

Incarto n.
36.2009.135

Lugano
5 luglio 2010

IR/lb

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 3 luglio 2009 di

XXX

contro

ÖKK Cassa malati, 7742 Poschiavo
rappr. da: avv. Mattia Guerra, 6982 Agno

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. **XXX**, 1977, cittadina italiana al beneficio di un permesso quale frontaliera, ha esercitato attività lavorativa presso la _____ di _____ in qualità di operaia. La datrice di lavoro ha assicurato i propri collaboratori contro la perdita di guadagno presso la ÖKK di Poschiavo per una durata di prestazioni di 730 giorni con una copertura completa e versamento dell'80% del salario assicurato previo termine d'attesa di 30 giorni.

1.2. Il 25 novembre 2008, sulla scorta di un certificato medico della generalista italiana curante dott. _____, **XXX** ha annunciato la sua inabilità lavorativa al datore di lavoro per una sindrome ansioso depressiva con indicazione di un periodo di 30 giorni di assenza dal lavoro (doc. 25 e 26). Dal canto suo _____ ha annunciato il caso all'assicuratore ÖKK (doc. 24) che ha sottoposto il caso al dott. _____, suo fiduciario, specialista FMH in medicina generale, il quale ha considerato giustificata (doc. 22, certificato 22.12.2008) un'assenza dal lavoro sino al 31 gennaio 2009.

Il 24 dicembre 2009 la curante dott. _____ ha giustificato - come previsto dal dott. _____ - ulteriori 40 giorni di assenza dal lavoro. La causa della sindrome ansioso-depressiva è stata individuata dalla curante nel parto.

Nuovamente interpellato per maggiori dettagli il dott. _____ ha redatto, il 9 gennaio 2009, un rapporto medico all'attenzione dell'assicuratore in cui ha evidenziato come **XXX** sia "*vigile, orientata..., collaborante e disponibile al dialogo...non emergono alterazioni del contenuto e/o forma e del pensiero nè fenomeni dispercettivi*". Rilevando un tono dell'umore deflesso, una certa ansia per la gestione della figlia (a quel momento di 4 mesi) ed un certo pessimismo, il dott. _____ ha considerato come, al momento della sua visita, non vi fossero segni per un episodio depressivo e tanto meno per una sindrome ansioso depressiva post partum. Il medico fiduciario ha quindi confermato la piena abilità dal 1° febbraio 2009 (doc. 20). Comunicazione nel medesimo senso è stata data all'assicurata che, a sua volta, ha prodotto, il 3 febbraio 2009 (doc. 19), nuovo certificato medico della sua curante di segno diametralmente opposto.

1.3. Sulla scorta di manoscritto dell'11.02.2008 della psicologa curante dott. _____ di _____ (doc. 17), la signora **XXX** ha confermato la sua patologia e l'effettuazione di "*un trattamento psicoterapico finalizzato alla comprensione e alla soluzione delle problematiche scatenanti*". L'inabilità dell'attrice è stata ribadita ulteriormente dalla curante dott. _____ il 5 marzo 2009 (ulteriori 30 giorni). Dagli atti emerge che **XXX** è rimasta nuovamente incinta con iniziale previsione della nascita del bambino per il 28 ottobre 2009 (doc. 13 pag. 3), Alex è nato il 20 ottobre 2009.

Il 3 aprile 2009, a seguito di una visita del precedente 24 marzo 2009, il dott. _____, così richiesto dall'assicuratore, ha eseguito una nuova valutazione della situazione evidenziando come "*La paziente si presenta ...con il bimbo [recte: bambina, _____]*"

nato il 21.08.2008...dichiara di non riprendere l'attività lavorativa perchè ha difficoltà nella gestione dei figli e...nuovamente in gravidanza". Il professionista (doc. 10 pag. 2) ha rilevato poi assenza di turbe del sonno, di segni di disturbo dell'umore e di somatizzazioni. Per il medico incaricato da ÖKK la signora _____ non presentava neppure alterazioni del pensiero nè fenomeni dispercettivi. Il dott. _____ ha quindi confermato la piena abilità lavorativa dell'assicurata.

A fronte delle valutazioni dell'incaricato dall'assicuratore **XXX** ha ulteriormente prodotto certificato medico (generico) della curante datato 6 aprile 2009 (doc. 9) di segno contrario e, ad ulteriore sostegno dell'invocata inabilità lavorativa conseguenza del suo stato di salute, ha trasmesso un rapporto medico 10 aprile 2009 (doc. 8) in cui il dott. _____ di _____ (Ospedale di _____), psichiatra (primo specialista ad avere visitato la signora **XXX** dall'inizio della malattia), rileva *"sintomi ascrivibili alla serie ansiosa e depressiva che hanno determinato una profonda sofferenza soggettiva legata ai sensi di colpa per le difficoltà di accudimento della figlia appena nata"* con evidenza di elementi stressanti (malattia del padre, difficili rapporti con la madre, problemi lavorativi). Quo allo stato al momento della visita il dott. _____ osserva come **XXX** *"si presenta alla visita lucida, ben orientata nei parametri spazio-temporali" (...)* *"Non si apprezzano sintomi a carico della sfera cognitiva e non si rilevano segni e sintomi della serie psicotica" (...)* *"Il tono dell'umore appare slivellato in senso depressivo e l'ideazione è centrata su tematiche di incapacità, di inadeguatezza e di colpa. Il livello dell'ansia libera appare scarsamente contenuto e l'ansia si esacerba spesso in crisi acute sul modello dell'attacco di panico con sintomi neurovegetativi e somatizzazioni. Il sonno è molto disturbato e residua quotidianamente una profonda astenia diurna. Sono presenti inoltre vivaci sentimenti di rabbia nei confronti dell'ambiente lavorativo"*. Il professionista evidenzia quindi un *"Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti"* in via di possibile cronicizzazione con la conseguente confermata inabilità lavorativa.

- 1.4. Alla luce della situazione segnalata e dei rapporti medici dei dott. _____ e _____, contrastanti, ÖKK ha chiesto allo psichiatra dott. _____ di visitare la signora **XXX** e valutarne la capacità lavorativa. La visita è avvenuta il 9 aprile 2009 ossia 2 giorni dopo quella del dott. _____ e prima che il rapporto dello psichiatra varesino giungesse a conoscenza dell'assicuratore e del suo medico di fiducia. Il 18 aprile 2009 (doc. 7) il dott.

_____ - dopo avere valutato la situazione esistente, il decorso, i dati soggettivi, l'anamnesi medica e quella sociale nonché dopo avere svolto un esame clinico - ha posto la diagnosi di "*Disturbo da disadattamento con lieve sintomatologia ansiosa-depressiva*". Dopo discussione degli elementi valutati e dei vari aspetti della situazione valetudinaria di **XXX** lo psichiatra ha ritenuto "*sia dal punto di vista personale che sociale, sarebbe teoricamente esigibile, da un punto di vista medico-psichiatrico, la ripresa di un'attività lavorativa come quella precedentemente svolta, a partire dal 01.06.2009*". Questo tempo dovrebbe risultare sufficiente per attivare eventuali sostegni, come quelli previsti da parte della suocera." Dal canto suo la curante ha indicato (il 12 maggio 2009 - doc. 4) come necessari ancora 40 giorni di riposo (nel solco della valutazione del dott. _____).

- 1.5. ÖKK ha quindi comunicato all'assicurata la cessazione delle sue prestazioni per il caso di malattia con effetto al 31 maggio 2009.

Con petizione del 3 luglio 2009, inoltrata con il patrocinio del **ZZZ**, **XXX** ha chiesto la condanna dell'assicuratore a pagare indennità oltre al 31 maggio 2009. Per l'attrice la diagnosi del dott. _____ e le sue conclusioni debbono essere seguite. La signora **XXX** ha postulato comunque l'erezione di una perizia giudiziaria (doc. I) qualora il Tribunale ritenesse insormontabile la divergenza tra gli psichiatri interpellati.

Nella risposta di causa del 5 agosto 2009 ÖKK ha rinviato alla valutazione del dott. _____ ed alle sue chiare conclusioni ribadendo l'esigibilità di una attività lavorativa come quella precedentemente svolta a partire dal 1 giugno 2009. L'assicuratore ha chiesto la reiezione della petizione (doc. V).

- 1.6. Alla luce degli atti prodotti e della necessità di approfondire il tema della patologia sofferta dall'attrice e delle sue conseguenze sul piano lavorativo il giudice delegato (doc. VII del 10 agosto 2009) ha posto allo psichiatra interpellato dall'attrice, dott. _____ di _____ - tramite il patrocinatore -, le seguenti domande:

"(...)

- a) Lei ha visitato la signora **XXX** il 07.04.2009. A seguito di quella visita ha redatto una relazione psichiatrica il 09.04 successivo.

1. Aveva già visto la signora **XXX** prima del 07.04.2009?
2. Era già in Sua cura?
3. L'ha vista ed avuta in Sua cura dopo tale data?

4. Quali documenti ha avuto a sua disposizione per la visita 07.04.2009 rispettivamente per la redazione del suo rapporto 09.04.2009?
 5. La psicologa dott. _____ (_____, Psichiatria I) nella sua relazione clinica 11 febbraio 2009 ha posto la diagnosi di “Sindrome ansiosa depressiva ICD 10 F41.2” con la specifica “crisi d’ansia e d’angoscia”. Lei, che opera in seno alla medesima Fondazione ma a Psichiatria II (che risulta connessa all’Università dell’_____, facoltà di medicina), ha diagnosticato un “Disturbo dell’adattamento con ansia ed umore depresso misti (F43.22 secondo il DSM-IV-TR)”. Può spiegare eventuali differenze tra le due diagnosi? Può precisare le diverse modalità di presa a carico delle stesse?
- b)** Risulta che la signora **XXX** – per la patologia segnalata dalla dott. _____, sua curante medicina generale – sia inabile al lavoro dal 25 novembre 2008 (doc. 25 annesso in fotocopia).
1. Può precisare quale terapia medicamentosa (se prescritta) è stata consigliata da un medico psichiatra (ev. chi?)?
 2. Può specificare quale psicoterapia è stata posta in atto da un medico psichiatra (ev. chi?)?
 3. La signora **XXX** è stata presa a carico unicamente dalla psicologa dott. _____?
- c)** Alla luce della patologia riscontrata, del momento in cui ha avuto inizio l’inabilità lavorativa, attestata dalla curante dott. _____, delle sue osservazioni e del fatto che l’assicuratore ha riconosciuto l’incapacità lavorativa sino al 01.06.2009, le chiedo:
1. se dopo tale data (ossia dal 02.06.2009) la signora **XXX** poteva essere considerata abile all’attività lavorativa usuale?
 2. se la signora **XXX**, dal 02.06.2009, fosse capace, lavorativamente, in altre professioni o attività, eventualmente in che misura.
- d)** Annetto alla presente una copia del rapporto allestito dal dott. _____ conseguente alla visita 09.04.2009 ed a mano dell’incartamento a disposizione dell’assicurazione.
1. Le chiedo di volersi esprimere in merito alla diagnosi (pag. 5), sull’esame clinico condotto (pag. 4) e sulle conclusioni e valutazioni del medico incaricato dall’assicuratore [con presa di posizione specifiche e separate].

2. Le chiedo se condivide le conclusioni relative all'epoca della ripresa lavorativa.
- e) Le chiedo se la patologia che lei ha ammesso nel suo rapporto 10.04.2009 [Disturbo dell'adattamento con ansia e Umore depresso misti] è insorta dopo la nascita della figlia dell'assicurata, ossia il 21.08.2008 (ossia quasi 1 anno fa) o se sia insorta – a suo avviso – successivamente (al più tardi alla diagnosi della dott. _____, doc. 25 annesso).
 - f) Le chiedo se sia usuale curare patologie come quella da lei diagnosticata, unicamente con psicoterapia svolta dalla psicologa o se – normalmente – vengano prescritti medicinali (ev. quali e con quali usuali dosaggi)
 - g) Le chiedo perché (prima della nuova gravidanza della signora **XXX**) non siano stati prescritti medicinali e non sia stata eseguita una "visita specialistica psichiatrica onde valutare l'opportunità di instaurare una terapia psicofarmacologica". (doc. VII)

Il professionista ha fatto pervenire la sua presa di posizione unicamente il 25 ottobre 2009 segnalando l'esecuzione di sole due sue visite, il 7 aprile ed il 16 giugno 2009 (e quindi assenza di un rapporto terapeutico da quella data), evidenziando poi come *"La diagnosi di Disturbo dell'Adattamento prevede che l'evoluzione del disturbo possa essere veramente favorevole solo al recedere del fattore stressante: certamente esiste quindi un'indicazione a proseguire un trattamento psicoterapico e, (...) anche una specifica indicazione a una terapia psicofarmacologica (...) se non fosse intervenuta una nuova gravidanza a rendere tale terapia controindicata"* precisando poi che *"la Sig.ra **XXX** è stata in trattamento psicoterapico con la Dr.ssa _____, psicologa del servizio psichiatrico pubblico della zona di residenza, in quanto le disponibilità economiche della stessa non le hanno consentito di intraprendere una psicoterapia con specialista privato..."*. Quo alle valutazioni del dott. _____ il dott. _____ concorda con la valutazione diagnostica ma ritiene che le condizioni personali e sociali giustifichino il protrarsi dell'inabilità lavorativa oltre il 1° giugno 2009.

Dal canto suo l'assicuratore, chiamato a prendere posizione in merito, ha comunicato, il 10 novembre 2009, che il dott. _____ *"ha rilevato come il certificato medico... 12 ottobre 2009 non contiene nuovi elementi atti a invalidare le considerazioni del suo rapporto"* (doc. XV).

- 1.7. Il giudice delegato del TCA ha trasmesso al patrocinatore dell'attrice la presa di posizione dell'assicuratore ed ha chiesto alle parti di volere quantificare gli importi percepiti giornalmente dalla signora **XXX** rispettivamente il numero di indennità giornaliere percepite (scritto 11 novembre 2009, doc. XVI). ÖKK ha specificato l'avvenuto versamento di indennità dal 25 novembre 2008 al 31 maggio 2009 per complessivi CHF 11'253,35 (indennità fissate a CHF 88,80 sino a fine 2008 e dal 1 gennaio 2009 a CHF 89,04). Dal canto suo il patrocinatore dell'assicurata ha segnalato l'effettivo percepimento di 189 indennità ed il diritto ad ulteriori 541 giorni (se date le premesse contrattuali).
- 1.8. Il 23 novembre 2009 il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, ritenuta la necessità di allestire una perizia psichiatrica, ha designato a perito il dott. _____, psichiatra FMH, di _____ al quale ha posto i seguenti quesiti:

"(...)

1. Indichi il perito, dopo avere esperito i necessari esami ed accertamenti (ev. tramite gli psicologi di sua scelta), di quale patologia psichiatrica (eventualmente) soffre **XXX** specificando possibilmente da quando.
2. Specifici il perito se condivide la valutazione espressa dal Dott. _____ rispettivamente dal Dr. _____ (a tale fine vengono trasmessi al perito i doc. XIII/bis: valutazione Dr. _____ 12.10.2009; doc. VII: quesiti TCA al Dr. _____ del 10.08.2009; doc. A3: certificati medici della curante dott. _____; doc. A4: valutazione Dott. _____ 10.04.2009; doc. A6: valutazione Dott. _____ 24.06.2009; doc. 20: valutazione Dr. _____ 09.01.2009; doc. 17: relazione clinica psicologa _____; doc. 10: valutazione Dr. _____ 03.04.2009; doc. 7: valutazione Dr. _____ 18.04.2009) che ritengono l'esistenza di:

Dr. _____: "Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti (F43.22 secondo il DSM-IV-TR)" che segnala il rischio di cronicizzazione
e
Dr. _____: "Disturbo da disadattamento con lieve sintomatologia ansiosa depressiva" (il Dr. _____ fa pure riferimento alla catalogazione F43.22; la sottolineatura è del redattore).
3. Specifici il perito se la patologia da lui riscontrata giustifica una inabilità lavorativa della signora **XXX**, eventualmente sino a quando (ritenuto che la signora **XXX** è inabile dal 25 novembre 2008 e l'assicuratore ha riconosciuto prestazioni sino al 31.05.2009).
4. Qualora il perito ritenga la signora **XXX** ancora inabile al lavoro, specifici per cortesia se questa inabilità è generale o si riferisce all'attività svolta per _____ di _____. Precisi inoltre se altra

eventualmente diversa attività lavorativa (quale?) svolta in altro ambiente potrebbe essere esercitata dall'assicurata (ev. in che misura?).

5. Eventuali osservazioni. (...)” (doc. XX)

Al perito sono stati trasmessi gli atti formanti l'incarto completo del Tribunale. Lo specialista ha convocato presso il suo studio la signora **XXX**. Il 10 marzo 2010 il giudice delegato ha chiesto al perito di far conoscere i tempi ancora necessari per la redazione del suo rapporto (doc. XXIII) ed il 2 aprile 2010 il dott. _____ ha fatto pervenire al TCA le sue valutazioni (doc. XXIV) che **ZZZ**, per l'attrice, ha pienamente condiviso (doc. XXVI) mentre ÖKK, tramite il patrocinatore e dopo avere interpellato il dott. _____, ha contestato. L'assicuratore ha prodotto, con suo scritto 6 maggio 2010 (doc. XXIX), una dettagliata presa di posizione del dott. _____ che contesta la perizia giudiziaria (doc. XXIX bis del 4 maggio 2010). Alla luce delle puntuali contestazioni dello psichiatra incaricato dall'assicuratore il giudice delegato ha ulteriormente interpellato il perito giudiziario con scritto 10 maggio 2010 (doc. XXX). Il dott. _____, con valutazione del 19 maggio 2010 (pervenuta il 25 maggio successivo), ha puntualmente preso posizione sulle contestazioni confermando in toto la sua perizia (doc. XXXI). Tramite il patrocinatore dell'assicuratore al dott. _____ è stata concessa la possibilità di controbattere allo scritto del collega, ciò che egli ha fatto il 1° giugno 2010 ed all'attrice è stata concessa la possibilità di ulteriormente esprimersi in merito, ciò che ha fatto l'8 giugno 2010 (doc. XXXVII).

in diritto

2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale, la LCAMal all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà, per analogia, la Legge di procedura per le cause davanti al TCA (Lptca).

In concreto si tratta di prestazioni per inabilità lavorativa dipendenti da contratto retto dalla LCA. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha quindi competenza giurisdizionale.

- 2.2. Nel caso di specie l'attrice è assicurata per il tramite del datore di lavoro contro la perdita di salario per il caso di malattia presso ÖKK. Come indicato nelle considerazioni di fatto il contratto prevede il versamento dell'80% del salario, dopo un termine d'attesa di 30 giorni, durante 730 giorni al massimo. L'art. 8.1.1. della CGA che reggono il contratto (edizione 2007) ritengono malattia ogni limitazione alla salute psichica o fisica che non sia la conseguenza di un infortunio, che richiede controllo o trattamento e che provoca una incapacità lavorativa. In caso di incapacità lavorativa parziale le prestazioni vengono corrisposte proporzionalmente al grado di capacità (art. 8.5.: almeno 25%). Le prestazioni vengono versate, se data la premessa di una malattia inabilitante, una volta decorso il termine d'attesa (CGA 8.4.) e quali giorni d'attesa si considerano quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.
Le CGA prevedono anche prestazioni in caso di parto per complessivi 112 giorni. (8.4.5.)
- 2.3. Alla luce della specificità dei fatti sottoposti a giudizio il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni deve esaminare se **XXX** abbia diritto ad ulteriori prestazioni per inabilità lavorativa successivamente al 1° giugno 2009, e quindi se, a tale data, perduri la sua inabilità lavorativa.
Nell'esame del TCA non vengono considerati eventuali diritti della signora **XXX** conseguenti alla sua seconda gravidanza (2009). La questione non è litigiosa tra le parti.
- 2.4. Come rilevato nelle considerazioni che precedono la curante dell'assicurata, dott. _____, generalista con studio in provincia di _____, ha considerato **XXX** inabile al lavoro dal 25 novembre 2008 per una sindrome ansioso depressiva. In numerosi certificati medici, successivi al primo steso, è stata aggiunta la specifica "*post-partum*" quale causale della sindrome.

Solo nel corso del mese di dicembre 2008 (doc. 17) una psicologa, _____, ha preso a carico la paziente a _____. Come evidenziano gli atti le visite dalla psicologa sono avvenute a scadenza mensile (doc. 7 pag. 6). La psicologa _____, come il dott. _____, psichiatra, sono entrambi dipendenti e collaboratori delle strutture pubbliche italiane. Come desumibile dalla carta intestata usata, che richiama l'Ospedale di _____, il dott. _____ fa riferimento alla Facoltà di medicina dell'Università dell'_____. La psicologa _____ fa più specificatamente capo alla struttura luinese "Ospedale _____". Dagli atti si deduce come, nonostante la natura psichiatrica della patologia diagnosticata dalla generalista curante, una struttura Ospedaliera importante quale la _____ dell'Università dell'_____ cui la paziente si è rivolta, struttura all'interno della quale esiste una Clinica psichiatrica ("*Psichiatria I*"), ha ritenuto sufficienti visite mensili (e non invece con maggiore frequenza) svolte da una psicologa e non invece da uno/una medico psichiatra, in assenza poi di cura medicamentosa adeguata apparentemente necessaria.

Se ne deve conseguentemente dedurre che il caso della signora **XXX** non è stato inizialmente adeguatamente affrontato. Non appare credibile che, a fronte di una patologia indicata come seria e che ha provocato una inabilità lavorativa prolungata (con sofferenza per la paziente ed implicazioni economiche per l'assicuratore), la signora avesse solo la scelta tra una psicologa del servizio pubblico (che l'ha vista 1 volta al mese e quindi molto raramente) e psichiatri attivi privatamente come paventato dal dott. _____ al TCA nello scritto 12/23 ottobre 2009 doc. XIII/bis. Sia come sia qui va unicamente ritenuto che non vi è stata una presa a carico psichiatrica specialistica mediante cure farmacologiche (doc. XIII/bis in medio) ciò che ha verosimilmente sfavorito la cura e non ha concorso ad abbreviare la malattia.

- 2.5. L'assicuratore ha chiesto, come evidenziato nelle considerazioni di fatto, una valutazione specialistica al dott. _____ il quale ha ritenuto – in sostanza non diversamente rispetto allo psichiatra italiano dott. _____ - un "*disturbo da disadattamento con lieve sintomatologia ansioso-depressiva*" che ha ricondotto al "*sovraccarico emotivo*" ed alla mancanza di "*aiuto esterno nell'accudimento della bambina*" pur potendo contare sul "*valido sostegno del compagno, padre di un figlio 13enne che si è trasferito recentemente da loro*". Questi eventi hanno creato - come rammenta il dott. _____ - delle "*tensioni all'interno del nucleo familiare*" (doc. 7).

Il dott. _____ ha evidenziato quindi, nel suo rapporto dettagliato e completo del 18 aprile 2009, l'aspetto della tensione sociale quale elemento da cui è scaturito il disturbo, le spurie visite della psicologa certamente non rispondenti al bisogno e quale (se possibile) sostitutivo di cura farmacologica, ed il sussistere di uno stato ansioso depressivo lieve. Lo psichiatra incaricato dall'assicuratore ha ritenuto l'assenza di assunzione di medicinali per la gravidanza "*non cercata*" ma che "*è intenzionata a portare a termine*" concorde il compagno e, non diversamente dal curante, ha evidenziato disturbi del sonno con stati d'agitazione "*ma anche...momenti in cui l'assicurata dichiara di stare piuttosto bene.*" Stabilita l'assenza di una depressione post partum e l'assenza di comorbidità psichiatriche di particolare rilevanza il professionista ha considerato la "*scarsa*" volontà di riprendere il lavoro poichè "*vorrebbe dedicarsi al ruolo di madre*". Lo specialista ha quindi ritenuto esigibile la ripresa dell'attività lavorativa dopo 6 mesi dall'inizio della patologia. Dal canto suo il dott. _____ ha segnalato, nel certificato 10 aprile 2009, un rischio di cronicizzazione del disturbo d'adattamento diagnosticato in costanza dei fattori stressanti (doc. 8) evidenziando comunque che il venir meno degli stessi - che dipendono esclusivamente da fattori sociali o da scelte di vita (l'accudimento personale della prole, la volontà di svolgere il ruolo di madre, l'accoglienza in casa del figlio tredicenne del compagno) - influirebbe positivamente sull'evoluzione della patologia. Lo psichiatra italiano valuta come opportuna la presa a carico della psicologa, senza comunque evidenziare l'insufficienza di 1 visita mensile, circostanza che invece scaturisce dal rapporto del dott. _____.

Il dott. _____ concorda su molti aspetti della sua valutazione con il dott. _____, la sua opinione divergendo unicamente quò alla ripresa della capacità lavorativa. Per il medico italiano, vista la persistenza dei sintomi in occasione delle sue visite, sussisterebbe una inabilità lavorativa oltre il 1° giugno 2009.

- 2.6. Alla luce delle divergenze in essere tra gli psichiatri coinvolti dalle parti, divergenze che il rapporto 12 ottobre 2009 (doc. XIII/bis) chiesto nelle more della procedura al dott. _____, tramite l'attrice, non ha appianato, il giudice delegato ha ordinato, il 23 novembre 2009, l'allestimento di una perizia psichiatrica al dott. _____, psichiatra FMH a _____ (doc. XX). Al perito è stata chiesta la sua diagnosi, con invito a volere datare l'inizio della patologia, ed una valutazione dei rapporti del

dott. _____ e _____ rispettivamente del dott. _____ e della curante _____, acquisiti agli atti. Il dott. _____ è stato invitato a chiarire se una inabilità lavorativa della signora **XXX** esistesse al momento della perizia ed eventualmente sino a quando.

Il 2 aprile 2010 il professionista ha rassegnato il rapporto (doc. XXIV) redatto dopo lo svolgimento di tre colloqui con la peritanda, un colloquio con il compagno di vita dell'attrice e l'esame degli atti acquisiti.

Il dott. _____ ha esposto l'anamnesi familiare, descrivendo un contesto non favorevole, con difficoltà di rapporti tra i genitori e con i genitori da parte della signora **XXX** e l'assenza o quasi di un rapporto di confidenza. Per quanto attiene all'anamnesi remota il perito espone assenza di patologie significative, fatta salva un'epatite B asintomatica, ed osserva come **XXX** sia nata in _____ ed allevata nei primi anni di vita dalla nonna e da una zia materna visto che i genitori risiedevano in _____ per lavoro. Successivamente l'attrice ha seguito la famiglia a _____ dove il padre si era trasferito per lavorare a migliori condizioni. Dopo le scuole dell'obbligo in _____ il rientro in _____, in provincia di _____, con il completamento della scolarità obbligatoria e la frequenza di un corso professionale di estetista. Diplomatasi nel 1999 **XXX** si è trasferita in Ticino, a _____, per collaborare quale cameriera in un esercizio pubblico. In Ticino una prima convivenza con un compagno non ha funzionato, successivamente ha conosciuto l'attuale compagno di vita con il quale ha iniziato una convivenza nel 2007 in _____. Nel corso del medesimo anno l'attrice ha iniziato la sua collaborazione con _____ di _____ lavorando sino alla fine del 2007 quando è rimasta a casa per la sua prima gravidanza. Il 21 agosto 2008 è nata la figlia _____. Dopo il primo parto, come evidenzia il perito, **XXX** *"avrebbe sofferto di crisi di pianto, di agitazione, di paure ... si sarebbe sentita più fragile"*. Nel gennaio 2009 l'attrice è rimasta incinta del secondogenito Alex nato il 20 ottobre 2009, la gravidanza *"sarebbe stata vissuta male ... inattesa. ... Sarebbe stata arrabbiata (ma) avrebbe accettato la situazione pur vivendola con molte difficoltà psicologiche ma ... senza problemi fisici"*.

Nella valutazione dello status il perito rileva buone condizioni generali della peritanda con uno stato di coscienza indisturbato e *"forse un'ombra di ipervigilanza che segnala un'aumentata tensione endopsichica. L'orientamento spazio-temporale, situativi e autopsichici é conservato"*. Il dott. _____ evidenzia

difficoltà di rievocazione mnemonica e funzioni cognitive nella norma, mimica e gestualità vengono definiti "vivaci" con tono della voce "vitale" e l'eloquio scorrevole con pensiero indisturbato, unicamente l'affettività appare dominata da una nota ansiosa controllata con sforzo. Per quanto attiene ai disturbi presenti al momento dell'allestimento della perizia l'esperto evoca quanto gli riferisce la paziente ossia la presenza di crisi di pianto (2-3 volte al giorno, ma non ogni giorno) a insorgenza repentina, senza apparente ragione, della durata di mezz'ora, crisi che sarebbero iniziate con il parto della prima figlia. A seguito di queste crisi l'attrice si sarebbe recata nelle strutture pubbliche italiane con presa a carico considerata dalla stessa signora **XXX** come insufficiente. L'attrice ha indicato al dott. _____ che dal settembre 2009 "a queste crisi si è associata una nuova sintomatologia ... nella fase dell'addormentamento avvertirebbe formicolii e <pizzicotti> al corpo ... (ed) ... avvertirebbe la presenza di <un gruppo di persone che prega>. Inizialmente si sarebbe trattato di una percezione acustica, ora invece anche ottica e avrebbe l'impressione che l'anima esca dal corpo ... (e) ... avrebbe avvertito il peso sul proprio sterno" di una donna che "l'avrebbe presa per il collo e lei si sarebbe sentita soffocare". Queste crisi ("allucinazioni", perizia pagina 5 in medio) hanno influenza sul ciclo del sonno di **XXX** e l'umore sarebbe sempre "a terra". Secondo la descrizione dell'attrice stessa essa sarebbe fragile, irascibile, preoccupata per le condizioni economiche, timorosa e pessimista.

Il perito, dopo avere riassunto nel suo esposto sia il colloquio intervenuto con il convivente della signora **XXX** che gli atti giudiziari acquisiti, presenta una sua sintesi e valutazione (da pagina 10 del doc. XXIV) in cui rileva come il quadro clinico insorto a seguito della prima gravidanza si sia complicato, e così si esprime:

"(...)
Questo quadro clinico, che potrebbe apparire reattivo a particolari circostanze (gravidanza, sovraccarico nella nuova situazione familiare) ed è stato perciò, comprensibilmente, inquadrato dal Dr. _____ e dagli psichiatri Dottori _____ e _____ quale "sindrome da disattamento", ha in realtà, a mio avviso, origini ben più remote.
(...)
Se anche la sua anamnesi familiare non fa stato di patologie psichiatriche importanti o sicuramente ereditarie, è incontestabile che la biografia presenti elementi meritevoli, in un'ottica peritale, di attenzione (...) è sicuramente ravvisabile un primo elemento di una possibile futura fragilità nella struttura di personalità.
(...)"

...le relazioni intrafamigliari problematiche, con una madre diventata troppo presto sposa e madre, occupata a turni e quindi spesso assente da casa anche la notte, sostituita di giorno, quand'era al lavoro, da un'estranea e un padre definito come "problematico", giocatore d'azzardo, poco preoccupato della famiglia e dei figli.
(...)

...la separazione e il divorzio dei genitori e le loro successive scelte di partner (in entrambi i casi problematiche) così come le situazioni famigliari dei fratelli, in particolare _____, (e la prima scelta di partner della peritanda stessa) fanno pensare a un modello di relazioni famigliari privo di direttive chiare.

Con il nuovo compagno, la peritanda sembra iniziare un capitolo più promettente della propria esistenza e rimane incinta desiderando la gravidanza. I disturbi fisiologici di cui soffre, di per sé comuni e non allarmanti, vengono probabilmente a indebolire una struttura già fragile ma che, fino a quel momento, aveva retto bene. La situazione psicologica comincia a deteriorarsi tanto che dopo il parto compare un quadro clinico (che verosimilmente la peritanda ha tentato di dissimulare il più possibile) descritto appunto come "sindrome da disadattamento".

Nei mesi successivi, e sino ad oggi, questo quadro clinico è evoluto sfavorevolmente.

(...)

La sintomatologia accumula, a segnali d'ansia, sintomi di attacco di panico (anche se il quadro clinico conclamato non è, per quanto a nostra conoscenza, ancora apparso), ritiro sociale, agorafobia, umore depresso, irritabilità, sensazioni di insufficienza, incapacità e colpa. Questa sindrome - cui si associano le paralisi da sonno - si protrae ormai da circa due anni (è molto difficile fissare con precisione una data d'inizio del disturbo), ma è insorta su un "terreno predisponente" formatosi molto prima. A mio avviso, la diagnosi di "sindrome da disadattamento" è perciò da inquadrare in un preesistente problema subclinico, di cui viene a costituire un'evoluzione.

(...)

I vissuti depressivi sono tenuti in secondo piano rispetto a quelli ansiosi, poiché questi sono probabilmente, nella fase attuale, più tormentosi, più presenti e immediati. Tuttavia, i sensi di insufficienza, di impotenza e di pessimismo sono percettibili ed anche ammessi, cosicché dobbiamo riconoscere la compartecipazione di elementi ansiosi e di elementi depressivi e formulare la diagnosi di Sindrome mista ansioso-depressiva, nella quale vi sono anche segnali di attacco di panico (incompleto) e di agorafobia.

Le parasonnie (paralisi nel sonno) con le caratteristiche allucinazioni acustiche e, in un secondo tempo, anche visive, ancorché benigne, fanno pensare ad una certa disposizione della peritanda a vissuti allucinatori, non di ordine psicotico (non ho rilevato alcun indizio in tal senso) ma piuttosto di ordine "dissociativo" (nel senso di un "disturbo dissociativo" affine a amnesie, fughe dissociative ecc.). Si tratta di disturbi più frequenti in persone traumatizzate nell'infanzia e provenienti da culture come quella di origine della peritanda - così almeno risulta dalla mia esperienza.

L'evoluzione, per quanto sinora si è potuto constatare, non appare favorevole, come d'altronde il Dr. _____ già aveva ipotizzato nella sua relazione del 10.04.2009. Misure terapeutiche intense, di ordine psicoterapeutico e di ordine farmacologico, sarebbero indispensabili, poiché, allo stato attuale delle cose, nulla ancora è irreversibilmente

compromesso e l'età e la condizione famigliare della peritanda imporrebbero di impegnarsi a fondo per bloccare l'evoluzione infausta. (...)" (doc. XXIV pag. 10-11)

In risposta ai quesiti posti il dott. _____ ha quindi posto la diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva (ICD – 10 F41.2) medio grave, cui si aggiungono elementi della sindrome da attacchi di panico con agorafobia e parasonnia (F51.8). Per il perito la patologia riscontrata giustifica *“attualmente un’inabilità lavorativa completa ... e ciò a tempo indeterminato ... vi è ... il rischio di una cronicizzazione, alla quale bisogna opporsi con adeguate e tempestive misure terapeutiche ... non ... (ancora) ...poste in atto”*. Per il perito l'inabilità lavorativa è completa, vale cioè sia riferita alla precedente attività di operaia svolta presso _____ che per ogni attività lavorativa.

- 2.7. Come evocato nelle considerazioni di fatto l'assicuratore ha chiesto al proprio medico psichiatra fiduciario dott. _____ una presa di posizione sul referto peritale. Lo specialista ha formulato aspra critica al collega. Egli osserva anzitutto, quo allo status, come non venga descritto alcun segno deponente per una sintomatologia ansioso-depressiva grave, in particolare non si sarebbe in presenza di una spinta vitale ridotta (rallentamento psicomotorio, apatia, abulia, evocazione di idee o progetti autolesivi, difficoltà dell'attenzione, della concentrazione) o segni di disturbo della personalità rispettivamente altre comorbidità psichiche di rilevanza clinica (doc. XXIX pag. 2 in fine). Quo alle lamentele soggettive il dott. _____ osserva come *“la descrizione dei sintomi è vaga e confusa. Emerge essenzialmente un disagio legato al sovraccarico per il suo ruolo di madre e a generici problemi socio-esistenziali”*. Il professionista esamina il lungo e ponderato lavoro del dott. _____ passando in rassegna gli argomenti trattati e contesta il rilievo del divorzio dei genitori della peritanda avvenuto quando la stessa era ormai donna (24 anni), ciò pur avendo il perito evidenziato, nelle sue lunghe considerazioni, gli aspetti relativi alle difficoltà della coppia, all'assenza di comunicazione, al ruolo di madre e moglie ragazzina della madre e di quello di genitore irresponsabile del padre. Per il dott. _____ **XXX** soffrirebbe solo di difficoltà psicosociali che non *“hanno origini remote”* ma legate ad eventi stressanti quali il fatto di diventare genitore. Lo psichiatra incaricato dall'assicuratore contesta quindi la diagnosi posta dal collega ribadendo come *“i disturbi psichici della sig.ra **XXX** siano stati scatenati da un elemento stressante chiaramente identificabile legato non alla gravidanza di per sé, ma piuttosto ad un cambiamento specifico di una fase di*

*sviluppo, come quella di divenire genitore, in associazione ad altri elementi citati nel mio rapporto peritale, come la necessità di accudire il padre (problema che nel frattempo si è risolto), il soggettivo sovraccarico e la mancanza di aiuto nella cura dei figli (a quanto pare promesso e poi procrastinato) da parte dei suoceri e della cognata". Il dott. _____ nega che le condizioni psicosociali descritte costituiscano degli elementi stressanti straordinari o particolarmente traumatici. Non sarebbero inoltre ravvisabili nei processi di migrazione dei fallimenti a livello di integrazione o difficoltà di adattamento maggiori. Lo psichiatra incaricato dall'assicuratore ritiene in conclusione che la diagnosi formulata in precedenza di sindrome da disadattamento sia maggiormente corretta e la capacità lavorativa dell'assicurata sia data a fronte di un esigibile sforzo di volontà da parte di **XXX** pur se confrontata con il sovraccarico psicologico per i cambiamenti dovuti alla maternità. Per il dott. _____ il disturbo dell'adattamento di tipo "ansioso-depressivo ... può limitare per un periodo circoscritto la resistenza per quanto riguarda il compimento e il tempo dedicato al lavoro. Secondo l'esperienza clinica e secondo le indicazioni contenute nel Manuale diagnostico ICD 10 una sindrome da disadattamento supera raramente i 6 mesi". Citando dottrina medica lo psichiatra richiama i cosiddetti vantaggi secondari nel disturbo d'adattamento, ossia la liberazione del soggetto normale dalle proprie responsabilità e le ricompense date dall'attenzione e dall'empatia del terapeuta che "possono diventare ricompense in sé, rafforzando perciò i sintomi". Per l'estensore la diagnosi di un disturbo psichiatrico non "giustifica ... una diminuzione della capacità lavorativa ... il disturbo psichico deve essere quantificato e si tratta poi di valutare le conseguenze sociali come pure le prospettive evolutive a lungo termine dell'esigibilità. In caso di disturbo psichico la sintomatologia psichiatrica deve essere tanto più marcata quanto i fattori psicosociali e socioculturali sono importanti ... (ed occorre allora) ... rendere plausibile e descrivere esattamente in che modo i disturbi psichici si ripercuotono sulla capacità e sul funzionamento lavorativo in rapporto ad una determinata attività". Sempre d'avviso del dott. _____ la perizia non evidenzerebbe i limiti funzionali e le conseguenze sulla capacità di rendimento. Il medico analizza poi ulteriori aspetti (ossia l'assenza di indicazioni riabilitative ad esempio) criticando la perizia per non averli esaminati pur non essendo stati richiesti. In conclusione l'esperto ribadisce il contenuto della sua valutazione del 18 aprile 2009.*

2.8. Invitato ad esprimersi sulle critiche a lui mosse dal collega incaricato dall'assicuratore il perito ha preso posizione il 19 maggio 2010 (doc. XXXI) indicando lo strabismo delle valutazioni del fiduciario della cassa il cui rapporto dà *"l'impressione (di essere) a tesi, finalizzato a confermare ... le conclusioni cui era pervenuto nella ... precedente valutazione"*, frutto di una lettura a stralci. Il dott. _____ si esprime poi sul metodo usato per la redazione dei referti peritali, con attenzione all'esame clinico oggettivo ("status") sempre più – a torto secondo lui – *"parametro principe per valutare la capacità di lavoro"*, criterio che però non tiene adeguatamente conto – d'avviso del perito – dell'intera persona, ma soltanto dei sintomi presentati in un determinato momento, quello della visita peritale. Per tale motivo il dott. _____ rileva di tenerne conto *"attentamente, senza però farne criterio quasi esclusivo di valutazione. Allo <status> ... deve accostarsi, con adeguata <dignità>, la raccolta dei dati anamnestici e anche la comunicazione soggettiva dei disturbi"*. Nel merito delle osservazioni del collega interpellato dall'assicuratore il perito ribadisce il sussistere, e sufficiente descrizione da parte sua, della presenza di ansia e depressione nella paziente ancorché non esplicitamente nominata nello "status". Il perito osserva poi come il fiduciario riassume troppo frettolosamente i *"disturbi attuali"* della paziente omettendo parte di quanto da lui descritto, in particolare i sintomi depressivi ed ansiosi. Il dott. _____ conferma poi le indicate *"origini ben più remote"* del disagio della peritanda che il dott. _____ *"sembra non capire"* rilevando (ed appare qui opportuno riprendere i passaggi nella loro interezza):

"(...)

Mi sembrava (e mi scuso davvero se questo non è stato il caso) di avere esposto in modo piuttosto particolareggiato le problematiche biografiche che, a mio avviso, possono aver costituito un terreno fragile e predisponente.

(...)

Potremmo osservare che in pazienti provenienti dall'emigrazione disturbi psichici, psicosomatici, invalidità, malattie croniche sono più frequenti che in soggetti cresciuti nella cultura d'origine, non separati dai genitori ecc. Il fatto di essere affidati ai nonni è un **XXX** necessario ad una situazione difficile, la quale fortunatamente non in tutti i casi si rivela patogena ma non per questo è necessariamente insignificante o innocua.

(...)

Citando la separazione e il divorzio dei genitori non ho inteso, d'altronde, asserire che questo sia stato un fattore "traumatico" rilevante; ho inteso piuttosto segnalare come l'assetto familiare, già prima della separazione, fosse fragile e non abbia probabilmente assicurato alla peritanda un "holding" (per citare Winnicott anch'io) sufficientemente rassicurante.

Va da sé che un "holding" o, come direbbe un cognitivista, "pattern di attaccamento" foriero di disturbi nell'età adulta non necessariamente si traduce in sintomi rilevabili in uno "status" constatato in un dato momento e in una data situazione. Non per questo esso è irrilevante.

(...)

Il Dr. _____ cita poi, in "Valutazione e conclusione", il fatto che, secondo ICD-10, una sindrome da disadattamento supera raramente i 6 mesi. E' questo uno dei vari motivi che mi induce a ritenere che, anche se vi è una relazione cronologica e probabilmente causale tra gravidanza e comparsa dei sintomi, non siamo ora (più) in presenza di una sindrome da disadattamento bensì, come da me diagnosticato, di una sindrome mista ansioso-depressiva, complicata da agorafobia con sindrome da attacchi di panico e associata a parasonnia.

In queste condizioni, come ho cercato di spiegare nel mio referto, escludo che la signora **XXX** possa essere considerata abile al lavoro. Contesto che un'eventuale attenzione terapeutica possa costituire un tornaconto secondario tale da cronicizzare la patologia e la cura, ma questa osservazione diventa priva di significato se si pon mente al fatto che, per motivi economici, una terapia, comunque, non viene praticata.

(...)

...la perizia mi sembra descrivere esaurientemente uno stato di grave limitazione a tutte le attività (tant'è vero che la peritanda non è nemmeno più in grado di uscire di casa da sola ed è il compagno, signor Rocca, a dover fare la spesa). (...)" (doc. XXXI pag. 2-3-4)

Con scritto 1/4 giugno 2010 il dott. _____, su invito del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni tramite l'assicuratore, ha duplicato (doc. 30) alla replica del perito ribadendo l'importanza dello "status" (circostanza questa comunque non smentita dal dott. _____ ma semplicemente relativizzata e debitamente contestualizzata), e ribadendo correttezza del metodo da lui adottato (e comunque non smentito dal perito). Il dott. _____ ribadisce, nel merito, che le origini remote dei disturbi evidenziate dal perito giudiziario sarebbero "*troppo speculative e generiche*" ed in conclusione della sua duplica ritiene:

"(...)

Una condizione depressiva e ansiosa si riscontra spesso in situazioni sociali stressanti. Questi sintomi possono essere espressione di un adattamento non ottimale della persona alla situazione e non indicano necessariamente un disturbo psichico. Le situazioni di infelicità e di scontentezza fanno parte della vita e non sono patologiche. Le persone afflitte da questi disturbi restano normalmente in grado di esercitare un'attività lavorativa, purché sul posto di lavoro non siano necessarie particolari capacità creative o un aumento delle richieste relative alle funzioni cognitive. (...)" (doc. XXXV/30 pag. 4)

Per l'esperto la perizia non spiegherebbe poi la gravità della depressione che permette comunque a **XXX** di adempiere in modo soddisfacente il suo ruolo di madre.

Al perito non è più stata chiesta una presa di posizione sullo scritto doc. 30 alla luce delle argomentazioni contenute nello stesso e dei rilievi della perizia e del complemento informativo del dott. _____ (doc. XXXI).

- 2.9. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b).

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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189).

In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c).

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb).

Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, 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).

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).

Va ulteriormente rilevato che con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua

giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e che occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti).

Il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009 consid. 7.4).

- 2.10. Va evidenziato qui come, sia il dott. _____ che il dott. _____ che hanno visitato e valutato la signora **XXX** al di fuori della procedura giudiziaria, si sono trovati concordi nel ritenere – al momento delle loro certificazioni (aprile 2009) - la diagnosi di lieve disturbo dell'adattamento con ansia e umore deflesso ma con parere diametralmente diverso quo alla capacità lavorativa. Essi hanno ricondotto le cause della malattia ai fattori sociali stressanti più sopra ricapitolati.

Come esposto dettagliatamente nelle considerazioni che precedono in sede giudiziaria il giudice delegato ha trasmesso al perito dott. _____ l'incarico con la richiesta, in primis, di volere accertare compiutamente la patologia di cui è affetta **XXX**. Il perito, contrariamente alla critiche successivamente mossegli dal fiduciario della cassa, ha svolto un lavoro di accertamento meticoloso, puntuale, preciso e dettagliato. Egli ha raccolto una minuziosa anamnesi familiare dalla quale emergono elementi che depongono certamente per la costituzione di un terreno fragile e predisponente (per utilizzare le parole del perito doc. XXXI pag 2) che ha fatto da sostrato alla patologia da lui diagnosticata. In questo ambito specifico egli ha evidenziato i continui sradicamenti dalla realtà del profondo sud italiano al contesto tedesco del _____ in cui erano immersi (per ragioni lavorative) i genitori della peritanda, per poi passare al contesto della città di _____ con la scolarizzazione della signora **XXX**, ed il successivo passaggio all'Italia del nord. L'evidenza di una prima infanzia passata tra la nonna materna ed una zia chiamata dalla peritanda mamma. Sempre in questo

contesto il dott. _____ ha estremamente ben evidenziato il ruolo genitoriale di una madre giovane ed immatura con un'educazione estremamente restrittiva, sposa appena quindicenne, i cui rapporti con il marito, indifferente, arrogante e privo del necessario senso di responsabilità verso la famiglia (incapace di tenere un posto di lavoro), non sarebbero stati buoni (padre padrone, minaccioso), la madre avrebbe sopportato il padre in un legame che - nonostante i retaggi educativi [evocati dal perito] e l'assenza del coraggio di lasciare il coniuge – alla fine si è rotto anche giuridicamente. Il referto evidenzia pure i rapporti esistenti tra la stessa assicurata e la madre, caratterizzati da profonde divergenze, dalla pretesa immaturità della madre che non costituirebbe un appoggio. La situazione attuale dei genitori viene poi descritta come fonte di peggioramento dello stato di **XXX** poiché la stessa *“non riuscirebbe ad infischiansene”*. Il contesto delle origini ben più remote del disagio della peritanda è stato decisamente ben suffragato dal perito.

La diagnosi del dott. _____ è frutto di un'analisi attenta che correla tutti gli elementi raccolti, sia quelli riferibili alle “origini remote” (come gli psichiatri le hanno chiamate in corso d'istruttoria) sia alle osservazioni immediate, sia lo status. Il perito ha infatti evidenziato il sussistere, verosimilmente, di una relazione cronologica e probabilmente causale tra la gravidanza e la comparsa dei sintomi ma *“non siamo ora (più) in presenza di una sindrome di disadattamento bensì ... di una sindrome mista ansioso depressiva, complicata da agorafobia con sindrome da attacchi di panico e associata a parasonnia”* come evidenzia lo stesso dott. _____ (doc. XXXI pag. 3 in medio). Per giungere a tale conclusione il perito, come riportato in esteso nei passaggi precedenti (doc. XIV pag. 10), ha considerato gli elementi meritevoli di attenzione reperiti nell'anamnesi familiare (pur constatando l'assenza di patologie psichiatriche importanti o sicuramente ereditate), ha ritenuto un primo (futuro) elemento nella fragilità di struttura della personalità di **XXX** nelle relazioni intrafamigliari problematiche sfociate poi nella separazione e nel divorzio dei genitori e le particolari scelte di nuovi partner da parte degli stessi, la *“parentificazione”* della madre che fa pesare sulle spalle della figlia importanti aspettative e diviene così una *“terza figlia”* cui la signora **XXX** deve badare (doc. XIV pag 11 in medio). In questo contesto, rileva il perito, la sintomatologia accumula ai segnali d'ansia sintomi da attacco di panico, ritiro sociale, paura della piazza (agorafobia) ossia la paura degli spazi aperti, dei luoghi affollati e della eventuale difficoltà di

trovare una fuga immediata verso un luogo sicuro (di solito la propria abitazione). L'umore depresso, che non viene contraddetto – come evidenzia bene il dott. _____ nella sua replica alle pur puntuali osservazioni dello psichiatra fiduciario incaricato dall'assicuratore – dal fatto che il compagno di vita della peritanda la descriva come un'ottima madre ed un'ottima compagna, il senso di inadeguatezza, di incapacità e di colpa giustificano la diagnosi in uno con le allucinazioni e le conseguenti paralisi da sonno. Il complesso di sintomi perdura, secondo il perito, da un paio d'anni (pur essendo difficile una datazione precisa) e va ribadito come la sindrome mista ansioso depressiva ritenuta trova il suo sostrato in quel terreno predisponente ben descritto dal perito.

Contrariamente a quanto ritiene il dott. _____ il perito ha accertato, in ottica medica, ed ha saputo rendere nel suo referto, tutti gli elementi della patologia da lui diagnosticata. Gli aspetti depressivi sono stati tenuti da **XXX** in secondo piano rispetto a quelli ansiosi siccome quest'ultimi più *“tormentosi, più presenti e immediati”*. Il dott. _____ rileva come l'assicurata si controlli piuttosto bene, nei colloqui, e presenti buona facciata, resta però la diagnosi, per il sussistere di elementi ansiosi e di elementi depressivi, nella quale vi sono anche segnali di panico incompleto e di agorafobia con parasonnie con allucinazioni acustiche e, successivamente, visive ancorché benigne, non di natura psicotica ma d'ordine dissociativo.

La diagnosi non può essere revocata in dubbio dalle critiche mosse dal dott. _____ che, come rettamente evidenzia il perito in sede di replica, opera una critica fondata solo su parte degli elementi che il dott. _____ ha ritenuto in sede peritale, tralasciando tutta una serie di fatti e circostanze di sicuro rilievo.

Anche per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa dell'attrice le argomentazioni peritali sono convincenti. Le stesse trovano riscontro nelle osservazioni del dott. _____, nella natura della patologia, nel fatto che la stessa sia sulla via della cronicizzazione – ancorché sia ancora possibile intervenire per evitare che ciò accada -, negli aspetti di impotenza, di pessimismo, nell'agorafobia e nella parasonnia di cui soffre **XXX**. Questo insieme di elementi è tale da impedire oggettivamente lo svolgimento di un'attività lavorativa, specificatamente al di fuori delle mura domestiche, ciò che permette di comprendere la riserva del perito per una possibile attività di estetista tra le mura domestiche come **XXX** aveva fatto in un passato ormai remoto.

L'attrice infatti, appena terminata la formazione nel 1999 quale estetista, aveva lavorato per un po' in casa propria salvo poi cercare un posto quale cameriera in Ticino. Una remota possibilità di svolgimento di un'attività che **XXX** non svolge da una decina d'anni e che, se svolta in casa, comporterebbe certamente difficoltà per i bambini in tenera età e le esigenze del compagno e del di lui figlio, non va ulteriormente indagata ed approfondita siccome non verosimile. In questa sede va ritenuto come l'attrice non sia capace al lavoro in maniera completa successivamente al 31 maggio 2009 e sino a data che l'assicuratore vorrà accertare (comunque successiva alla data d'esecuzione della perizia del dott. _____). La signora **XXX** deve però porre in atto gli sforzi, non solo morali e fisici ma eventualmente anche finanziari, per ovviare alla patologia, per guarire o comunque ridurre gli effetti com'è suo dovere per ridurre il danno. L'attrice deve infatti sforzarsi affinché la sua patologia non divenga cronica come rammenta il perito nelle sue conclusioni.

- 2.11. Alla luce delle considerazioni che precedono questo Tribunale si allinea integralmente alle valutazioni peritali, disinteressate, scevre da contraddizioni, complete, esaustive, specifiche e dettagliate. Sulla scorta delle valutazioni peritali la petizione va accolta e l'assicuratore condannato al versamento di prestazioni assicurative come da contratto sino al miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata rispettivamente sino alla fine del periodo di indennizzazione se un miglioramento non intervenisse.

XXX potrebbe beneficiare ancora di 541 indennità giornaliere (doc. XIX) per un importo di CHF 89,04 al giorno (almeno allo stato della fine del diritto riconosciuto dall'assicuratore; doc. 29). Per tale motivo il valore di causa assomma ad oltre CHF 48'170. Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, sono pertanto dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile, nei termini e nei modi descritti nel dispositivo, al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza FINMA 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.

A **XXX**, rappresentata in questa sede, vanno riconosciute adeguate ripetibili.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è accolta nel senso delle considerazioni esposte.
 - 1.1. Di conseguenza la convenuta è condannata a versare all'attrice indennità successivamente al 31 maggio 2009 e sino alla cessazione del diritto rispettivamente sino a miglioramento dello stato di salute che imponga sospensione delle prestazioni assicurative.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La convenuta verserà all'attrice, e per essa all'organizzazione che la rappresenta, l'importo di CHF 1'800.00 a titolo di ripetibili (eventuale IVA inclusa).
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.
4. 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 presidente

Il segretario

Daniele Cattaneo

Gianluca Menghetti