

**Raccomandata**

Incarto n.

36.2006.25

Lugano

3 ottobre 2006

**TB**

In nome  
della Repubblica e Cantone  
Ticino

---

## **Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni**

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 4 gennaio 2006 di

XXXX,

contro

**Y Assicurazione malattia,**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- A. Dal gennaio 2002 XXXX, 1967, svolgeva la professione di cameriera presso lo Snack di e come tale, tramite il contratto collettivo di lavoro del suo datore di lavoro, era assicurata presso Y Assicurazione malattia per perdita di guadagno in caso di malattia (doc. 7). Il 30 agosto 2005 ha ricevuto *brevi manu* la disdetta del proprio contratto di lavoro, avente effetto il 30 settembre 2005 (doc. 10). Due giorni prima dell'attuazione del licenziamento, il datore di lavoro ha annunciato all'assicuratore che la sua dipendente era totalmente inabile al lavoro per una sindrome ansioso-depressiva, siccome da alcune settimane soffriva di insonnia, ansia e somatizzazioni multiple (doc. 11). L'assicuratore le ha versato le prestazioni di diritto fino al 16 dicembre 2005 (doc. 9).

B. Su invito dell'assicuratore (doc. 15), XXXX si è sottoposta ad una visita medico-fiduciaria presso la dr.ssa med. specialista FMH in psichiatria e psicoterapia. Fondandosi sul referto medico di quest'ultima del 16 novembre 2005 (doc. 18), con scritto del 29 novembre 2005 (doc. 20) Y Assicurazione malattia ha avvisato l'interessata che, trascorso un periodo di quattro settimane ritenuto utile e sufficiente per un recupero completo della sintomatologia, dopo il 16 dicembre 2005 avrebbe cessato di versare le indennità giornaliere per incapacità lavorativa, ritenendola abile al lavoro al 100% nella sua precedente attività.

L'assicurata ha quindi prodotto un secondo certificato medico del dottor di ( ), specialista in clinica delle malattie nervose e mentali (doc. 21), referto che è stato sottoposto al medico fiduciario per osservazioni (doc. 22). Sulla scorta del parere di quest'ultima (doc. 23), il 23 dicembre 2005 (doc. 25) l'assicuratore ha confermato che considerava l'interessata abile al lavoro al 100% dal 17 dicembre 2005.

Con scritto raccomandato del 28 dicembre 2005 (doc. 26) il datore di lavoro, constatando l'assenza dell'assicurata dal posto di lavoro dal 17 dicembre 2005, ha disdetto con effetto retroattivo a quel giorno il contratto di lavoro che li vincolava.

C. Con petizione del 4 gennaio 2006 (doc. I) XXXX ha postulato in maniera del tutto generale e non sufficientemente motivata - nemmeno dopo esplicita richiesta del Giudice delegato di completare la sua petizione -, di rivedere l'intera situazione, contestando che la presa di posizione di interruzione del versamento delle indennità da parte dell'assicuratore sia avvenuta unicamente sulla base di una *"perizia medica della D. ssa \_\_\_\_\_, loro consulente"*. L'attrice si è inoltre detta favorevole all'esperimento di una *"nuova perizia medica neutra e decisa tra la parte"* (doc. VI), producendo i referti medici dell'11 novembre 2005 (doc. B2) e del 6 dicembre 2005 (doc. B1) allestiti dal suo medico curante dottor \_\_\_\_\_

Il 2 marzo 2006 (doc. VIII) l'assicuratore ha illustrato la fattispecie, evidenziando la chiarezza e l'attendibilità di entrambi i rapporti del medico fiduciario, mentre i pareri del medico curante non si esprimerebbero *"in nessun modo in merito all'esigibilità (oggettiva) di una ripresa di un'attività lavorativa, premessa necessaria per riconoscere alla valutazione valore probatorio pieno"* (doc. VIII punto 9 pag. 7).

La ricorrente non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. IX).

### **in diritto**

### **in ordine**

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).
2. L'attrice, beneficiaria del contratto per perdita di guadagno stipulato dal suo datore di lavoro che ha sede in Ticino, è domiciliata in Italia, mentre l'assicuratore con cui il datore di lavoro ha sottoscritto la polizza assicurativa d'indennità giornaliera per aziende è l'agenzia di Lugano di Y Assicurazione malattia, che ha sede a Winterthur (doc. 1). In virtù dell'art. 5 LForo, in vigore dal 1° gennaio 2001,

*"Le azioni derivanti dalla gestione di un domicilio professionale o d'affari o di una succursale si propongono al giudice del domicilio o della sede del convenuto o al giudice del luogo della stabile organizzazione."*

Ne discende che l'inoltro della petizione presso questo TCA, ovvero al giudice del luogo ove l'agenzia è situata, è corretto; la vertenza può dunque essere analizzata nel merito.

### **nel merito**

3. Il TCA deve esaminare la capacità lavorativa dell'attrice dal 17 dicembre 2005 in poi, quando l'assicuratore ha interrotto il versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno. Da ciò dipende il suo diritto di continuare a percepire dette indennità anche dopo questo momento.

Conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate — e delle comunicazioni degli assicuratori LCA - in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nel febbraio 2005 (doc. 30).

L'attrice ha contestato il grado di capacità lavorativa calcolato da Y al 100% dal 17 dicembre 2005, poiché la sua reale capacità lavorativa sarebbe invece stata nulla.

---

A suo dire, la sindrome ansioso-depressiva che l'affliggeva, e per la quale era seguita da uno psichiatra, l'ha limitata e continuava a limitarla considerevolmente nello svolgimento della sua attività di cameriera. Un'interruzione al 16 dicembre 2005 del versamento delle indennità per perdita di guadagno non sarebbe pertanto stata giustificata. Alla luce delle attestazioni del suo medico curante, l'attrice ha quindi postulato la continuazione della concessione delle indennità anche dopo il 17 dicembre 2005, senza tuttavia specificare in quale misura.

4. L'art. 16 CGA (doc. 6) precisa che è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. Dopo tre mesi d'incapacità al lavoro si prendono in considerazione anche mansioni esigibili in un'altra professione o in un altro campo d'attività. Per l'art. 12 CGA, il diritto al pagamento delle indennità giornaliere sussiste se in base a quanto constatato dal medico l'assicurato è totalmente inabile al lavoro. In caso di parziale inabilità al lavoro pari almeno al 25%, l'indennità giornaliera viene erogata in proporzione al grado d'inabilità lavorativa (art. 13 CGA).

Il concetto di inabilità lavorativa di queste CGA riprende la definizione che il Tribunale federale delle assicurazioni ha estrapolato dall'art. 72 LAMal: è incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1 b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungs-recht, T. I, pag. 286 segg.).

La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c).

Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato.

---

*L'incapacità di guadagno* si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa *residua* in un mercato del lavoro equilibrato. *L'incapacità di lavoro*, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 228).

In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, va ricordato che anche nell'ambito dell'assicurazione malattia vige il principio — già comune a tutti i campi delle assicurazioni sociali - secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. Si tratta di un principio generale del diritto federale delle assicurazioni sociali, che vale anche per l'assicurazione malattia, indipendentemente dal tenore della normativa statutaria delle Casse (DTF 123 V 233 consid. 3c; DTF 117 V 278 consid. 2b; DTF 115 V 53; DTF 114 V 285 consid. 3; DTF 111 V 239 consid. 2a; DTF 105 V 178 consid. 2).

Nell'ambito dell'assicurazione complementare, secondo il Tribunale federale, l'art. 61 LCA esprime il medesimo principio dell'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno (STF del 23 ottobre 1998 nella causa E., Inc. 5C.176/1998, consid. 2c).

Quindi, se da un lato la graduazione dell'incapacità va fatta ritenendo la professione esercitata, dall'altro va considerato che l'assicurato ha l'obbligo di fare quanto da lui è ragionevolmente esigibile per attenuare il più possibile le ripercussioni del danno alla salute sulla sua condizione economica.

Pertanto, in caso d'incapacità durevole nella professione precedentemente esercitata, è obbligo dell'assicurato di utilizzare le sue capacità residue in settori lavorativi diversi, ragionevolmente prospettabili.

Del resto, deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (PETER, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997, pag. 71 e dottrina ivi citata).

---

5. Circa l'incapacità lavorativa dell'assicurata, va ribadito come il dottor , medico chirurgo di ( ), il 28 settembre 2005 (doc. 12) abbia attestato un'inabilità del 100% da quello stesso giorno per una sindrome ansioso-depressiva, prescrivendole ansiolitici ed antidepressivi.

L'11 novembre 2005 l'attrice è stata visitata dallo specialista in clinica delle malattie nervose e mentali dottor anch'egli di . Nel referto di pari data (doc. 17), l'esperto ha confermato la diagnosi posta dal medico curante, precisando che da fine settembre 2005 l'assicurata era affetta da sindrome ansioso-depressiva con somatizzazioni di vario tipo (nausea-vomito, crisi di tachicardia, turbe del sonno, ecc.) e che il trattamento farmacologico prescritto dal collega, seppure appropriato, da solo non era riuscito a modificare il quadro clinico. Approfondendo il colloquio con l'attrice, lo specialista ha individuato le cause esistenziali nella grave malattia tumorale del padre, caduto in depressione dell'umore per la malattia in sé e per gli effetti secondari delle terapie. Di conseguenza, egli si appoggiava alla figlia per assistenza morale e conforto, la quale cercava però di dissimulare la propria preoccupazione e l'angoscia per le condizioni del padre. A ciò si è aggiunta, per l'attrice, la rottura di una relazione sentimentale.

Esposti questi elementi, lo specialista ha pronunciato la propria valutazione consigliando da una parte una psicoterapia di sostegno, dall'altra l'assunzione di farmaci in parte già in atto ed in parte di nuovi adatti per le somatizzazioni. Infine, egli ha riconosciuto una prognosi di sessanta giorni.

Con il successivo referto del 6 dicembre 2005 (doc. 21), lo specialista ha preso posizione riguardo alla perizia allestita dalla dr.ssa su invito dell'assicuratore convenuto. Egli ha osservato che — verosimilmente grazie ai farmaci assunti, mentre l'interessata non ha intrapreso la psicoterapia di sostegno su base psico-analitica per motivi economici e familiari — le condizioni di salute dell'attrice erano migliorate, con particolare riferimento alle somatizzazioni più intense ed al ritmo sonno-veglia, mentre la conduzione di base era rimasta pressoché immutata, con maggior incidenza della componente depressiva rispetto a quella ansiosa. *"Pertanto, pur essendo d'accordo colla diagnosi della dssa (s. ansioso-depressiva reattiva a sovraccarico familiare), la prognosi quoad valetudinem è subordinata a un lavoro psicoterapico, non rivelandosi sufficiente la sola cura farmacologia. La reazione patologica, infatti, trae origine dalla situazione paterna*

*contingente, ma trova supporto da componenti più profonde e storicizzate della personalità della pz. Questa sembra convinta di intraprendere tale procedura (ho proposto dieci sedute a frequenza settimanale) al termine della quale si spera in una bonifica delle condizioni psicoaffettive, tale da permettere una ripresa delle normali occupazioni."*

Su precisa richiesta dell'assicuratore, visto il primo referto dello specialista italiano, il 16 novembre 2005 (doc. 18) l'attrice si è sottoposta ad una valutazione medico-fiduciaria del suo stato di salute presso la dr. med. . Quest'ultima ha dapprima illustrato l'anamnesi, secondo cui *"Nel mese di giugno u.s. dopo la diagnosi posta al padre di carcinoma prostatico la paziente si è sentita fortemente responsabilizzata per la cura dello stesso ed in colpa per non poterlo aiutare a superare l'evento (il carcinoma non è operabile). In seguito ad un sovraccarico emotivo ed affettivo importante dovuto anche alla mancata collaborazione nella cura del padre da parte della madre la paziente ha iniziato a presentare gastralgie, nausea, episodi di vomito, senso di oppressione toracica, tachicardia, ansia. Dall'inizio di settembre u.s. la sintomatologia si è complicata con grave insonnia, astenia, facile esauribilità, apatia, abulia."* La diagnosi psichiatrica posta dall'esperta era una sindrome mista ansioso depressiva medio grave reattiva a sovraccarico familiare (ICD-10 F41.2). Di conseguenza, la dottoressa ha giustificato un'inabilità lavorativa al 100% *"per altre 4 settimane, cioè fino al 16.12.2005, tempo ritenuto utile soddisfacente per un recupero completo della sintomatologia."* La specialista ha precisato in seguito che *"Sicuramente per la paziente sarebbe utile un lavoro psicoterapico volto alla rielaborazione dei conflitti intrafamigliari e all'acquisizione di una maggiore capacità di gestione delle difficoltà personali."* Pertanto, *"Imperativo è che la paziente si reintegri nel mondo lavorativo al più tardi entro 4 settimane. Dal 17 dicembre 2005 la paziente è da considerarsi abile al lavoro al 100% salvo ulteriori complicazioni. Un'inabilità lavorativa oltre tale data non è giustificata."* In merito all'eventuale necessità di ulteriori cure, la dottoressa ha precisato che *"La paziente attualmente beneficia di una terapia farmacologica adeguata, appare motivata ad iniziare un lavoro psicoterapico individuale di sostegno in questo momento di difficoltà personale legato al riaccendersi dei conflitti intrafamigliari e alla malattia del padre."*

Preso conoscenza del citato secondo referto dello specialista italiano, Y l'ha sottoposto al suo medico fiduciario per osservazioni. Il 21 dicembre 2005 (doc. 23) la psichiatra e

---

--	--	--

psicoterapeuta ha evidenziato come il collega avesse notato un certo miglioramento rispetto sia alla somatizzazione presentata dall'attrice sia per quanto riguarda il ritmo sonno veglia, come pure un miglioramento del quadro ansioso. Pur potendo condividere la posizione del medico curante secondo cui un lavoro psicoterapico poteva essere utile all'assicurata, tuttavia la specialista interpellata dall'assicuratore non ha accettato le conclusioni del collega, contestando che occorreva aspettare il termine di una terapia psicoterapica ambulatoriale per ottenere una ripresa delle normali occupazioni dell'interessata. L'esperta ha reputato che questi due elementi fossero disgiunti l'uno dall'altro. In questo senso, *"la psicoterapia ambulatoriale proposta che permetterebbe alla paziente di affrontare i disturbi legati alla propria personalità non ha alcuna incidenza rispetto al problema della ripresa della capacità lavorativa."* Di conseguenza, la stessa ha confermato la condizione di abilità totale dell'attrice dal 17 dicembre 2005, non avendo presentato elementi clinici rilevanti tali da far supporre un peggioramento della sindrome ansioso depressiva che era stata rilevata in occasione della precedente visita medico-fiduciaria.

6. Secondo la giurisprudenza valida nell'ambito delle assicurazioni sociali e relativa alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., 1355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1C; MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii).

A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non

---

inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332).

In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10 pag. 33 segg.), la 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.

Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95).

Le perizie affidate dagli organi dell'AZ o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., 1355/03, consid. 5).

---

Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P. G., U 329/01 ed S., U 330/ 01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230).

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01).

Tali criteri di valutazione debbono guidare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni anche nelle fattispecie rette dalla LCA, come quella in discussione.

7. Come esposto sopra, se nei propri referti il medico curante, specialista in malattie nervose e mentali, ha escluso che l'attrice potesse continuare a svolgere il proprio lavoro di cameriera fintanto che l'interessata non portava a termine un lavoro psicoterapico - non rivelandosi sufficiente la sola terapia farmacologica -, la psichiatra e psicoterapeuta ticinese che l'ha visitata per conto dell'assicuratore ha invece affermato che la messa in pratica di questa terapia psicoterapica ambulatoriale era indipendente dalla possibilità concreta che l'attrice riprendesse la sua normale attività lavorativa, fermo restando un periodo di quattro settimane di totale inabilità. I due esperti hanno dunque concluso in modo divergente i rispettivi referti.

Il primo rapporto del medico curante appare stringato (mezza paginetta), esponendo in modo sintetico l'anamnesi ed il procedere per aiutare l'assicurata. Il curante ha inoltre individuato nella malattia del padre ed in una relazione sentimentale mal terminata le cause esistenziali alla base della sindrome ansioso-depressiva di cui l'interessata era affetta, prescrivendole la somministrazione di due farmaci e l'adozione di una psicoterapia di sostegno.

In questo parere l'esperto non si è espresso a proposito della diminuzione della capacità lavorativa che effettivamente risultava dal danno alla salute dell'attrice. Egli si è limitato a

porre una prognosi di sessanta giorni, fornendo quindi soltanto una valutazione medico-teorica (cfr. consid. 4).

Il secondo referto medico, sintetizza lo status psichico dell'attrice in quel momento indicando un miglioramento e specificando che la prognosi *quo ad valetudinem* era subordinata ad un lavoro psicoterapico, a cui l'interessata accettava di sottoporsi.

A mente del TCA, il primo referto portante sulla valutazione dello status psichico dell'attrice, allestito dal medico fiduciario dell'assicuratore quando l'interessata era in incapacità lavorativa da due mesi, appare per contro più approfondito, dettagliato, chiaro e completo.

Come illustrato, la dottoressa ha personalmente esaminato l'assicurata esponendo dapprima una lunga e dettagliata anamnesi, poi i disturbi soggettivi lamentati dall'interessata ed in seguito lo stato psichico di quest'ultima. Sulla base di questi elementi, la specialista ha potuto formulare la propria diagnosi psichiatrica e valutare come procedere. Si è infine pronunciata sull'eventuale necessità di ulteriori cure e di misure terapeutiche che potevano aumentare la capacità lavorativa dell'attrice. L'esperta ha comunque concordato con l'utilità, suggerita dal collega, di sottoporre l'assicurata ad un lavoro psicoterapico volto alla rielaborazione dei conflitti intrafamiliari e all'acquisizione di una maggiore capacità di gestione delle difficoltà personali, ma ha pure specificato l'importanza che la paziente si reintegrasse nel mondo del lavoro al più tardi entro quattro settimane.

Nel suo secondo parere, visto l'accento posto dal dottor su questo argomento, la psichiatra ha precisato che la necessità d'effettuare un lavoro psicoterapico ambulatoriale di sostegno non avrebbe tuttavia influito sulla capacità dell'attrice di continuare ad esercitare la sua precedente attività lucrativa, scontrandosi così con l'opinione del collega, che ha invece ritenuto questi elementi interdipendenti.

Illustrate le opinioni dei due specialisti, va ancora osservato che l'ultimo referto della dr.ssa è stato trasmesso sia all'attrice il 23 dicembre 2005 (doc. 25) che al medico che per primo ha attestato l'inabilità lavorativa (dr. ). L'assicurata non ha replicato su questo secondo parere ticinese, se non scarnamente con la petizione del 4 gennaio 2006.

L'interessata non ha prodotto ulteriori rapporti medici allestiti dai suoi curanti, i quali avrebbero invece potuto nuovamente pronunciarsi sulle conclusioni del medico fiduciario dell'assicuratore malattia.

Valutati quindi tutti i rapporti medici agli atti, la scrivente Corte ritiene che le constatazioni oggettive formulate dal medico fiduciario, specializzato in psichiatria e psicoterapia, siano più complete, più convincenti e più esaurienti dei pareri del medico curante dell'attrice, e di potersi pertanto attenere e fare affidamento sulle conclusioni che la dr.ssa ha tratto.

Le conclusioni di questa esperta sono infatti ben motivate - e concordano sostanzialmente con quelle dello psichiatra curante con riferimento alla diagnosi ed alle necessità terapeutiche - e sostenute da un attento esame dello stato psichico dell'interessata. La dottoressa è stata dunque completa e dettagliata nella sua diagnosi. La completezza dei suoi rapporti contrasta per contro con le affermazioni sicuramente meno circostanziate pronunciate dal medico curante dell'attrice. D'altra parte l'avviso della dott. alla ripresa dell'attività lavorativa in costanza di una terapia di sostegno - inizialmente rifiutata dall'assicurata - non appare adeguatamente smentita dal curante.

In merito alle critiche offerte dall'attrice riguardo ad una presunta imparzialità del medico fiduciario siccome interpellato dall'assicuratore e quindi apparentemente non organo indipendente, il TCA rammenta che nel diritto delle assicurazioni sociali non è riconosciuto il principio secondo cui l'amministrazione e il giudice dovrebbero statuire, nel dubbio, a favore dell'assicurato (DTF 126 V 319 consid. 5a, RAMI 1999 U 349 pag. 478 consid. 2b). Per quanto concerne il medico fiduciario della Cassa, la LAMal all'art. 57 attribuisce un ruolo importante a questa figura divenuta un ausiliario nell'applicazione dell'assicurazione malattia sociale con il compito di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (EUGSTER, in SBVR, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, 1998 pagg. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 nella causa V., K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata).

In casu la fattispecie è retta dalla LCA e non dall'assicurazione sociale. Nonostante ciò il referto della psichiatra ticinese può essere preso a supporto della decisione del Tribunale siccome completo, dettagliato e puntuale.

In questo senso, la valutazione effettuata dall'assicuratore di interrompere il versamento di indennità giornaliera a far data dal 16 dicembre 2005, ovvero trascorse quattro settimane dal giorno in cui il medico fiduciario ha visitato la prima volta l'attrice (16 novembre 2005), appare corretta non apparendo la raccomandata psicoterapia inconciliabile con lo svolgimento di una attività lavorativa.

Stando così le cose, la petizione dell'attrice deve essere integralmente respinta.

8. Da ultimo, l'attrice ha chiesto di esperire una perizia neutra sul suo stato di salute.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; **KIESER**, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, **KÖLZ/HÄNER**, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; **GYGI**, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 28 giugno 2004 nella causa S.P., H 270/03; STFA del 3 maggio 2004 nella causa D. SA, H 318/02; STFA del 5 giugno 2003 nella causa V.C. e R.G., H 268/01 e 269/01; STFA del 13 maggio 2003 nella causa T.T.C. SA, H 218/01; DTF 122 II 469 consid. 4a; DTF 122 III 223 consid. 3c, DTF 120 Ib 229 consid. 2b; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (SVR 2001 IV n. 10 pag. 28 consid. 2b; riguardo al previgente art. 4 vCost. fed, ora art. 29 cpv. 2 Cost. fed.: DTF 124 V 94 consid. 4b; DTF 122 V 162 consid. 1d; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

In concreto, siccome la presente causa ha potuto essere decisa sulla scorta degli atti già a disposizione di questo TCA, che appaiono completi, dettagliati, specifici, chiari ed illuminanti, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove e rifiuta d'esperire la perizia richiesta.

9. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per

violazione del diritto federale. Per l'art. 46 OG, nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora Fr. 8'000.-.

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalle indennità giornaliera che l'assicuratore dovrebbe versare all'attrice a dipendenza della sua incapacità di lavoro per malattia. Il contratto assicurativo prevede una durata di 720 giorni e dal 28 settembre al 16 dicembre l'assicurata ha beneficiato del versamento delle indennità di sua spettanza. Sebbene non sia dato di sapere a questo Tribunale se, in tempo utile, l'interessata abbia usufruito del suo diritto di passaggio all'assicurazione individuale, quand'anche la stessa avesse optato per questa soluzione, il suo diritto alle indennità giornaliera si estenderebbe al massimo fino a raggiungere la differenza fra le indennità di diritto (720) e quelle già ricevute (80), quindi a 640 giorni.

Ritenuta un'indennità giornaliera di Fr. 89,75 ([Fr. 3'150.- di salario mensile x 13 mesi : 365 giorni] x 80%), con la propria petizione XXXX pretende un importo che supera ampiamente i citati Fr. 8'000.-, perciò sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna.

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

### **dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **respinta**.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3. Intimazione alle parti e all'UFAP, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
il giudice delegato

Ivano Ranzanici



A large, stylized handwritten signature in black ink, overlapping the official seal of the Tribunal cantonal des assurances.



Il segretario

Fabio Zocchetti



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fabio Zocchetti'.

**INTIMAZIONE**

**5 OTT, 2006**

**TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI**