulla perizia di parte dell'assicuratore malattia e in virtù della verosimiglianza preponderante hanno ritenuto che l'assicurato non fosse inabile al lavoro. La prima istanza si è basata sulla DTF 125 V 351 consid. 3b/dd, secondo cui la perizia di parte fatta esperire dall'assicuratore malattia ha il valore di un mezzo di prova (cfr. consid. 2.1). L'assicurato ha quindi inoltrato un ricorso in materia civile presso il Tribunale federale, lamentando che la perizia fatta allestire dall'assicuratore non era una perizia neutra, ma di parte, perciò dal profilo del diritto processuale civile valeva soltanto, come stabilito dalla DTF 132 III 83 consid. 3.4, quale semplice allegazione di parte e non come mezzo di prova (cfr. consid. 2.2).

Il TF ha dovuto quindi esaminare la questione di sapere se la perizia di parte sulla quale si è fondato l'assicuratore malattia nell'assicurazione complementare fosse un mezzo di prova

ai sensi del Codice di procedura civile.

Nelle sue considerazioni, l'Alta Corte ha evidenziato che nel diritto delle assicurazioni sociali il Tribunale federale ha ritenuto nella DTF 125 V 351 come il semplice fatto che la presa di posizione del medico avvenga nell'ambito di una perizia di parte a domanda dell'assicuratore non sia sufficiente per mettere in dubbio il valore probatorio della perizia. Essa ha dunque valore di un mezzo di prova. Per contro, nel diritto privato, secondo giurisprudenza costante una perizia di parte non è un mezzo di prova, ma una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24 consid. 3.3.3; DTF 132 III 83 consid. 3.6) (cfr. consid. 2.3).

Nel diritto privato, l'art. 168 cpv. 1 CPC enumera esaustivamente i differenti mezzi di prova, fra i quali figura la perizia. Il Tribunale federale ha proceduto a un'interpretazione sistematica del Codice e in particolare degli artt. 183 segg. CPC e ha concluso che la nozione di perizia di cui all'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC concerne unicamente la perizia giudiziaria (cfr. consid. 2.5.2).

Una parte della dottrina considera che una perizia di parte deve potere essere prodotta al Tribunale come un documento ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. b e dell'art. 177 segg. CPC. Un'altra parte della dottrina, alla quale si rifà il Tribunale federale, considera che una perizia di parte non è un mezzo di prova, poiché il legislatore ha escluso la perizia di parte come mezzo di prova in generale ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 CPC, e non solo quale perizia ai sensi dell'art. 168 cpv. 1 lett. d CPC (consid.2.5.3: []Denn der Gesetzgeber lehnte das Privatgutachten als Beweismittel i.S.v. Art. 168 Abs. 1 ZPO allgemein und nicht nur als Gutachten i.S.v. Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO ab).

Di conseguenza, la giurisprudenza resa in materia di diritto delle assicurazioni sociali, quale la DTF 125 V 351, non vale quando il CPC trova applicazione. È piuttosto la giurisprudenza resa in materia di diritto privato che si applica, in virtù della quale la perizia di parte non ha qualità di mezzo di prova, ma costituisce soltanto una semplice allegazione di parte (DTF 140 III 24; DTF 132 III 83).

Le allegazioni che si fondano su una perizia di parte sono generalmente considerate essere particolarmente motivate (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 o dall'assicuratore. 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).

2.7. 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. ■).

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.

Su questi temi si veda anche STF 4A_544/2019 del 26 maggio 2020.

Per dei casi in cui il Tribunale federale ha ancora citato la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali ci si riferisca alle STF 4A_424/2019 del 31 ottobre 2019, in particolare consid. 3.1 e STF 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 3.1.2.

2.8. Dal 1° gennaio 2025 è entrata in vigore una modifica dell'art. 177 CPC, secondo il quale sono documenti gli atti idonei a provare fatti giuridicamente rilevanti, come scritti, disegni, piani, fotografie, film, registrazioni sonore, archivi elettronici e simili, nonché le perizie private delle parti.

Nel Messaggio concernente la modifica del Codice di diritto processuale civile svizzero (Migliorare la praticabilità e l'applicazione del diritto), pubblicato in FF 2020, pag. 2407 e seguenti, in particolare pag. 2459 ■ 2460, figura (sul tema cfr. anche: Laura Kunz/ Pia Meier: Das Arbeits(un)fähigkeitszeugnis, in: Jusletter 13 novembre 2023, pag. 32):

La modifica si applica a tutte le procedure pendenti al 1° gennaio 2025 (art. 407f CPC; cfr. Raphael Kathriner, Aktuelle Fragen zur arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit in: plädoyer 6/2024, pag. 42 e seguenti, in particolare pag. 46).

