

Incarto n.
36.2008.62

Lugano
6 ottobre 2008

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 30 aprile 2008 di

XXX

contro

A **organizzazione sanitaria**, 6901 Lugano 1 Caselle
YYY

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. **XXX**, 1947, è stato alle dipendenze della **ZZZ** di **ZZZ** come operaio addetto alle consegne dal 1989 fino al licenziamento del 1° marzo 2007 per il 30 giugno (doc. 20), poi posticipato diverse volte fino al 31 dicembre 2007 (doc. 38) a causa della sua malattia. Tramite il datore di lavoro, l'assicurato beneficiava della copertura complementare assicurativa Salaria contro la perdita di guadagno presso A.
Inabile al lavoro al 100% dal 1° marzo 2007 per depressione (docc. 2 e 3), il 18 aprile 2007 (doc. 9) l'assicurato è stato sottoposto ad una visita medica fiduciaria e, sulla scorta del rapporto del medico psichiatra, il 25 aprile 2007 (doc. 10)

l'assicuratore malattia gli ha comunicato che avrebbe riconosciuto la sua totale inabilità lavorativa per la sindrome da disadattamento soltanto fino a fine mese.

- B. Sulla scorta di nuovi certificati medici che attestavano una continua incapacità lavorativa del 100%, il 13 ottobre 2007 (doc. 43) l'assicurato è stato rivisto dal medesimo medico interpellato dall'assicuratore ed il 29 ottobre 2007 (doc. 44) quest'ultimo l'ha considerato inabile al lavoro al 100% fino al 31 dicembre 2007.
- C. Il 1° gennaio 2008 (doc. 51) l'interessato è passato alla copertura individuale e, giudicato inabile al 100% dai suoi medici curanti, l'assicuratore ha chiesto un terzo parere alla psichiatra già chiamata in causa, sulla cui risposta il 28 gennaio 2008 (doc. 56) ha ribadito che dall'inizio dell'anno non v'erano più motivi medici per continuare a versargli le indennità per perdita di guadagno.
- D. A richiesta dell'assicurato, A l'ha sottoposto il 26 febbraio 2008 (doc. 62) ad una perizia (neutra) presso un altro medico psichiatra e, abile al 100%, il 4 marzo (doc. 61) gli ha riconosciuto il versamento di indennità giornaliera fino al 29 febbraio 2008.
- E. Con petizione del 30 aprile 2008 (doc. I) **XXX**, rappresentato dal **YYY** di **ZZZ**, ribadisce di essere inabile al lavoro al 100% e pertanto di essere impossibilitato ad annunciarsi all'assicurazione contro la disoccupazione, come per contro suggeritogli dall'assicuratore malattia, tutt'al più che quest'ultimo deve comunque concedergli un termine d'adattamento di 3-5 mesi prima di interrompere il versamento delle prestazioni, anche se egli non è più vincolato da un contratto di lavoro. L'attore chiede al TCA di condannare A a versargli le indennità giornaliera, lasciando all'autorità giudiziaria la facoltà di decidere fino a quando.
- F. L'avv. **YYY**, in rappresentanza dell'assicuratore malattia, il 9 giugno 2008 (doc. V) ha negato all'attore il riconoscimento di un periodo di adattamento e quindi di continuare a versargli le indennità per perdita di guadagno. A suo dire, la giurisprudenza citata dall'assicurato riguardo all'obbligo di concedergli 3-5 mesi per riadattarsi non è attinente alla fattispecie, siccome dal 1° marzo 2008 l'attore ha riacquisito la piena capacità lavorativa e quindi può tornare a svolgere il suo lavoro. Se poi non trova

un'occupazione, spetta alla Cassa di disoccupazione e non all'assicuratore malattia assumersene il rischio.

L'attore ha prodotto un nuovo rapporto del suo medico psichiatra (doc. B), sul quale l'assicuratore ha potuto determinarsi (doc. XI).

considerato

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 (STF H 180/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003).

nel merito

2. Il TCA deve esaminare se, correttamente, l'assicuratore ha negato all'attore il diritto di (continuare a) ricevere dal 1° marzo 2008 indennità giornaliera per perdita di guadagno, siccome nuovamente abile al lavoro al 100%.

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 marzo 2008 (doc. 61).

Occorre dunque stabilire la capacità lavorativa dell'attore a quel momento e, successivamente, valutare se effettivamente l'assicuratore sia tenuto a concedere da tre a cinque mesi di tempo all'interessato per cercarsi una nuova attività lucrativa.

3. Il 1° gennaio 2008 l'attore è passato all'assicurazione individuale contro la perdita di guadagno. L'art. 46 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera ai sensi della LCA, edizione 2005 (doc. 66), specifica che in caso di (libero) passaggio vengono accordate le prestazioni d'assicurazione precedenti, a condizione che esse siano adeguate alla nuova situazione. Fanno stato le condizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale vigenti al momento del passaggio. Inoltre, ai fini della determinazione del diritto, fanno

stato per analogia gli articoli 32 e 33 che definiscono come sono calcolate le prestazioni di indennità giornaliera.

Quindi, l'art. 12 delle CGA dell'assicurazione collettiva prevede che se in base a quanto constatato dal medico l'assicurato è totalmente inabile al lavoro, A paga l'indennità giornaliera prevista dal contratto.

Giusta l'art. 13 CGA, in caso di parziale inabilità al lavoro pari almeno al 25%, l'indennità giornaliera viene erogata in proporzione al grado d'inabilità lavorativa.

In virtù dell'art. 14 CGA, se l'assicurato è da considerarsi disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI, l'assicuratore corrisponde le prestazioni fino a concorrenza dell'indennità di disoccupazione persa secondo determinati criteri.

L'art. 16 CGA considera 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 3 mesi d'incapacità al lavoro si prendono in considerazioni anche mansioni esigibili in un'altra professione o in un altro campo d'attività.

L'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha estrapolato dall'art. 72 LAMal il concetto di inabilità lavorativa: 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. 1b; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Tomo 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, 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).

4. Circa l'incapacità lavorativa dell'attore, va osservato come il medico curante dr. med. **ZZZ**, FMH in medicina interna, l'abbia certificata fissando un grado del 100% sin dal primo giorno della

malattia, ossia il 1° marzo 2007 (doc. 2), prescrivendo un trattamento farmacologico per contrastare la depressione reattiva sorta con la lettera di licenziamento. Il curante aveva inizialmente previsto la ripresa lavorativa al 1° aprile 2007 ed il termine della cura al 31 maggio 2007 (doc. 4).

Poi, i vari certificati medici attestano mensilmente semplicemente un'incapacità di lavoro totale fino almeno al 31 dicembre 2007, mentre il 9 maggio 2007 (doc. 13) il curante specifica che l'inabilità lavorativa è dovuta alla depressione, che l'assicurato soffre di insonnia e che è preoccupato per il suo futuro, non riuscendo a concepire eventuali altri impieghi dove potrebbe essere utile.

Vedendo il perdurare della malattia, il 18 aprile 2007 (doc. 9) l'assicuratore ha sottoposto l'attore ad una visita presso la dr. med. **ZZZ**, FMH in psichiatria e psicoterapia, la quale ha esposto la situazione attuale, l'anamnesi, i disturbi soggettivi attuali, l'esame clinico e la diagnosi di sindrome da disadattamento (ICD10 F43.2). Nella sua valutazione, l'esperta ha ricondotto questa sindrome ansioso depressiva di natura reattiva con malessere soggettivo alla notizia del licenziamento ricevuta dapprima verbalmente in febbraio, poi per iscritto il 1° marzo 2007. L'attore ha considerato come inatteso e soprattutto ingiusto il suo licenziamento, ciò che l'ha portato ad essere (molto) preoccupato di non più riuscire a trovare un'attività lavorativa vista la sua età, tendendo ad assumere una posizione passiva regressiva.

La specialista ha concluso considerando l'assicurato inabile al lavoro al 100% per altre due settimane, quindi fino al 1° maggio 2007, dopodiché ha ritenuto utile che l'interessato si iscriva alla disoccupazione per potere recuperare il proprio ruolo lavorativo, visto che ha riacquisito la sua piena capacità lavorativa.