Secondo la dottrina con la modifica di legge una differenziazione tra perizie private in senso stretto e altri referti medici sarebbe difficilmente attuabile. La nuova regola del CPC deve essere compresa nel senso che anche certificati medici non motivati devono essere ritenuti quali prove. Il loro valore probatorio può tuttavia variare notevolmente e va preso in conto nell'ambito dell'apprezzamento delle prove. La dottrina ritiene inoltre che le linee guida per la valutazione delle prove valide per le assicurazioni sociali potranno essere riprese nell'ambito del diritto civile (Raphael Kathriner, op. cit, pag. 46).

A questo proposito va rammentato che per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid.2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, inBJM 1989, p. 30ss.).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.9. In una sentenza 4A_117/2021 del

E. 31

dicembre 2021: cfr. STF 4A_49/2023 del 3 maggio 2023, consid. 3.3.1; cfr. anche sentenza 4A_472/2022 del 15 giugno 2023) e secondo il quale:

"In caso di sinistro, l'avente diritto è tenuto a fare quanto possa per scemare il danno. Quando non vi sia pericolo in mora, egli dovrà chiedere istruzioni all'assicuratore circa i provvedimenti da prendere e conformarsi alle medesime.

Se l'avente diritto ha mancato a quest'obbligo in modo inescusabile, l'assicuratore può limitare l'indennità all'importo cui si troverebbe ridotta qualora l'obbligo fosse stato adempiuto."

Con sentenza 5C.176/1998, del 23 ottobre 1998, al consid. 2c, l'Alta Corte a questo proposito ha affermato:

"() L'art. 61 LCA esprime infatti il medesimo principio generale concernente l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno da cui il Tribunale federale delle assicurazioni deduce che l'interessato può a tal fine essere costretto a cambiare professione (DTF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Un siffatto obbligo non costituisce una lesione più grave della libertà personale rispetto all'imposizione - espressamente citata da Maurer (Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, pag. 346 n. 4) con riferimento all'art. 61 LCA - di sottomettersi a una cura o addirittura ad un intervento chirurgico. Si può del resto rilevare che nemmeno l'attore contesta l'applicabilità dell'art. 61 LCA alla fattispecie, limitandosi a sostenere che, per un uomo di 63 anni nel suo stato di salute, un reinserimento in un'attività professionale appare perlomeno problematico. Ne segue che i giudici cantonali hanno violato il diritto federale accogliendo la petizione senza esaminare se e in che misura sia possibile esigere dall'attore un cambiamento di professione e se il termine accordato dalla convenuta a tal fine sia adeguato alle circostanze. La sentenza impugnata deve pertanto essere annullata e la causa rinviata all'autorità cantonale per completare gli accertamenti di fatto e per nuova decisione. (...)."

In caso d'incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto a cambiare professione (cfr. DTF 114 V 283). Per quanto concerne la determinazione del termine che può essere assegnato all'attore per procedere al cambiamento di professione nell'ambito delle assicurazioni sociali l'allora Tribunale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha più volte ritenuto adeguati periodi d'adattamento varianti dai 3 ai 5 mesi (DTF 111 V 239

consid. 2a e giurisprudenza ivi citata; RAMI 1987, p. 108; 1994, p. 113ss). In questo contesto, è opportuno rammentare che l'assicurato che, incapace nella precedente attività, non mette a frutto la sua residua capacità lavorativa in un'altra professione, viene giudicato secondo l'attività professionale che avrebbe potuto esercitare con uno sforzo di buona volontà, ritenuto che l'assenza di quest'ultima non è scusabile se non derivante da malattia (DTF 114 V 283 consid. 1d; 111 V 239 consid. 2a; 101 V 145; RAMI 1987 p. 106 consid. 2).

Va qui ricordato che nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 KV 112, pag. 122 seg., il TF ha stabilito l'applicabilità in ambito LAMal, della giurisprudenza elaborata allorquando ancora era in vigore la LAMI. La giurisprudenza è stata confermata con sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006.

Il Tribunale federale ha applicato la medesima giurisprudenza alle assicurazioni complementari contro le malattie rette dal dritto privato (Bonaz Lucile, op. cit., pag. 184, n. 521; Häberli Ch. / Husmann D., Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berna 2015, pag. 173, nota 737; cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.2; DTF 133 III 527, consid. 3.2.1; sentenza 4A_304/2012 del 14 novembre 2012, consid. 2.3 non pubblicato in DTF 138 III 799; cfr. anche sentenza 5C.74/2002 del 7 maggio 2002).

Il citato termine non serve solo per la riformazione professionale, ma anche in generale, per l'adattamento alla nuova situazione valetudinaria e per cercare un nuovo posto di lavoro, per cui il Tribunale federale ha già ammesso un termine di 5 mesi per trovare un lavoro nella medesima attività svolta finora (cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.3: ■Denn die zu gewährende Übergangsfrist dient nicht nur der Umschulung, sondern vielmehr generell der Anpassung und Stellensuche (BGE 133 III 527 E. 3.2.1 S. 531; 114 V 281 E. 5b. S. 289 f.; vgl. insb. auch zit. Urteil 4A_111/2010 E. 3.2, wo eine Übergangsfrist von 5 Monaten als angemessen betrachtet wurde, obwohl der Versicherte bloss eine neue (Teilzeit-) Stelle im angestammten Beruf suchen musste). Aus dem Zweck der Übergangsfrist folgt, dass während dieser Frist Taggelder weiterhin gemäss der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf zu leisten sind (vgl. Urteil 4A_79/2012 vom 27. August 2012 E. 5.1; HÄBERLI/HUSMANN, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 173 Rz. 546)■).

Nel caso di specie, rilevato che l'assicuratore ha assegnato un termine di tre mesi per trovare la medesima occupazione finora svolta presso un altro datore di lavoro, applicando correttamente la giurisprudenza (cfr. sentenza 4A_73/2019 del 29 luglio 2019, consid. 3.3.3, con rinvii), le censure dell'assicurato vanno respinte.

In particolare, alla luce del suo obbligo di ridurre il danno, il fatto che l'attore sia anche azionista di maggioranza della società, non gli impedisce certo di poter svolgere la sua abituale attività di contabile presso un altro datore di lavoro.

2.12. L'attore ha chiesto l'assunzione di ulteriori prove. Oltre all'incarto completo dell'assicuratore, che le parti in sede di udienza hanno confermato che è stato trasmesso con la risposta di causa, domanda l'allestimento di una perizia al fine di determinare il suo stato di salute dal 16 novembre 2023, la sua capacità lavorativa da tale data e una previsione circa la durata dell'incapacità lavorativa.

Questo TCA rinuncia all'allestimento della perizia.

Per i motivi sopra esposti, il referto del dr. med. _____, che rispetta i criteri posti dalla giurisprudenza affinché gli possa essere attribuita piena forza probante è infatti completo sui temi sollevati, è fondato su esami approfonditi, tiene conto delle censure sollevate dall'assicurato, è stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, è chiaro nella presentazione del contesto medico e le conclusioni dell'esperto sono motivate.

I certificati medici prodotti dall'assicurato, come ampiamente esposto nei considerandi precedenti, non hanno invece permesso di scalfirne il valore probatorio. L'interessato ha infatti prodotto dei referti medici scarni e privi di particolari motivazioni, segnatamente per quanto concerne il periodo successivo al mese di giugno 2024 che non permettono di sollevare dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute nel rapporto del dr. med. _____. Una perizia non potrebbe di conseguenza mutare l'esito della procedura.

Va del resto evidenziato che l'attore non ha contestato la chiusura dell'istruttoria senza l'assunzione della chiesta perizia.

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; DTF 142 III 360, consid. 4.1.1; cfr. anche sentenza 4A_218/2023 del 22 giugno 2023, consid. 4, sentenza 4A_172/2022 del 31 agosto 2022, consid. 2.4; sentenza 4A_491/2020 dell'11 aprile 2022, consid. 7.2; sentenza 4A_587/2015 del 15 febbraio 2017, consid. 3.1; 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, consid. 2; 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).

2.13. Alla luce di tutto quanto sopra esposto nella misura in cui la petizione non va stralciata dai ruoli per acquiescenza (consid. 2.1), essa va respinta.

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

All'assicurato, parzialmente vincente in causa vanno assegnate le ripetibili parziali, 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%.

Nel caso di specie, alla luce delle udienze tenutesi presso questo Tribunale, delle prove raccolte e dell'impegno profuso dall'attore, si giustifica ritenere una percentuale del 12%.

In casu l'assicurato è vincente nella misura del 7.4% (fr. 6'102.60 su fr. 82'816.60 [cfr. arringhe finali: doc. XXIV; cfr. anche doc. I]).

Ne segue che la convenuta verserà all'attore un importo arrotondato verso l'alto di fr. 800 a titolo di ripetibili ($82'816.60 : 100 \times 12 : 100 \times 7.4 = 735$).

2.14. 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 (cfr. anche STF

4A_273/2021 del 17 aprile 2023, consid. 1), 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.

dichiara e pronuncia

Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario di Camera

Daniele Cattaneo

Gianluca Menghetti

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