Il dr. med. **ZZZ**, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha avuto in cura l'attore dal 3 aprile 2007 e nel breve rapporto del 22 maggio 2007 (doc. 14) allestito all'indirizzo dell'assicuratore ha posto le diagnosi di disturbo distimico endo reattivo, disturbo dell'adattamento e disturbo di personalità evitante e dipendente, con conseguente impossibilità di reinserimento in qualsiasi ambito lavorativo. È seguito da una psicologa psicoterapeuta, dallo stesso psichiatra e dal suo medico curante; inoltre, segue una psicofarmacoterapia per i suoi disturbi ansiosi depressivi. L'assicurato soffre poi di apnee notturne di non chiara origine. Per questi motivi, l'ha giudicato inabile al lavoro al 100% per problemi psichici e psicosomatici.

La dr. med. **ZZZ** è stata chiamata a pronunciarsi sul parere dei due medici curanti e nel suo rapporto del 14 giugno 2007 (doc. 22) ha sottolineato che il dr. med. **ZZZ** non ha precisato quali sono i motivi per cui il paziente non ha potuto riprendere l'attività lavorativa. Ripercorrendo l'anamnesi esposta nel suo primo referto, la psichiatra non ha rilevato elementi nuovi a livello clinico nel rapporto del collega, tali che possano invalidare la sua precedente presa di posizione, tanto che egli non ha segnalato alcun peggioramento posteriore al suo parere. I due referti sono quindi sovrapponibili, perciò ella ha ribadito che il paziente va considerato abile al lavoro al 100% dal 1° maggio 2007, quindi l'incapacità lavorativa è nulla.

Neppure il certificato del dr. med. **ZZZ** apporta delle novità rispetto a quanto già esposto.

L'attore è stato degente presso la Clinica **ZZZ** di **ZZZ** dal 24 maggio 2007 al 22 settembre 2007 (doc. 53). Nel rapporto intermedio di degenza del 18 giugno 2007 (doc. 26), stilato dal capoclinica dr. med. **ZZZ**, FMH in psichiatria e psicoterapia, egli ha posto la diagnosi di una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2) ed ha specificato che il ricovero è dovuto a causa di una riacutizzazione della sintomatologia ansio-depressiva, siccome l'assicurato stava diventando sempre più aggressivo in casa, con conseguenti notevoli tensioni in seno alla famiglia. Rispetto al momento dell'entrata in Clinica, dove l'interessato era molto agitato, molto evitante e sfuggente con diminuzione delle emozioni osservabile dalla mimica facciale, inespressiva, povera gestualità ed isolamento affettivo, vi è stata poi una parziale remissione della sintomatologia, seppure rimangano ancora forti quote ansiose che controindicano le dimissioni. Il paziente è in cura psicofarmacologica, esegue colloqui individuali psicologici e terapie fisiorilassanti.

Il 10 luglio 2007 (doc. 31) il medico psichiatra interpellato dall'assicuratore si è pronunciato anche su questo rapporto e, preso atto dello stato di salute dell'assicurato al momento del suo ricovero, l'ha ritenuto giustificato così pure la concessione di indennità giornaliera, ma limitatamente al periodo di degenza.

Terminato il ricovero in Clinica, l'attore è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% dal suo psichiatra curante per il mese di ottobre 2007 (doc. 39), perciò l'assicuratore l'ha riconvocato presso la dr. med. **ZZZ** per una seconda visita medica avvenuta il 13 ottobre 2007. Nel suo rapporto del 18 seguente (doc. 43), la

specialista ha esposto la situazione attuale del paziente, l'anamnesi ed il decorso ripercorrendo i pareri dei colleghi che l'hanno preceduta, riferendo poi delle impressioni soggettive dell'assicurato sull'esito positivo del ricovero, siccome la depressione e l'ansia sarebbero migliorate discretamente. A causa di alcuni episodi di svenimento, l'interessato è stato visitato da un cardiologo e si sarebbe sottoposto ad una terapia specifica contro la tubercolosi. Soggettivamente, il paziente ha riferito la sensazione di testa confusa, svenimenti, astenia, facili sudorazioni notturne, ansia notturna, insonnia intermedia tanto da dormire solo 2-3 ore per notte a causa del continuo svegliarsi per tensione ed ansia che lo portano ad alzarsi e poi riaddormentarsi e nuovamente alzarsi; quando deve fare degli sforzi si sente subito stanco e si deve riposare, ha segnalato episodi lipotimici. Nella descrizione della sua giornata tipo, l'attore si dedica con piacere interamente alla famiglia, si sente ben sostenuto e capito dalla moglie. Non ha ancora una progetto chiaro per il futuro, pensa che non riuscirà più a trovare un posto di lavoro vista l'età e pensa che se troverà qualcosa si tratterà solo di qualche piccolezza. L'esperta ha diagnosticato una sindrome da disadattamento (ICD10 F43.22). La psichiatra ha poi esaminato clinicamente il paziente, concludendo ad una sintomatologia ansiosa sub depressiva di modica entità; i disturbi soggettivi riferiti dal paziente e l'esame clinico oggettivo hanno permesso di rilevare una sindrome di grado lieve. Pertanto, l'incapacità lavorativa al 100% dal profilo psichiatrico non risulta giustificata, essendo abile al 100% senza alcuna restrizione. È ad ogni modo importante stimolare l'assicurato a cercarsi una nuova attività per recuperare il proprio ruolo lavorativo, iniziando ad annunciarsi alla disoccupazione. Rispondendo alle domande sottopostele dall'assicuratore, la specialista ha precisato che i disturbi oggettivi consistono solo in una lieve deflessione timica, mentre non vi sono né disturbi ansiosi evidenti né disturbi cognitivi o psicotici. Inoltre, l'attuale malattia non giustifica più un'incapacità del 100% per soli problemi psichici tanto dal punto di vista soggettivo quanto oggettivo. Quindi, dal profilo psichiatrico il paziente non presenta alcuna patologia interferente sulla capacità lavorativa, può dunque esercitare qualsiasi attività lucrativa al 100% senza alcuna restrizione, possibilmente però evitando di rientrare presso l'attuale datore di lavoro che l'ha licenziato, poiché ciò potrebbe determinare un nuovo peggioramento del suo stato di salute. Infine, le cure messe in atto dallo psichiatra curante sono adatte al caso.

Il dr. med. **ZZZ**, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha conosciuto l'attore durante il soggiorno in Clinica dove la diagnosi fu di una sindrome mista ansioso-depressiva reattiva al licenziamento e dal 14 dicembre 2007 lo segue privatamente. Nel suo rapporto medico evolutivo dell'11 gennaio 2008 (doc. 53), il curante ha spiegato che il licenziamento del marzo 2007 è stato vissuto come ingiusto ed arbitrario, circostanza che ha portato l'assicurato a sviluppare una sindrome da disadattamento con reazione ansiosa depressiva, che progressivamente si è incesitata creando una modificazione del suo comportamento e delle sue capacità relazionali, sociali e lavorative. Dal profilo soggettivo, il paziente presenta degli importanti disturbi del sonno, profondi e continui stati d'angoscia e paura che possa succedere qualcosa a lui e/o alla sua famiglia, le sue capacità cognitive sono ridotte con riduzione della concentrazione, dell'attenzione, della vigilanza e della memoria; spesso a casa si irrita ed ha delle crisi di agitazione psicomotorie diurne con eteroaggressività. Pertanto, la sua incapacità lavorativa è del 100% e vale per un periodo di tempo prolungato.

Anche su questo referto l'assicuratore ha chiesto il parere della psichiatra a cui ha fatto già diverse volte capo, la quale il 24 gennaio 2008 (doc. 55) ha concluso che quanto riferito dal collega non aggiunge nulla di nuovo dal punto di vista né del decorso né dello stato oggettivo del paziente rispetto a quanto la psichiatra aveva già definito nel suo rapporto del 18 ottobre 2007. Allora, non avendo ravvisato dal profilo oggettivo i disturbi di tipo cognitivi riferiti dal paziente, l'aveva dichiarato abile al lavoro al 100%. Il suo parere odierno conferma questo risultato.

A richiesta dell'attore (doc. 57), egli è stato sottoposto ad un altro esame medico da parte di un nuovo esperto, scelto sempre dall'assicuratore, ma in questo caso quest'ultimo gli ha dato la possibilità di sottoporre al nuovo psichiatra ulteriori quesiti (doc. 60). Il dr. med. **ZZZ**, FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo avere esaminato l'intera documentazione medica allestita dai summenzionati colleghi, il 26 febbraio 2008 ha visitato l'assicurato. Nel suo referto del 4 marzo 2008 (doc. 62), il medico ha esposto la situazione attuale riassumendo i pareri dei colleghi che hanno esaminato l'attore ed elencando poi i dati soggettivi, dove quest'ultimo ha lamentato ancora degli stati di nervosismo e insonnia, di violenza verbale in casa, di alzarsi di notte, di avere dei momenti di panico, di avere difficoltà a stare con la gente e di essere preoccupato per il suo futuro; tuttavia, ha dichiarato che sarebbe disposto ad andare subito a lavorare se

qualcuno gli offrisse un lavoro qualsiasi come operaio o manovale. Soggettivamente, l'insonnia è migliorata, così pure lo stato di ansia; egli si sente più tranquillo anche durante il giorno. Riferito dell'anamnesi sociale e dell'esame clinico, l'esperto ha posto la diagnosi di lieve sintomatologia ansiosa-depressiva. Nella sua valutazione, lo psichiatra ha osservato che non esistevano dei sintomi psicopatologici di rilevanza clinica che in qualche modo potevano interferire sulla capacità lavorativa e sul funzionamento sociale dell'assicurato, valutato anche che il senso di abbattimento e di preoccupazione riscontrato durante l'esame clinico poteva essere inquadrato a livello diagnostico in una sintomatologia ansiosa-depressiva lieve, corrispondente a modalità reattive adeguate, ma non attribuibile ad un'evoluzione psichica patologica. Pertanto, lo specialista ha ritenuto ragionevolmente proponibile ed esigibile la ripresa completa di un'attività lavorativa, come quella precedentemente svolta, in misura completa, al più tardi dal 3 marzo 2008. Inoltre, una ripresa lavorativa era indicata pure dal profilo terapeutico al posto della somministrazione di farmaci. Anch'egli, infine, ha valutato controindicato, per motivi medico-psichiatrici, tornare a lavorare nel periodo di disdetta presso l'attuale datore di lavoro.

Il rapporto del 10 aprile 2008 (doc. A2) del dr. med. **ZZZ** è identico al precedente dell'11 gennaio 2008. Egli l'ha completato soltanto specificando che dal lato psichico l'attore è andato incontro ad un'evoluzione della sindrome da disadattamento in una sindrome depressiva persistente con un sonnambulismo, quindi la sua incapacità lavorativa è del 100% e per un periodo di tempo indeterminato.

Nel referto del 14 luglio 2008 (doc. B) lo stesso psichiatra ha evidenziato che l'attore soffre di una marcata sindrome depressiva persistente con un disturbo non organico del ritmo sonno-veglia. Ha precisato che nel marzo (*recte*: febbraio) 2008 l'assicurato ha inoltrato domanda per una rendita AI e che continuano le crisi lipotimiche, i disturbi del ritmo sonno-veglia con fenomeni di sonnambulismo ed amnesie. L'interessato si sente fortemente inutile, si isola socialmente ed ha sviluppato un'irritabilità ed un'intolleranza a tutti i rumori ed allo stress, spesso è confuso. Questa situazione ha creato forte stress in famiglia, portando pure la moglie ad essere caduta in una crisi depressiva che necessita di trattamento psichiatrico. Per l'attore è stato quindi previsto un ricovero in una clinica psichiatrica e, nell'insieme, egli è quindi inabile al lavoro in maniera completa e continuativa.

5. Quanto 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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 I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003).

Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10), 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'AI 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; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

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

6. Questo Tribunale, dopo attento esame degli atti, ritenute le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti dr. med. **ZZZ** nei referti del 20 aprile 2007, 14 giugno 2007, 10 luglio 2007, 18 ottobre 2007 e 24 gennaio 2008 e dr. med. **ZZZ** nel parere del 4 marzo 2008, entrambi medici psichiatri interpellati dall'assicuratore, le certificazioni del generalista curante dr. med. **ZZZ**, le considerazioni del 22 maggio 2007 dello psichiatra curante dr. med. **ZZZ**, come pure le annotazioni dell'11 gennaio, del 10 aprile e del 14 luglio 2008 del collega dr. med. **ZZZ** anch'egli medico curante, fa proprie le conclusioni formulate dal dr. med. **ZZZ** nella determinazione della capacità lavorativa dell'assicurato dal 1° marzo 2008 in poi.

Nell'analisi specifica dei singoli rapporti medici, d'avviso del TCA, il medico curante internista ha unicamente certificato mensilmente l'incapacità lavorativa dell'attore. Solo in un'occasione ha menzionato i sintomi soggettivi di forte insonnia e di grande difficoltà nel prefigurarsi il futuro.

Il primo psichiatra curante, a cui l'assicurato è stato inviato dal suo medico FMH in medicina interna, ha redatto un breve rapporto in cui si è limitato ad esporre la diagnosi ed i rimedi messi in atto (colloqui e psicofarmaci) per aiutare l'attore. Egli ha poi osservato in due occasioni che quest'ultimo è inabile al lavoro al 100% e che quindi non può essere inserito professionalmente in un altro ambito lavorativo.

Quanto ai tre rapporti medici presentati dal dr. med. **ZZZ** che ha conosciuto l'interessato durante il suo soggiorno alla Clinica **ZZZ** e che, alla sua uscita, è poi diventato il suo psichiatra curante, va innanzitutto osservato che i primi due sono identici. Rispetto al primo, il secondo precisa soltanto la diagnosi che si è evoluta sull'arco di un anno, passando da sindrome da disadattamento con reazione ansiosa e depressiva in sindrome depressiva persistente con un sonnambulismo. In secondo luogo, contenutisticamente questi tre referti espongono solo le conseguenze di questa sindrome dal profilo soggettivo. Non v'è però un esame approfondito del soggetto. Inoltre, il terzo attestato riporta in sostanza la medesima diagnosi e gli stessi disturbi di insonnia, sonnambulismo, amnesie, crisi lipotimiche, confusione e tensione familiare già evidenziati nei suoi precedenti certificati. Nuovi appaiono l'intolleranza a tutti i rumori e allo stress.

I numerosi pareri allestiti dalla dr. med. **ZZZ**, interpellata appositamente dall'assicuratore malattia, sono invece molto dettagliati, chiari e completi, poiché espongono minuziosamente la situazione attuale, l'anamnesi, i disturbi soggettivi attuali, l'esito dell'esame clinico, la diagnosi, la valutazione del medico ed il procedere, come pure l'eventuale necessità di ulteriori cure e se vi sono misure terapeutiche o diagnostiche che possono aumentare la capacità lavorativa dell'attore. Questi elementi di valutazione sono in particolare contenuti nei lunghi rapporti relativi alla prima (doc. 9) ed alla seconda (doc. 43) visita personale dell'assicurato. Gli altri referti sono stati emessi, sempre a richiesta dell'assicuratore, a titolo di parere su *ogni* certificato medico rilasciato da un curante. Diligentemente, infatti, **A** sottoponeva per esame alla specialista che ha scelto di consultare per questa fattispecie, tutti i rapporti medici che terzi redigevano sull'interessato, affinché si confrontasse con essi.

Da ultimo in ordine di tempo, sulla questione si è pronunciato il dr. med. **ZZZ**, anch'egli chiamato in causa dall'assicuratore e, pertanto, non qualificabile come perito neutro malgrado sia stata data la possibilità all'attore di sottoporre dei quesiti allo specialista nell'ambito della sua valutazione psichiatrica. Comunque, anche questo referto medico è completo e descrive in modo circostanziato la situazione attuale, i dati soggettivi, l'anamnesi sociale dell'interessato, l'esame clinico, la diagnosi e, infine, espone la propria valutazione conclusiva riguardante l'esigibilità dell'esercizio di un'attività lucrativa. Nel suo esame lo specialista si è basato su tutti gli atti clinici allestiti dai colleghi e nelle sue conclusioni ha esposto un quadro piuttosto positivo delle condizioni di salute dell'interessato, il quale ammette che v'è stato un lieve miglioramento sintomatologico, soprattutto per quanto concerne gli stati di ansia e l'insonnia. Pertanto, anche a livello diagnostico la sintomatologia ansiosa-depressiva è diventata lieve, siccome l'esame clinico ha portato lo psichiatra a non evidenziare dei sintomi psicopatologici di rilevanza clinica che possano interferire sulla sua capacità lavorativa, considerando quindi ragionevolmente proponibile ed esigibile, oltre che auspicata, la ripresa completa di un'attività lucrativa a breve termine.

Il TCA osserva inoltre che nessuno fra i medici curanti ha contestato compiutamente tanto le valutazioni della dr. med. **ZZZ** quanto quelle del dr. med. **ZZZ**. Gli specialisti a cui l'attore si è rivolto si sono infatti limitati ad esporre la diagnosi, indicare i

disturbi soggettivi ed attestare l'inabilità lavorativa totale. In particolare, a proposito dell'ultimo esame psichiatrico a cui l'interessato si è sottoposto, il suo medico curante, dr. med. **ZZZ**, anziché confrontarsi con lo stesso, ha semplicemente redatto un nuovo (breve) rapporto tuttavia identico al precedente di quattro mesi prima. Anche il suo terzo ed ultimo certificato menziona unicamente i disturbi soggettivi dell'attore già sostanzialmente evidenziati negli altri due referti medici.

L'evocata persistenza di una sindrome depressiva che impedisce all'interessato di svolgere *qualsiasi* attività lucrativa non è stata giustificata a mano di dettagliata documentazione medica e/o descrizioni di esami clinici effettuati.

Quanto alle diagnosi formulate dai medici intervenuti su invito dell'assicuratore, le stesse sono essenzialmente simili, non vi sono infatti particolari discrepanze.

A questo proposito, va osservato che in occasione della seconda visita personale dell'attore, la psichiatra dr. med. **ZZZ** ha in effetti osservato come la sintomatologia ansiosa sub depressiva fosse di modica entità e che i disturbi soggettivi riferiti dal paziente e l'esame clinico oggettivo permettevano di rilevare una sindrome di grado *lieve*.

Anche il dr. med. **ZZZ** ha riconosciuto l'esistenza di una sintomatologia ansiosa-depressiva nell'attore, ma l'ha valutata come *lieve* e, soprattutto, di nessun impedimento della capacità lavorativa dell'interessato. Anzi, la ripresa di un lavoro sarebbe auspicata anche dal punto di vista terapeutico.

Di medesimo parere è stata a più riprese la dr. med. **ZZZ**, la quale aveva concluso i suoi rapporti evidenziando che prima l'interessato intraprendeva un'attività lucrativa, meglio era per sé stesso e quindi gli suggeriva di annunciarsi alla disoccupazione per invogliarlo a rientrare nel mondo del lavoro.

A proposito della psichiatra interpellata dall'assicuratore, il TCA osserva ancora, per esempio, che, alla luce della valutazione data dal capo clinica riguardo allo stato di salute dell'attore al momento dell'entrata alla Clinica **ZZZ**, la stessa era concorde con il ricovero, quindi non ha sempre giudicato l'interessato abile al lavoro nella misura del 100%.

Ora, secondo il TCA, le conclusioni a cui è giunto lo psichiatra dr. med. **ZZZ** non si discostano nel complesso da quelle dedotte dalla collega che ha avuto modo di pronunciarsi sulla questione in ben cinque occasioni e, fatto salvo il citato episodio della degenza in Clinica, la stessa ha sempre affermato che l'attore

godeva di una piena capacità lavorativa, giudicando che l'affezione che lo colpiva non lo impediva comunque, dal profilo psichiatrico, di esercitare un'attività lucrativa.

Oltre ad essere particolarmente descrittivi, non va dimenticato che due rapporti (su cinque) della psichiatra - peraltro i più completi - sono stati redatti dopo avere personalmente visitato l'assicurato e non solo dopo l'esame di meri atti medici.

Tutto ben considerato, quindi, da un punto di vista psichiatrico vanno confermate le dettagliate, chiare e complete conclusioni del secondo medico consultato dall'assicuratore, che sono soprattutto sostenute da un attento esame personale dello stato di salute dell'interessato.

Non va poi dimenticato che la valutazione del dr. med. **ZZZ** si avvicina più di tutte, in ordine di tempo, a stabilire le condizioni di salute dell'attore al momento in cui l'assicuratore malattia ha interrotto il versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno.

Richiamata dunque la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le argomentazioni dello specialista in psichiatria che ha sia incontrato personalmente l'assicurato il 26 febbraio 2008, sia preso visione di tutti i precedenti atti dei medici interpellati dall'attore e dall'assicuratore. Le conclusioni di questo esperto possono quindi essere definite chiare, complete ed attendibili e, soprattutto, non sufficientemente contrastate dai pareri dei medici di parte né prima dell'emanazione della comunicazione del 4 marzo 2008 né, soprattutto, a seguito della stessa con l'introduzione della petizione.

Pertanto, il risultato a cui è giunto il medico consultato da A va condiviso nella misura in cui ha valutato che la ripresa completa di un'attività lavorativa dell'attore, come quella precedentemente svolta, al 100%, era esigibile al più tardi dal 3 marzo 2008, mentre fino ad allora l'incapacità lavorativa era nulla.

7. Stabilito quindi che l'attore è abile al lavoro nella misura del 100% dal 3 marzo 2008, viene a cadere l'esame della censura del termine di adattamento professionale da concedere all'interessato prima che l'assicuratore possa interrompere il versamento di prestazioni, indipendentemente dall'(in)esistenza di un valido contratto di lavoro.

In effetti, essendo pienamente abile al lavoro, non si pone più la questione del reinserimento professionale dal punto di vista assicurativo. Semmai, dato che l'attore è idoneo al collocamento potrà intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione.

In queste circostanze, è a buon diritto che l'assicuratore ha interrotto il versamento di indennità giornaliera per malattia a favore dell'attore. Tuttavia, quest'ultimo ha diritto al riconoscimento delle prestazioni per perdita di guadagno non solo fino al 29 febbraio 2008, bensì fino al 2 marzo 2008 compreso.

8. Nella commisurazione del valore di causa, in concreto esso è rappresentato dalla pretesa di versamento di indennità giornaliera formulata dall'attore, che tuttavia non è stata quantificata come tale.

Essa va ciononostante posta in relazione alla richiesta di continuare a ricevere le prestazioni assicurative per ancora 3-5 mesi nelle vesti del termine di adattamento professionale.

Il valore litigioso va pertanto stabilito in al massimo Fr. 18'420.- (Fr. 122,80 al giorno x 30 giorni x 5 mesi).

Pur se minimamente vincente in causa e rappresentato da un patronato, all'attore non vengono attribuite ripetibili alla luce dell'entità della ragione qui ottenuta a fronte delle pretese formulate.

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 **parzialmente accolta**.

§ L'assicuratore malattia verserà all'attore le prestazioni di legge fino al 2 marzo 2008 compreso.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non vengono attribuite ripetibili.

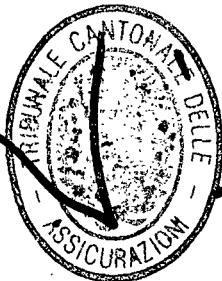
3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). 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.

Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi. Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

INTIMAZIONE

7 OTT. 2008

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI