

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2012.70

24 aprile 2013

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 luglio 2012 di

AT 1
rappr. da: RA 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto **in fatto**

- 1.1. AT 1, nato nel 1976, manager e titolare di una ditta individuale, dal 1° gennaio 2010 era assicurato per l'indennità giornaliera in caso di malattia ed infortunio per _____ presso CV 1. Il contratto prevedeva il riconoscimento di prestazioni al 100% per un massimo di 730 giorni dopo un periodo di attesa di 30 giorni per un salario assicurato di Fr. 84'000.- (docc. E e F).

1.2. A seguito di un incidente della circolazione avvenuto il 27 ottobre 2010, l'assicurato ha subito dei danni fisici che hanno cagionato un'inabilità lavorativa, le cui conseguenze economiche sono state prese a carico da CV 1 come suo assicuratore per perdita di guadagno.

Tenuto conto del termine d'attesa, dal 27 ottobre 2010 questo assicuratore ha riconosciuto all'assicurato l'importo di Fr. 230,10 per ogni giorno di incapacità lavorativa al 100% certificato dai suoi medici curanti e ciò fino al 31 agosto 2011 (doc. G). Tuttavia, le indennità giornaliere per i mesi di luglio ed agosto 2011 sono state corrisposte in via eccezionale e soltanto dopo uno scambio di corrispondenza fra le parti (docc. H, I ed L).

Per contro, la richiesta dell'assicurato di beneficiare di indennità giornaliera anche per il mese di settembre 2011 e fino a quando l'incapacità lavorativa fosse stata presente (docc. M, O e R) è stata respinta dall'assicuratore malattia (docc. N, P, Q), siccome, dopo avere fatto esperire una perizia presso il Centro peritale di _____, l'ha ritenuto pienamente abile al lavoro dall'inizio di quello stesso mese e ha così chiuso il caso di infortunio e non ha più versato indennità giornaliera (doc. T).

Il 16 novembre 2011 (doc. T) CV 1 ha però aperto un nuovo caso, questa volta per malattia, ed il 22 dicembre 2011 ha risottoposto l'assicurato, che si riteneva sempre inabile al lavoro al 100%, ad una perizia presso il Gutachterstelle di _____, perizia che ha necessitato di complementi peritali giacché l'assicuratore per perdita di guadagno non l'ha ritenuta sufficientemente chiara (docc. BB e DD).

1.3. Con petizione del 31 luglio 2012 (doc. I) AT 1, patrocinato dall'avv. RA 1, ha chiesto al Tribunale di condannare CV 1 a versargli le indennità giornaliere dal 1° settembre 2011 fino al 31 luglio 2012, oltre agli interessi di mora del 5%, ritenuta un'indennità di Fr. 230,10 al giorno per un'inabilità lavorativa del 100% fino al 31 marzo 2012, del 60% dal 1° aprile 2012 e del 50% dal 1° maggio 2012, nei limiti della somma assicurata (Fr. 84'000.-). Conformemente alle CGA (art. 15.6), dal 1° novembre 2011 e dal 1° febbraio 2012, malgrado il grado di inabilità lavorativa fosse dell'80% rispettivamente del 70%, l'assicurato ha chiesto indennità giornaliere piene.

A dire dell'attore, ritenuto che egli è stato inabile al lavoro non solo fino al 31 agosto 2011, ma anche dal 1° settembre 2011, ininterrottamente, è incomprensibile che parte convenuta abbia chiuso il caso al 31 agosto 2011 per i postumi dell'infortunio del 27 ottobre 2010 basandosi sul parere del suo medico aziendale (doc. T) - che però non è stato trasmesso all'assicurato - e abbia aperto un altro caso, ma per malattia, dal 1° settembre 2011. Peraltro, è in questa circostanza che l'assicuratore ha sì effettuato una perizia sul suo stato di salute il 22 dicembre 2011, ma anche di questa valutazione non v'è traccia, siccome il suo assicuratore malattia non l'ha mai trasmessa malgrado le numerose richieste in tal senso (doc. FF).

1.4. A domanda del giudice delegato (doc. VIII), il 30 agosto 2012 (doc. IX) l'assicuratore ha prodotto sia la perizia del 31 gennaio 2012

(doc. IX/3) allestita dal Centro peritale di _____ dopo la visita del 22 dicembre 2011, sia il complemento del 4 luglio 2012 (doc. IX/2), resosi necessario per incompletezza della perizia. Stante l'inabilità lavorativa stabilita dallo specialista del Gut _____ (Gutachterstelle _____) e le contraddizioni emerse con le perizie, CV 1 ha ritenuto indispensabile effettuare ulteriori verifiche mediche, dato che anche i pochi certificati agli atti dei medici curanti non fornivano sufficienti informazioni tali da giustificare un'inabilità lavorativa. Così, l'11 settembre 2012 (doc. XII), l'assicuratore malattia ha rivolto alla dr.ssa med. _____, curante dell'attore, una serie di domande sul suo stato di salute.

- 1.5. Ottenute due proroghe nell'attesa di ricevere la documentazione medica chiesta (docc. X e XIII), il 24 settembre 2012 (doc. XIV) CV 1 ha trasmesso al TCA la propria risposta alla petizione dell'attore, chiedendone la reiezione.

Parte convenuta ha riassunto i fatti a partire dall'incidente stradale - la cui esistenza l'assicuratore ha posto in dubbio in assenza di elementi probanti - a seguito del quale l'assicurato ha lamentato dolori al collo e tensioni alla muscolatura della schiena, come pure problemi di concentrazione, che l'hanno reso inabile al lavoro. La perizia pluridisciplinare del 31 agosto 2011, svolta il 30 giugno 2011, ha evidenziato sintomi di una leggera sindrome cervicale-lombovertebrale di tipo non specificabile, perciò dal 1° settembre 2011 l'assicuratore ha ritenuto l'interessato abile al 100%. A seguito dell'emergere di problemi psichici, l'assicuratore malattia ha sottoposto l'attore ad una perizia specialistica, eseguita il 22 dicembre 2011 e trascritta nel referto del 31 gennaio 2012 (doc. IX/3), che però, d'avviso di CV 1, presentava diverse incongruenze. La richiesta di complemento che ha fatto seguito il 21 marzo 2012 (doc. IX/4) è stata evasa soltanto il 4 luglio 2012 (doc. IX/2), ma anche tale valutazione non fornisce per l'assicuratore spiegazioni plausibili per il protrarsi dell'inabilità lavorativa dal 1° settembre 2011 in poi. Per tale motivo parte convenuta non ha più erogato prestazioni assicurative.

Pendente lite l'assicuratore ha predisposto delle nuove verifiche presso il medico curante dell'attore (doc. XII/1), ma non ha avuto il tempo per fare eseguire anche un accertamento specialistico. A seguito del primo referto peritale del 31 agosto 2011, è emerso che la leggera sindrome cervicale e lombovertebrale non impediva all'assicurato di svolgere attività lavorative, perciò l'assicuratore malattia ha ritenuto il caso infortunistico terminato a fine agosto 2011 considerando le prestazioni successive da ricondurre ad un nuovo caso con nuovo computo del periodo d'attesa. Secondo parte convenuta, i certificati dei medici curanti a lei prodotti attestano semplicemente l'inabilità lavorativa, mentre è soltanto il parere del 26 ottobre 2011 (doc. S) della dr.ssa med. _____ che specifica la presenza di una sindrome da disadattamento, con una ripresa lavorativa del 20% dal 1° novembre 2011. Nella sua risposta di causa CV 1 evidenzia che l'inabilità è stata riferita all'attività di corriere (*Kurierfahrer*), mentre l'attività assicurata contrattualmente dall'attore è quella di manager, perciò l'assicuratore si è domandato se il medico curante abbia considerato la corretta

attività per la valutazione dell'abilità lavorativa. Come indicato l'assicuratore ha chiesto quindi che l'assicurato si sottoponesse ad una nuova perizia presso il Gut _____, svolta il 22 dicembre 2011 (referto del 31 gennaio 2012), dalla quale non emergerebbe un quadro psicopatologico, né sintomi di depressione. Il senso di sopraffazione non sarebbe dovuto all'incidente del 2010 ed il quadro clinico non chiaro, essendoci un disturbo d'ansia con elementi legati alla situazione generale. Si tratterebbe piuttosto di una sindrome da disadattamento ed il perito ha quindi posto la sua diagnosi, concludendo per un'inabilità lavorativa, che l'assicuratore ha però contestato siccome contraddittoria. CV 1 ha chiesto al perito un complemento, giunto il 4 luglio 2012, che non aggiunge nulla di nuovo. La diagnosi di sindrome da disadattamento con sintomi dell'ansia indicata nel referto del 27 luglio 2012 della curante, che ha previsto una capacità lavorativa del 70% da agosto 2012, a dire dell'assicuratore sarebbe però riferita all'attività di autista. Il 21 settembre 2012 (doc. 62) il medico aziendale, dr.ssa med. _____, ha valutato l'intera questione e ha ritenuto difficile stabilire una diagnosi precisa dal 1° settembre 2011, dato che dalla valutazione del perito, ed anche del medico curante, non risultava alcun reperto psico-patologico, anzi, il quadro clinico era praticamente normale. L'assicuratore malattia ha fatto propria questa valutazione e ha concluso per la non affidabilità della perizia psichiatrica del prof. dr. med. _____ del 31 gennaio 2012. CV 1 ha considerato la valutazione illogica nelle sue conclusioni e non giustificata dalle rilevanze compiute sul paziente. Lo stesso vale per il complemento del 4 luglio 2012. In conclusione, considerando carenti gli elementi a supporto della lunga inabilità lavorativa dell'attore, le problematiche segnalate (paura, insonnia, preoccupazioni) non sono state considerate tali da far ritenere una malattia e da impedire per lungo tempo e in tali proporzioni una inabilità lavorativa come manager, non essendovi riscontri oggettivi. CV 1 ha considerato l'esistenza semmai, di problemi psico-sociali e non di una malattia giustificante l'erogazione di prestazioni assicurative. Pertanto, al 30 giugno 2011, momento determinante in seguito prorogato al 31 agosto 2011, CV 1 ha ritenuto giunte a conclusione le conseguenze infortunistiche. Dal 1° settembre 2011, il perdurare dell'inabilità non sarebbe da ricondurre a una malattia.

- 1.6. Il 4 ottobre 2012 (doc. XVI) l'attore ha fornito la documentazione inerente l'incidente automobilistico del 27 ottobre 2010 (doc. UU) e ha criticato la validità del rapporto della dr.ssa med. _____, essendo un medico generalista che non lo ha mai visitato. Inoltre parte attrice ha criticato l'assicuratore, che non solo non ritiene validi i rapporti dei medici curanti, ma neppure quelli dei periti da esso stesso nominati. In merito all'attività svolta, l'assicurato ha rilevato di avere informato il medico curante in cosa consisteva la sua attività (fra cui anche il fatto di viaggiare molto in automobile) e la curante ha stilato le sue valutazioni considerando l'attività di manager. Quanto alla critica che egli non sarebbe stato collaborativo non recandosi alle visite peritali, l'assicurato l'ha respinta, motivando la sua impossibilità a presenziare ai colloqui perché malato e osservando che l'assicuratore non gli avrebbe chiesto di giustificare

le assenze.

L'8 novembre 2012 (doc. XXI) l'assicuratore malattia ha preso posizione sul rapporto di polizia dell'incidente e ha prodotto una nuova valutazione della dr.ssa _____ (doc. 64), la quale ha confermato gli esiti peritali del 31 agosto 2011 e del 31 gennaio 2012, affermando e spiegando che la diagnosi relativa alla sfera psichica non era in nesso causale con l'incidente del 27 ottobre 2010 e che la diagnosi di sindrome da disadattamento posta dal dr. _____ e dalla curante non era data in specie, non essendo realizzati due elementi. Pertanto, il medico di fiducia non ha ritenuto possibile che un incidente automobilistico, nel quale l'assicurato non ha subito ferite, abbia potuto avere conseguenze sull'autostima del giovane attore, ritenuto che, prima di allora, egli vantava uno stato psichico normale. I riscontri oggettivi del perito e del curante differivano infatti dalle lamentele soggettive dell'interessato. L'assicuratore convenuto ha quindi negato l'assistenza di riscontri per una patologia indennizzabile. Infine, parte convenuta ha contestato l'affermazione secondo cui essa sarebbe rimasta silente sulle assenze dell'attore alle visite mediche peritali.

- 1.7. L'attore ha precisato alcune questioni e ha contestato il parere della dr.ssa med. _____, non ritenendo che la stessa abbia le necessarie competenze. Secondo l'assicurato, gli atti medici a disposizione sono sufficienti per determinare una diagnosi precisa e per giustificare un'inabilità lavorativa anche dal 1° settembre 2011. Egli ha poi prodotto dei nuovi referti allestiti dalle sue due dottoresse curanti (doc. XXV).

Nelle proprie osservazioni del 17 dicembre 2012 (doc. XXVII) l'assicuratore convenuto ha analizzato l'ultimo parere dei medici curanti (doc. AAA) fondandosi sull'opinione espressa dal medico aziendale il 10 dicembre 2012 (doc. XXVII/1), che ha ribadito l'inspiegabilità delle conseguenze prodottesi all'autostima del giovane attore a seguito di un banale incidente automobilistico, ritenuto il suo precedente normale stato psichico. L'assicuratore ha negato l'esistenza di un nesso causale con l'infortunio oltre il 31 agosto 2011.

- 1.8. Il 30 gennaio 2013 (doc. XXXI) l'attore ha ribadito le proprie tesi, contestando essenzialmente i pareri della dr.ssa _____, che non l'ha mai visitato personalmente e confermando la bontà delle prese di posizione della dr.ssa _____, che l'ha visto 39 volte e dei pareri della Klinik _____ di _____. L'interessato ha riassunto l'ultimo parere del 28 gennaio 2013 (doc. BBB) della dr.ssa _____ della Clinica _____ di _____, la quale ha confermato la propria diagnosi ("*Anpassungsstörung*") e ha ribadito che la diagnosi di disturbo della personalità ("*Persönlichkeitsstörung*") formulata di recente è spesso un motivo di incapacità lavorativa e può essere perfino un motivo per ottenere una rendita AI. Ne discende che anche dopo il 1° settembre 2011 l'attore era inabile al lavoro. Secondo l'assicuratore, che si è espresso il 22 febbraio 2013 (doc.

XXXV), il nuovo referto medico non avrebbe valore probatorio, dato che le opinioni delle curanti sono influenzate da considerazioni assicurative e tentano di ricostruire, a posteriori, una situazione che in precedenza non è stata però documentata. Parte convenuta ha ribadito alcuni punti contestando la presa di posizione dell'assicurato ed in particolare che, soltanto al termine dell'incapacità lavorativa, la diagnosi sia di disturbo della personalità (F61.0), mentre in precedenza la diagnosi posta dalle curanti è sempre stata di stato dopo incidente automobilistico con sindrome cervicale e sindrome da disadattamento con ansia e reazione depressiva mista (ICD-10:F43.22). A suo dire, non si è dunque in presenza di una problematica psichica di entità tale da insorgere a malattia e giustificare un'inabilità lavorativa dal 1° settembre 2011.

L'attore ha infine confermato, nel suo scritto del 4 marzo 2013 (doc. XXXVII), il contenuto delle sue precedenti osservazioni, aggiungendo che nessuna diagnosi ad hoc è stata ricostruita a posteriori dai suoi medici curanti e che non v'è stata nessuna contraddizione.

considerato

in diritto

in ordine

2.1. Va innanzitutto esaminata la competenza *ratione loci* del TCA, posta in dubbio, comunque senza sostrato probatorio, dall'assicuratore malattia.

Per CV 1 l'effettivo domicilio dell'attore non sarebbe in Ticino e, quindi, la competenza per territorio del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni non sarebbe data. Secondo parte convenuta (doc. XIV), egli soggiornerebbe in un altro Cantone, unitamente alla moglie ed alla figlia, dove avrebbe quindi costituito un nuovo domicilio.

D'avviso dell'attore, invece, l'eccezione sollevata da controparte sarebbe infondata, siccome il certificato di domicilio rilasciato il 14 giugno 2012 (doc. A) dal Comune di _____ toglierebbe ogni dubbio (docc. I, XXV, XXIX), così pure il fatto che le CGA stesse prevedono anche il foro del luogo di lavoro, che in concreto è sempre _____ (doc. XVI).

In effetti, l'art. 23 delle Condizioni Generali d'Assicurazione, edizione 05.2007, dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia _____ prevede che in caso di controversia legale, il contraente l'assicurazione o la persona assicurata possono promuovere un'azione legale contro la CV 1 a _____, nel luogo di domicilio svizzero o nel luogo di lavoro in Svizzera.

Dal certificato di domicilio del 14 giugno 2012 (doc. A) agli atti e dal registro del movimento della popolazione consultato dal TCA, emerge che dal 1° giugno 2009 a tutt'oggi l'attore, proveniente da _____, è domiciliato ad _____ in _____, insieme alla mamma, al papà ed alla sorella.

A quello stesso indirizzo, il 26 gennaio 2010 l'attore ha trasferito la

sede della propria ditta individuale (doc. D).

In queste circostanze, anche qualora vi fossero dei dubbi sul reale domicilio dell'attore, ritenuto che le visite mediche eseguite a seguito dell'incidente della circolazione del 27 ottobre 2010 sono avvenute tutte nei pressi del suo domicilio precedente e che a _____ abita la sua famiglia, non va dimenticato che l'art. 23 CGA permette agli assicurati di promuovere azione contro CV 1 anche nel luogo di lavoro della persona assicurata; in concreto, _____.

Ne discende, dunque, che questo Tribunale è competente per entrare nel merito delle richieste di AT 1.

nel merito

2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'attore abbia diritto ad indennità giornaliera successivamente al 31 agosto 2011.

2.3. Per quanto concerne l'indennità perdita di guadagno, va innanzitutto rilevato, come emerge da una sentenza del TF del 26 settembre 2007 (4A_53/2007), che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. ADRIAN VON KAENEL, Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeld-versicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 109-131, in particolare pagg. 111-115). La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. ADRIAN VON KAENEL, op. cit., pag. 116 seg.).

Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (HANS-RUDOLF MÜLLER, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 19-45, in particolare pag. 20).

Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628).

L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza cfr. ADRIAN VON KAENEL, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (GABRIEL AUBERT, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO).

La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali).

- 2.4. Nella fattispecie, come ha ben rilevato l'assicuratore convenuto, fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia per _____, edizione 05.2007 (doc. B), come previsto dalla polizza assicurativa stipulata dalla ditta _____ con CV 1.

La copertura dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia di cui alla polizza n. _____, valida dal 1° gennaio 2010 al 31 dicembre 2011 (doc. 4), prevede una copertura per malattia ed infortunio con una durata di prestazioni di 730 giorni ed un periodo d'attesa computabile di 30 giorni per ogni caso, con prestazioni assicurative del 100% per un salario annuo assicurato di Fr. 84'000.- (doc. E).

Giusta l'art. 2.5 di tali CGA, è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (art. 2.6 CGA).

Per l'art. 3.2 CGA, datori di lavoro, lavoratori indipendenti e i loro familiari che cooperano nell'impresa assicurata non sottoposta all'assicurazione infortuni obbligatoria ai sensi LAINF, vengono assicurati, a condizione che siano elencati per nome nella polizza.

È dato un caso di intervento dell'assicuratore quando siano adempite le condizioni di un infortunio o di una malattia. Se prima della conclusione di un caso si verifica una nuova malattia, ciò dà inizio ad un nuovo caso, a meno che non abbia un nesso causale con il primo. Una malattia che dal punto di vista medico è collegata ad una malattia precedente (ricaduta) è da considerare nuovo caso, solo se la persona assicurata, per 12 mesi dopo la conclusione del caso precedente, non è stata in trattamento medico per questa malattia. Un nuovo caso di prestazioni genera un nuovo periodo di attesa (art. 13.1 CGA).

L'art. 13.3 CGA definisce l'incapacità al lavoro come 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. In caso d'incapacità

al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

L'obbligo di CV 1 a versare prestazioni inizia allo scadere del differimento (periodo d'attesa) concordato contrattualmente. Il differimento (periodo d'attesa) vale per ogni caso di prestazioni e viene computato alla durata dell'erogazione delle prestazioni. I giorni con incapacità lavorativa parziale contano sia per il calcolo del periodo d'attesa sia per la durata delle prestazioni come giorni interi (art. 14.1 CGA).

A norma dell'art. 15.1 CGA, la CV 1 garantisce per la perdita di guadagno comprovata che si verifica a causa di un'incapacità lavorativa assicurata. Variante assicurata, entità, durata e periodo di attesa sono riportati in polizza.

Per i dipendenti, come base per il calcolo dei premi e per l'erogazione delle prestazioni, vale il salario AVS ai sensi LAVS. La CV 1 concede le prestazioni contrattuali al verificarsi dell'evento assicurato e solo dietro dimostrazione del danno subito. L'entità precisa delle prestazioni risulta dalla polizza e dalle CGA (art. 15.2 CGA).

L'art. 15.3 CGA regola invece le basi di calcolo delle prestazioni derivanti dall'assicurazione per somme (somme salariali fisse) e prevede che la CV 1 concede le prestazioni assicurate al momento del verificarsi di un caso di prestazioni con obbligo d'indennizzo, indipendentemente dal sussistere di un danno. L'entità delle prestazioni risulta dalla polizza e dalle CGA. Le prestazioni assicurate contrattualmente vengono concesse indipendentemente da prestazioni di terzi, tali prestazioni infatti non sono computate. Vale la somma assicurativa fissata nella polizza. Il salario annuo fisso concordato deve tuttavia corrispondere possibilmente al probabile salario annuo AVS. L'assicuratore può verificare la somma salariale ed eventualmente provvedere ad un futuro adeguamento della polizza.

Secondo l'art. 15.4 CGA, le prestazioni d'indennità giornaliera in funzione del salario sono calcolate tenendo conto che la base è costituita dall'ultimo salario con obbligo contributivo AVS percepito prima dell'inizio della malattia, comprensivo di elementi salariali non ancora pagati per i quali esiste tuttavia un obbligo legale e che sono assicurati. Tale salario viene convertito per un anno intero e diviso per 365.

Se per una persona assicurata e menzionata per nome nel contratto è concordato un salario annuo fisso, come guadagno giornaliero è da considerare la 365esima parte del salario (assicurazione per somma).

L'art. 15.6 CGA definisce l'entità della prestazione, stabilendo che la premessa ai fini del versamento delle prestazioni è un'incapacità lavorativa di almeno il 25% confermata da un medico. L'assicuratore eroga l'indennità giornaliera assicurata, in proporzione al grado di incapacità lavorativa. A partire dal 70% di incapacità lavorativa, CV 1 eroga l'indennità giornaliera intera.

Giusta l'art. 19.4 CGA, il contraente l'assicurazione o la persona assicurata devono adottare tutte le misure da loro esigibili per ridurre

il danno.

L'assicuratore si riserva la possibilità di fare visitare la persona assicurata anche da un medico da essa incaricato oppure di inviare un assistente per i casi di malattia (art. 19.8 CGA).

- 2.5. Va ancora evidenziato che l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia può essere stipulata nella forma di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2).

L'assicurazione di somme garantisce una prestazione che è stata definita al momento della conclusione del contratto e non dipende dal verificarsi di un pregiudizio economico: essa è dovuta non appena l'evento assicurato si sia verificato (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2; cfr. anche, sulla nozione di assicurazione di somme in relazione a un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattie, la sentenza 4A_168/2007 del 16 luglio 2007, consid. 3.2.4 e 3.2.5, pubblicata in DTF 133 III 527).

L'assicurazione contro i danni mira invece a rimborsare il danno: in questo caso il versamento e la misura delle prestazioni dipendono dalla misura del pregiudizio economico effettivamente patito dall'assicurato (sentenza 4A_53/2007 del 26 settembre 2007, consid. 4.4.2)

La questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle condizioni generali d'assicurazione che lo accompagnano (CGA), secondo le regole usuali dell'interpretazione dei contratti (sui criteri di distinzione fra queste due modalità di assicurazione, cfr. anche sentenza 4C.83/1998 dell'11 giugno 1998, consid. 3c e 3d e sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007).

Nel caso concreto, l'attore ritiene - e parte convenuta non l'ha contestato - di avere concluso un'assicurazione di somma. Gli elementi a disposizione confermano questa tesi, dato che la copertura per l'indennità giornaliera, del 100%, va calcolata sulla base del salario assicurato di Fr. 84'000.- (art. 15.4 CGA). Inoltre, l'art. 15.3 CGA prevede che l'assicuratore concede le prestazioni assicurate indipendentemente dal sussistere di un danno.

- 2.6. Nella fattispecie, il TCA deve determinare se l'assicuratore malattia è tenuto a versare all'attore delle indennità giornaliera per perdita di guadagno dal 1° settembre 2011 in poi conformemente ai gradi di inabilità lavorativa sorta a seguito dell'incidente automobilistico del 27 ottobre 2010.

Parte attrice ritiene di potere rivendicare il diritto alle indennità previste dal contratto assicurativo anche a decorrere dal 1° settembre 2011 vista la malattia psichica che si è sviluppata a seguito dell'evento del 27 ottobre 2010, la quale ha comportato un'inabilità lavorativa (totale) certificata dai suoi medici curanti. Pertanto, la copertura assicurativa di cui beneficia(va) deve

continuare a riconoscere la sua inabilità lavorativa almeno fino a quando egli si è ristabilito.

L'assicuratore malattia sostiene, invece, che nessun disturbo psichico era ascrivibile all'attore, non v'erano infatti reperti psicopatologici rilevabili, nemmeno il pensiero era disturbato e non v'erano sintomi di depressione né di paura. Sentito il parere del medico aziendale che si è pronunciato sulle perizie fatte esperire da CV 1, non erano quindi dati sufficienti elementi per continuare ad ammettere un'inabilità lavorativa anche dopo il 1° settembre 2011, nemmeno per motivi psichici.

- 2.7. L'annuncio di infortunio del 9 novembre 2010 (doc. 7) riferisce che il 27 ottobre 2010, alle ore 12.30, l'assicurato è stato vittima di un incidente della circolazione, e meglio di un tamponamento a catena in galleria, che gli ha causato un colpo di frusta ed una incapacità lavorativa del 100% dal giorno seguente (doc. 8).

Sempre il 9 novembre 2010 (doc. 8), il dr. med. _____, FMH in medicina generale, ha compilato la notifica d'infortunio indicando che dal 27 ottobre 2010 l'inabilità lavorativa era totale.

Il 25 novembre seguente (doc. 9) il medico curante ha attestato che tale inabilità proseguiva e che la durata era imprevedibile; l'attore era in attesa di una valutazione neurologica.

Successivamente il curante ha certificato che l'assicurato era inabile al lavoro al 100% a causa di infortunio (doc. 9), così come ha fatto ad ogni inizio mese, ribadendo che il paziente sarebbe stato inabile in misura totale per tutto quel mese.

Nel certificato del 16 agosto 2011 (doc. 9) il dr. _____ ha specificato che dal 1° luglio al 31 agosto 2011 AT 1 era inabile allo svolgimento di un'attività lavorativa a tempo pieno.

La radiografia del 1° novembre 2010 (doc. 11) eseguita presso la _____ di _____ nell'ambito di una consultazione d'urgenza non ha mostrato alcuna indicazione di frattura, lussazione o sublussazione della colonna cervicale.

Nel rapporto del 2 novembre 2010 (doc. 12) i medici del pronto soccorso della Clinica _____ di _____ hanno riferito della consultazione avvenuta il giorno precedente al pronto soccorso per persistenti problemi al collo e alla schiena a seguito del colpo di frusta occorso una settimana prima. La diagnosi posta era di trauma da accelerazione della colonna cervicale (colpo di frusta), che è stata curata con degli analgesici. L'inabilità lavorativa è stata certificata per una settimana, poi spettava al medico curante valutare il procedere.

Il 2 dicembre 2010 (doc. 13) il dottor _____ ha posto la diagnosi di "*HWS-Distorsionstrauma bei Heckauffahrkollision*" e nell'anamnesi ha indicato che all'inizio il paziente aveva un po' male alla nuca, ma nei giorni seguenti il dolore si è acuito, poi sono sopraggiunte le vertigini, i problemi di concentrazione e una generale indisposizione. Soggettivamente c'erano sensazioni di insicurezza, dolori alla nuca e lombari.

Anche nel successivo certificato del 14 gennaio 2011 (doc. 14) il medico curante ha attestato irrigidimento della muscolatura della schiena, problemi di concentrazione e limitata capacità lavorativa, ansia generale e nervosismo.

Il rapporto del 18 aprile 2011 (doc. 15) del dottor _____ della _____ di _____ indica la diagnosi di sospetto disturbo di disadattamento e che dal 1° aprile 2011 il paziente poteva riprendere l'attività lavorativa al 50%, in futuro al 100%. Il medico ha rilevato discrepanze fra gli elementi oggettivi evidenziati (entrata in scena dinamica, andatura spontanea) e la valutazione soggettiva del paziente non solo dal profilo fisico, ma anche psicologico (capacità di concentrarsi e collaborare per un'ora). È così stato consigliato all'assicurato un trattamento psichiatrico.

L'8 aprile 2011 (doc. 26) CV 1 ha sottoposto l'attore ad una perizia multidisciplinare (neurologica, psichiatrica, chirurgica) presso il Centro peritale di _____ (doc. 31), che l'ha convocato (doc. 32) per il 30 giugno e per il 7 luglio 2011. Questa seconda data è stata posticipata, causa bronchite (doc. 35), all'11 agosto 2011 (doc. 34) - visto che ancora al 19 luglio l'interessato era ammalato (doc. 36) -, ma anche questo incontro è stato annullato il giorno prima causa malattia dell'assicurato. Il perito ha quindi deciso di basarsi sui dati in suo possesso per rispondere ai quesiti sottopostigli dall'assicuratore (doc. 36), mentre il 17 agosto 2011 (doc. 38) l'assicurato ha chiesto di fissargli un nuovo appuntamento per essere peritato.

Il 31 agosto 2011 (doc. 40) il Gutachterstelle _____ (Gut _____) ha reso la sua perizia, tuttavia non completa come richiesto dall'assicuratore, siccome l'attore ha disdetto due appuntamenti per malattia.

Così, le visite neurologiche e neuropsichiatriche non hanno avuto luogo e quindi il referto peritale si è basato sui pochi atti a disposizione, la visita chirurgica del 30 giugno 2011, il colloquio telefonico che il chirurgo dr. _____ ha avuto con il medico curante dr. _____ e la discussione finale fra il gruppo di esperti in vista della valutazione conclusiva e delle risposte da dare alle domande poste dall'assicuratore.

Nel referto peritale sono riassunti gli atti medici a disposizione, è esposta l'anamnesi secondo i rilevamenti dei chirurghi e la loro valutazione. La perizia chirurgica ha rilevato che l'attore, a quel tempo 35enne, era in ottime condizioni di salute, si muoveva in modo dinamico e spontaneo, durante le due ore di visita non vi sono stati segni di stanchezza né di disturbi della concentrazione e la mobilità della colonna cervicale era nella norma. I riscontri oggettivi degli esami clinici e dei risultati delle radiografie erano discordanti rispetto ai disturbi descritti dal paziente. Gli specialisti incaricati hanno posto la diagnosi di stato dopo distorsione della colonna cervicale di grado I, sintomi di una leggera sindrome cervicale e lombovertebrale, aspecifica, diagnostica differenziale nel decondizionamento. I disturbi che l'assicurato ha evidenziato soggettivamente nella forma di una sindrome cervicale e

lombovertebrale e le limitazioni neurofisiologiche delle funzioni come pure i disturbi di concentrazione e la stanchezza mentale, non sono stati più ritenuti come conseguenze dell'evento del 27 ottobre 2010, ma semmai sono stati influenzati da altri fattori. L'assicurato è stato pertanto ritenuto totalmente abile al lavoro in qualsiasi attività.

Malgrado questo parere, l'attore ha continuato ad indicare la sua inabilità al lavoro al 100% anche dopo il 1° settembre 2011 (doc. 42), all'80% dal 1° novembre 2011, al 70% dal 1° febbraio 2012, al 60% dal 1° aprile 2012 ed al 50% dal 1° maggio 2012, così come attestato dalla dr.ssa med. _____ della Clinica _____ di _____, suo medico curante, almeno fino al 31 luglio 2012.

Ad inizio settembre 2011, visti i persistenti disturbi di profonda insicurezza della stima di sé stesso, di sintomi ansiosi e disturbi del comportamento sociale scaturiti dall'incidente, l'attore si è sottoposto a sedute di psicoterapia presso la Klinik _____ con le dr.sse med. _____ e _____, attive presso il reparto di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica.

L'iniziale sospetto di sindrome da disadattamento si è sviluppato in sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata (F43.21). Nel loro scritto del 26 ottobre 2011 (doc. S), le curanti hanno affermato che la psicoterapia adottata ha portato a dei miglioramenti, tanto che l'assicurato era nella condizione di guidare l'automobile da solo per un'ora e poco a poco si è auto-responsabilizzato con i suoi impegni. Anche i contatti sociali erano migliorati e le condizioni per una ripresa lavorativa a fine ottobre erano date, cosicché dal 1° novembre 2011, in accordo con l'interessato, era stato pianificato un rientro al 20% come corriere ("*Kurierfahrer*").

L'assicuratore malattia ha quindi risottoposto l'assicurato ad una perizia presso lo stesso Centro _____, visto che dal 1° settembre 2011 è stato ancora qualificato come inabile al 100% (doc. 49).

A complemento della prima perizia, il Centro peritale di _____ ha visitato l'assicurato dal profilo psichiatrico, ritenuto che gli appuntamenti a suo tempo pianificati in ambito neurologico e psichiatrico non hanno potuto avere luogo causa malattia dell'attore. Il prof. dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, psicosomatica SAPP, ha avuto un colloquio con l'attore il 22 dicembre 2011, ha sentito telefonicamente il 17 gennaio 2012 il medico curante, dr.ssa med. _____, si è basato sugli atti medici (pochi) già a disposizione, sul parere del 26 ottobre 2011 delle citate dottoresse e sulla documentazione richiamata dalla _____.

Nelle 24 pagine del rapporto peritale, l'anamnesi riporta i dati emersi dopo l'incidente e lo sviluppo dei disturbi presenti allora ed al momento della visita, l'anamnesi familiare e personale, somatica, psichiatrica, sociale, ed il colloquio avuto con la dr.ssa _____. Il paziente ha descritto l'infortunio ed i disturbi, sia fisici sia psichici, che sono sopraggiunti dopo l'evento del 27 ottobre 2010 e che da allora l'accompagnavano, in particolare la paura di guidare (al massimo riusciva a guidare da solo per 30-45 minuti) ed i disturbi del

sonno. Con la psicoterapia (due volte alla settimana) il suo stato di salute si era sviluppato positivamente e la sua volontà era di guarire prima possibile. L'assicurato seguiva due sedute alla settimana di fisioterapia per i forti dolori alla schiena e alla nuca, così pure l'agopuntura settimanalmente. Secondo l'interessato, dopo l'incidente la paura costante e l'insicurezza erano particolarmente pregiudizievoli. Prima dell'incidente era invece una persona forte, lavorava notte e giorno, era molto comunicativo. Tutto ciò egli l'ha completamente perso, soffriva per una qualità di vita fortemente limitata. Anche la sua situazione professionale - ed economica - era mutata.

Oltre alla sua ditta (_____) in attività da 3 anni, l'assicurato faceva anche servizio di corriere per altre ditte. Ma dopo l'incidente era diventato molto più insicuro e le forze gli erano venute meno, anche la voglia di fare, come se fosse bloccato ed anche l'ansia di fallire lo limitava fortemente. Anche la paura - ma non sapeva di cosa - lo bloccava. L'assicurato ha affermato che fintanto che il lavoro non era collegato a guidare un veicolo, egli poteva fare tutto. A seguito di un incidente avuto nel 1996, è stato operato alla spalla destra ed i lunghi tempi di ripresa e le 4 operazioni gli hanno fatto perdere l'anno di scuola. Al termine dell'apprendistato di idraulico (concluso senza un diploma vista la lunga assenza) è stato licenziato e da allora è stato disoccupato per 4-5 anni, finché ha lavorato per un servizio di corriere e nel 2005 ha aperto l'attività di corriere indipendente. Fino a prima dell'incidente l'attore non ha mai avuto problemi psichici.

Dal colloquio telefonico avuto il 17 gennaio 2012 con la dr.ssa _____, è emerso che l'interessato ha avuto 23 consultazioni, due volte alla settimana e che presto la terapia sarebbe terminata. Secondo il medico curante, il nesso causale tra i problemi psichici e l'incidente sarebbe certo, anche se dai disturbi somatici ci si sarebbe difficilmente aspettati che il paziente avrebbe reagito in questo modo. A suo dire, si trattava di attacchi di panico - che non sono riconosciuti legalmente come malattia che può portare all'inabilità lavorativa, tuttavia il paziente, a causa di questi disturbi, era ancora inabile al lavoro - che si manifestavano con una forte insicurezza ed in particolare con un'insicurezza nella guida, che lo pregiudicava in modo assoluto nell'attività lavorativa, malgrado egli si desse molto da fare e seguisse coscientemente la terapia.

L'esame clinico eseguito dal perito psichiatra non ha rilevato particolari elementi psicopatologici, il paziente era sveglio, la consapevolezza era intatta, egli era presente, comprendeva senza problemi e subito, non mostrava limitazioni o parziale attenzione, perciò non c'erano indicazioni di disturbi di flessioni dell'attenzione, l'interessato disponeva di un'intelligenza media, anche il pensiero (formale e contenutistico) era chiaro e ordinato, nella descrizione della paura a guidare l'assicurato non ha provato reazioni affettive né sforzi fisici. Né anamnesticamente né dal colloquio sono emersi dei disturbi di percezione su qualsiasi pensiero. Non v'erano disturbi dell'io/personalità né del vissuto. Sintomi depressivi o d'ansia non sono stati comprovati durante la visita peritale, l'iniziativa era un po' ridotta, la psico-motricità non era compromessa, era piuttosto vivace, il comportamento tenuto dall'assicurato durante il colloquio era adeguato ed amichevole.

L'attore è stato sottoposto ad una valutazione psicologica con test ed il perito ha poi interpretato i risultati ottenuti.

Nella sua valutazione conclusiva, il dr. med. _____ ha rilevato che il paziente non ha subito una commozione cerebrale né il cervello ha subito un trauma nell'incidente del 2010, perciò i problemi di concentrazione lamentati in seguito sono aspecifici e non vanno giudicati come derivanti da un trauma craniale. Dalle informazioni raccolte conversando con il paziente, il quale ha affermato di non riuscire a capire di cosa egli avesse paura, paura che però lo bloccava internamente, secondo il perito esisteva un disturbo dell'affetto che fundamentalmente doveva essere interpretato come un disturbo d'ansia, attacchi di panico ("*Angststörung*"). Come questo disturbo psichico si sia sviluppato, dagli atti non è possibile ricostruirlo. Dal rapporto del 18 aprile 2011 della _____ di _____ non è neppure menzionato questo problema, ciò che lascia supporre che dopo una fase iniziale, successivamente ed in particolare durante la terapia presso quest'ultima clinica i disturbi d'ansia non erano più presenti. L'attore seguiva comunque un trattamento psicologico, perciò, secondo il perito, i sintomi di attacchi di panico ancora presenti avrebbero dovuto essere documentati dallo specialista. Secondo l'esperto, rilevante è che il sospetto che vi fosse una sindrome da disadattamento era stato espresso nel rapporto di aprile 2011 della _____ e di conseguenza da allora non sussisteva un disturbo psicopatologico rilevante. Altrimenti ci si sarebbe difficilmente limitati alla sospettata diagnosi di "*Anpassungsstörung*". Poiché nel caso di un incidente stradale, di regola, non si tratta di un evento che ha ripercussioni sulla psiche, non ci si aspetta l'insorgenza di qualunque disturbo specifico psichico dopo un tale incidente. Nel caso concreto, professionalmente il paziente era chiamato a giornalmente percorrere chilometri con l'automobile e quindi doveva essere giornalmente mentalmente occupato a pensare che avrebbe potuto essere coinvolto in un incidente. Su questa base si può presupporre una predisposizione mentale del paziente, tale che egli doveva essere psichicamente pronto ad un incidente della circolazione e quindi che l'avrebbe assimilato senza problemi. Di conseguenza e secondo gli eventi noti relativi all'incidente occorsogli, che non era di una drammaticità particolare, secondo il perito l'evento del 27 ottobre 2010 non poteva soggettivamente essere classificato come eccezionale. Su ciò è basato il disturbo psichico del paziente divenuto nel frattempo importante, eventualmente a prescindere dalla reazione iniziale che si era sviluppata appena dopo l'incidente, ciò che si allineava con quanto concluso dalla Clinica di _____. La constatazione della psichiatra e della psicologa curante, secondo cui l'incidente ha suscitato una profonda insicurezza della stima di sé, non è quindi stata condivisa dal perito. A suo dire, altre potevano essere le cause per un tale stato mentale, quale una mancata formazione professionale che gli ha dato meno prospettive e quale il ruolo di capofamiglia che ha dovuto svolgere nell'infanzia e che ha portato il paziente ad esigere troppo da sé stesso. Lo psichiatra ha osservato che dalla perizia del momentaneo stato mentale dell'assicurato era emerso per ora un quadro non chiaro. I dati anamnestici lasciavano supporre in primo luogo dei disturbi di ansia; sintomi di una

depressione non erano stati rilevati. Dallo stato mentale non sono emersi particolari vistosità, ciò che nei disturbi d'ansia e fobici non è raramente il caso. Dalla valutazione basata sui test psicologici è risultata una salute molto compromessa. Sulla base del rilevamento dei test eseguiti era difficile partire dal presupposto di un punto centrale dei disturbi psichici. Era quindi possibile che sussistesse per il paziente prima di tutto un disturbo affettivo. Era altrettanto possibile che su queste basi gli altri disturbi siano insorti. Dall'esame dei test è risultato che si trattava di una evoluzione sotto l'influsso di diversi fattori. Dal colloquio avuto con la terapeuta del paziente è emerso che si trattava di un disturbo di disadattamento. In particolare né l'evoluzione che ha avuto luogo né gli attuali disturbi psichici dimostrabili sono verosimilmente spiegabili con l'incidente patito il 27 ottobre 2010. Ciò non muta il fatto che esisteva un disturbo psichico che limitava in maniera severa ed a quel momento la capacità del paziente. Sebbene l'assicurato abbia affermato che nel frattempo vi era stato un miglioramento, che anche la sua terapeuta ha ammesso, si trattava di un disturbo psichico importante che come prima necessitava di un trattamento.

Il perito ha quindi posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD-10:F43.23), diagnosi differenziale generalizzata di attacchi di panico (ICD-10:F41.0); diagnosi differenziale di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10:F41.2); stato dopo colpo di frusta di grado I con sintomi di una leggera sindrome cervicale e lombovertebrale, aspecifica, diagnosi differenziale nel decondizionamento ("*Anpassungsstörung mit gemischter Beeinträchtigung der Gefühle (ICD-10 F43.23); Differentialdiagnostisch generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.0); Differentialdiagnostisch Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) (Anpassungsstörung tritt im Rahmen der psychosozialen Belastungen auf (im Gutachten vom 31.08.2011 diagnostiziert). Status nach HWS-Distorsion (gemäß verfügbarer Informationen) Grad I gemäß Quebec Task Force mit: Symptomen eines leichtes Zervikal- und Lumbovertebralsyndroms, unspezifisch, differentialdiagnostisch bei Dekonditionierung*").

Infine, l'esperto ha risposto ai quesiti sottoposti dall'assicuratore. In merito all'inabilità lavorativa dell'attore come indipendente nell'attività di manager, il perito ha rilevato che esisteva, a causa degli importanti disturbi psichici presenti a quel momento, una considerevole limitazione della capacità lavorativa in qualsiasi attività, stabilita al 100%. Tuttavia, non si trattava di un'incapacità al lavoro riconducibile all'incidente del 27 ottobre 2010. Egli ha confermato che al termine della fisioterapia praticata alla _____ di _____, l'incapacità lavorativa dell'assicurato dovuta all'incidente era del 50% e da fine aprile 2011 sarebbe stata nulla. Diversi fattori estranei all'incidente formavano un importante fondamento dei disturbi psichici presenti allora. Secondo il perito, lo stato di salute dell'interessato doveva esser migliorato con provvedimenti terapeutici e visto che a quel momento egli non assumeva farmaci per i suoi disturbi psichici, un trattamento farmacologico era assolutamente necessario. Era però imprevedibile sapere quando l'assicurato avrebbe raggiunto una maggiore

capacità lavorativa.

Il 21 marzo 2012 (doc. IX/4) CV 1 ha scritto al perito del Gut _____ formulando alcune domande, avendo rilevato delle discrepanze fra la prima perizia del 31 agosto 2011 e la seconda del 31 gennaio 2012.

Il complemento peritale è stato allestito il 4 luglio 2012 (doc. IX/2) dallo stesso dr. med. _____, il quale ha preso posizione sulle tre riflessioni formulate dalla dr.ssa _____, FMH in medicina interna interpellata dall'assicuratore malattia.

Le dr.sse _____ e _____, la prima medico e la seconda specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, si sono pronunciate il 27 luglio 2012 (doc. SS) su invito del patrocinatore dell'attore per completare il loro precedente referto del 26 ottobre 2011 portante (solo) sulla sintomatologia ed il decorso.

Nel secondo rapporto esse hanno posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.22).

L'attore si è presentato loro il 7 settembre 2011 lamentando sintomi di panico in particolare nel guidare. Egli aveva descritto sintomi di sudorazione, palpitazioni, contrazioni in tutto il corpo, manco d'aria che caratterizza l'iperventilazione. In qualità di autista attivo nel settore dei trasporti l'assicurato era quindi inabile al lavoro al 100%, non essendo in grado di guidare un veicolo.

Grazie alle 36 sedute di psicoterapia e con l'aiuto di programmi di training, le terapeute sono riuscite a far vincere l'ansia. Così, le connessioni tra l'infortunio, una profonda insicurezza della stima di sé e della sintomatica ansiosa, hanno potuto essere elaborate e comprese nel contesto del suo vissuto personale.

Le curanti hanno certificato un'inabilità lavorativa totale dal 1° settembre al 31 ottobre 2011, dal 1° novembre 2011 l'attore è tornato a lavorare al 20%, dal 1° febbraio 2012 al 30%, dal 1° aprile 2012 al 40% e dal 1° maggio al 31 luglio 2012 la capacità lavorativa era del 50%. Da aprile 2012 la sintomatologia ansiosa in relazione con il guidare è chiaramente passata in secondo piano. A motivo della limitata attenzione e concentrazione così come dell'agitazione interiore, c'era ancora una limitazione della capacità di resistenza.

Per di più è sopraggiunto un importante carico psichico dovuto alle difficoltà economiche derivanti dalla incapacità lavorativa del paziente e dal mancato pagamento delle indennità giornaliere.

L'interessato ha sviluppato disturbi nell'addormentarsi e nel dormire senza interruzioni, aveva una resistenza minima e si stancava facilmente. La sintomatologia ansiosa si era ora spostata su una paura di sovraffaticamento, paure di fallire e paure sociofobiche.

L'assicurato era tuttavia molto motivato a guarire e di riuscire a rientrare nel mondo del lavoro. Con l'aiuto di un intenso programma fisioterapico egli è riuscito a migliorare la condizione fisica ed a ridurre le dolorose contrazioni muscolari. Da maggio 2012 è stata osservata una chiara stabilizzazione fisica e psichica, visto che l'attore poteva sollevare 25 kg di peso e ha aumentato il tempo lavorativo nella sua attività. Secondo le curanti, da agosto 2012 egli poteva lavorare al 70%.

Pendente oramai la petizione, l'11 settembre 2012 (doc. 60) l'assicuratore malattia convenuto ha interpellato la dr.ssa _____ rivolgendole una decina di quesiti ed evidenziando che la polizza assicurativa stipulata dalla _____ copre le attività dell'attore in qualità di titolare e gerente e non eventuali altre attività quali quella di corriere.

Il 19 settembre 2012 (doc. 61) la dr.ssa med. _____ e la collega dr. med. _____ della Klinik _____ di _____ hanno preso così posizione:

" **1. Diagnose**

St. n. Autounfall mit Heckauffahrkollision am 27.10.2010
- mit zervikocephalen Syndrom
- mit Anpassungsstörung mit Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10:F43.22)

2.

Da zuvor eine psychologische Psychotherapie an der _____ von der Krankenkasse abgelehnt worden, hat der Hausarzt, Herr Dr. med. _____, Facharzt FMH Allg. Med., (...) Herrn AT 1 in unserer ambulante Behandlung überwiesen.

3.

Aufgrund der akuten Angst- und depressive Symptomatik wurde eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet. Bei Behandlungsbeginn war der Patient seit fast 1 Jahr zu 100% arbeitsunfähig, deshalb bestand ein wichtiges Behandlungsziel in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

4.

Es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, inwiefern eine frühere Aufnahme der ambulanten psychiatrischen Behandlung zu einer schnelleren Genesung geführt hätte.

5.

Der Patient kam zu Beginn der Behandlung in Begleitung seiner Ehefrau in die Praxis. Nach einigen Monaten kam er alleine mit dem Auto, wobei der Fahrtweg ca. 15 dauert.

6.

Die Anpassungsstörung des Patienten wurde lege artis ausschliesslich psychotherapeutisch von uns behandelt. Die Diagnose einer Anpassungsstörung erfordert nicht zwingend eine Psychopharmakotherapie zumal mit Hilfe der psychotherapeutischen Interventionen sehr gute Fortschritte erzielt werden konnten.

7.

Herr AT 1 war im September und Oktober 2011 zu 100% arbeitsunfähig. Bereits im November 2011 begann er wieder zu arbeiten, zunächst mit einem Pensum von 20%. Herr AT 1 litt unter kognitive Einschränkungen, d.h. insbesondere unter Aufmerksamkeits- Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Weiterhin bestanden Ängste mit einer ausgeprägten psychovegetative Symptomatik (Palpitationen, Schwitzen, Hyperventilationen), die insbesondere zu Einschränkungen der Exekutivfunktionen (Planen, strukturiertes handeln) sowie Ängsten und Vermeidungsverhalten im Bereich sozialer Interaktionen führte. Eine zusätzliche detaillierte Symptombeschreibung können Sie unserem Schreiben von 27.07.12 entnehmen. Im Zusammenhang mit der finanziellen Belastungssituation traten ausserdem starke Zukunftsängste, Schlafstörungen, Alpträume und Insuffizienzgefühle auf, wodurch sich die Wiedereingliederung in dem Berufsalltag

zusätzlich verzögerte.

8.

Im September und Oktober 2011 war der Patient nicht arbeitsfähig. Seit November 2011 konnte Herr AT 1 sein Arbeitspensum langsam steigern. Bis zum 31.07.12 konnte er bis auf 50% aufstocken. Im August 2012 bestand eine Arbeitsfähigkeit von 70% und seit September 2012 ist Herr AT 1 wieder zu 100% arbeitsfähig.

Herr AT 1 war in der Zeit seiner ambulant psychiatrischen Behandlung in unserem Ambulatorium (September 2011-August 2012) nicht bzw. nur teilweise arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit wurde dem Patienten in Bezug auf seine generelle Arbeitsfähigkeit attestiert, unabhängig von der Art der Tätigkeit, die er zuvor ausgeübt hat. Durch die Erkrankung erlitt auch die berufliche Karriere des Patienten einen erheblichen Einschnitt, so dass der Wiedereinstieg schwierig war und sich zunächst auf den Bereich Transportwesen konzentrierte.

9.

Die aktuelle Arbeitsfähigkeit können wir anhand unseres letzten Gesprächs mit dem Patienten von 13.08.12 beurteilen.

Dementsprechend ist Herr AT 1 seit September 2012 zu 100% arbeitsfähig.

10.

Wie bereits ausgeführt, haben finanzielle Schwierigkeiten den Genesungsprozess des Patienten beeinträchtigt.

11.

Nicht beurteilbar.

12.

Die Prognose von Anpassungsstörungen ist generell günstig. Wie bereits beschrieben, besteht z. Zt. eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aus psychiatrischer Sicht besteht kein Grund für einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit.
(...)"

L'assicuratore convenuto ha interpellato il 21 settembre 2012 (doc. 62) il suo medico fiduciario, chiedendogli di prendere posizione sulle tre perizie del Centro peritale e sui tre rapporti dei medici curanti, come pure di rispondere ad una decina di quesiti.

La dr.ssa _____, specialista FMH in medicina interna, il 2 novembre 2012 (doc. 64) ha precisato di non potere porre una diagnosi esatta a decorrere dal 1° settembre 2011, perché le diagnosi formulate nella documentazione medica messa a sua disposizione dovevano essere considerate come provvisorie. Le diagnosi F43.2 contengono un criterio temporale (da 6 fino a 24 mesi), cosicché l'imputazione diagnostica dei sintomi presentati dall'assicurato tra il 1° settembre 2011 e quel momento poteva essere mutata (risposta n. 1). Secondo la dottoressa, la perizia del dr. _____ del 31 gennaio 2012 non contiene dei reperti psicopatologici dai quali si possa fare risalire un disturbo psichico avente valore di malattia. I risultati emersi dai test psicologici sono valutabili diagnosticamente soltanto in connessione con reperti clinici psicopatologici, ma nella citata perizia si è riferito di un normale reperto clinico. Anche il referto del 26 ottobre 2011 della Clinica _____ non contiene rapporti di reperti psicopatologici. Per il medico fiduciario, "*stützen sich die aktenkundigen Diagnosen vorwiegend auf anamnestische Angaben und theoretische Überlegungen. Zu bemerken ist, dass Diagnose und Schweregrad einer psychischen Beeinträchtigung einander doch entsprechen*

sollten. Das Argument, nicht die Diagnose, sondern die funktionell bedeutende psychische Beeinträchtigung erkläre das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit, trifft nur bedingt zu. Wenn schon, wäre dieses Argument eher im umgekehrten Sinn zu verwenden: Nicht jede Diagnose bewirkt eine Beeinträchtigung von einer Dauer und einem Schweregrad, welche in einer bestimmten Tätigkeit Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Umso weniger verursacht eine im Konstrukt des ICD-10 F als wenig schwerwiegend zu begreifende Diagnose erhebliche psychische Beeinträchtigung." (risposta n. 2 pag. 2).

Anche secondo il medico fiduciario i disturbi psichici riscontrati dal perito non erano in connessione con l'incidente del 2010. La dr.ssa _____ ha analizzato la documentazione medica agli atti, rilevando che dopo l'incidente l'assicurato ha beneficiato solo di fisioterapia ed è soltanto dopo quasi un anno dall'evento, ossia posteriormente alla prima perizia medica, che è stato rilevato un disturbo da disadattamento con sintomatologia ansiosa, ma le stesse psichiatre curanti gli prescrivevano ancora misure di carattere fisioterapico per rilassare la muscolatura. Tutto ciò è difficilmente in accordo con delle importanti conseguenze fisiche e/o psichiche di un trauma. D'avviso del medico interpellato dall'assicuratore malattia, la diagnosi F43.21 (reazione depressiva prolungata) presuppone l'adempimento di due condizioni (un'individuale predisposizione e vulnerabilità e una persistente situazione di carico), non qui adempiute come risulta dai colloqui avuti con il prof. _____ e visto il suo normale stato mentale antecedente l'incidente. Quindi, come evidenziato nel rapporto dell'aprile 2011 della _____, c'era una discrepanza tra i reperti oggettivi ed i disturbi lamentati dall'attore (risposta n. 3).

Alla domanda se i gradi di inabilità lavorativa certificati dalle dottoresse curanti erano giustificati nell'attività di imprenditore indipendente e di titolare della _____, il medico di fiducia ha risposto che non è possibile rispondere in maniera retrospettiva, in particolare dunque no, perché le valutazioni nei referti esistenti riferiscono soltanto dati anamnestici e soprattutto valutazioni soggettive dell'assicurato o riflessioni teoriche, non sono fondati su reperti psicopatologici (risposta n. 5). Pertanto, retrospettivamente medicalmente nemmeno è giustificata una così lunga inabilità lavorativa, dato che non vi sono inequivocabili e specifici rilevamenti né risultati documentati di una valutazione terapeutica. Le diagnosi e le diagnostiche differenziali poste sia dal perito sia dalle dottoresse curanti non giustificavano una lunga incapacità di lavoro (risposta n. 6). La prognosi era favorevole visto che non c'erano disturbi psichici gravi e che l'assicurato disponeva di sufficienti risorse psichiche, che gli permettevano di ritornare a lavorare (risposta n. 9).

A loro volta, la dr.ssa med. _____ e la dr.ssa med. _____ hanno preso posizione su quest'ultimo parere il 27 novembre 2012 (doc. AAA). In particolare, rifacendosi alla possibilità ventilata dal medico interpellato dall'assicuratore che la classificazione diagnostica dei sintomi avrebbe potuto mutare, i medici curanti hanno corretto la precedente diagnosi di sindrome da disadattamento in disturbi di personalità (F61.0), visto che c'erano soprattutto tratti di personalità narcisistica, che si sono riflessi

aggravando il decorso della terapia. Le psichiatre hanno contestato che dal 1° settembre 2011 l'inabilità lavorativa non fosse più giustificata. Dalle 38 sedute avute tra settembre 2011 e agosto 2012 le specialiste hanno potuto regolarmente verificare e documentare che la (parziale) inabilità lavorativa derivava da reperti psicopatologici, che si basavano soprattutto sulle dichiarazioni verbali ed emozionali del paziente e sulla valutazione specialistica (cfr. i dati esposti nel referto del 27 luglio 2012). A loro dire, la forte menomazione psichica a seguito di un banale incidente automobilistico senza o con minime conseguenze fisiche viene spiegata sufficientemente con la diagnosi di un disturbo combinato della personalità. Questa diagnosi è anche in relazione con le vicende personali e le precedenti malattie del paziente. La diagnosi di un disturbo combinato della personalità non è in connessione diretta con un incidente d'auto. Tuttavia, l'incidente ha portato ad un'importante insicurezza della stima di sé ed all'avvio di una forte ansia, che il paziente non aveva mai vissuto fino a quel momento.

La dr.ssa _____, collaboratrice dipendente di CV 1, si è pronunciata sul referto delle due curanti il 10 dicembre 2012 (doc. XXVII), osservando che le stesse non hanno fatto un distinguo tra le diagnosi di "*Persönlichkeitsstörung*" (F6) e di "*Persönlichkeitszüge*" (Z73.1). Nel primo caso (disturbi di personalità), si tratta di una patologia avente valore di malattia, ma che in concreto non era data, visto che l'assicurato non ha mai avuto problemi psichici né nell'infanzia né tanto meno nell'adolescenza. La seconda diagnosi (accentuazione di tratti di personalità) può portare a delle difficoltà nell'affrontare la vita e a ricorrere al sistema sanitario, ma non va recepita come malattia o nocumento. La dr.ssa med. _____ ha osservato che dalla diagnosi Z73.1 non è medicalmente fondata una lunga inabilità lavorativa.

Infine, il 28 gennaio 2013 (doc. BBB) le curanti dell'attore hanno formulato osservazioni sul parere della dr.ssa _____. Le psichiatre hanno evidenziato che dal settembre 2011 fino a quel momento il risultato era di disturbo combinato della personalità (ICD-10: F61.0) e questa valutazione si è basata sulla competenza della Clinica _____ di _____ e sull'esame del paziente e delle psicoterapia attuata dal settembre 2011. Le specialiste hanno poi formulato delle considerazioni sul lavoro che gli psichiatri eseguono e come lo eseguono, e meglio con colloqui con i pazienti e non sulla base dei soli atti. In concreto vi sono state 39 sedute con l'attore, partendo dall'infanzia fino ad arrivare a temi di discussione di un certo spessore, motivo per cui sulla base dei fatti la loro prima diagnosi di sindrome da disadattamento è stata rivista in disturbo di personalità. Infatti, "*Es ist ein gängiger und psychiatrisch schlüssiger Prozess und durchaus üblich, wenn die Anfangsdiagnose einer Anpassungsstörung und gegebenenfalls im Raum stehende akzentuierte Persönlichkeitszüge revidiert werden sobald ausreichend Informationen vorliegen, die die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sowohl erfordern als auch rechtfertigen, wie im Falle von Herrn AT 1. Aus pathogenetischer Sicht handelt es sich um eine Chronifizierung und quantitative sowie qualitative Ausprägung des Schweregrads der psychischen Störung.*". Le

dottresse curanti hanno esposto la nozione di "Persönlichkeitsstörung" e di "Verhaltensstörung", evidenziando che "Im Falle von Herrn AT 1 stellen wir fest, dass seine wichtigsten psychopathologischen Symptome seit dem Unfall 2010 eine ausgeprägte Angstsymptomatik mit Versagensängsten, Angst vor dem Auto fahren und sozialen Ängsten bis hin zum sozialen Rückzug waren. Zudem bestand eine mittelschwere kognitive und physische Leistungsminderung mit Beeinträchtigung von Stimmung, Antrieb und Schlaf." (pag. 2). Sono state poi esposte le informazioni rilevanti sulle quali si è fondata la diagnosi di disturbo combinato della personalità.

Le specialiste hanno infine rilevato che la diagnosi di disturbo della personalità è spesso un motivo di inabilità lavorativa e di ottenimento della rendita di invalidità, mentre nel caso in esame la psicoterapia non ha portato alla necessità di una tale rendita.

In conclusione, contrariamente a quanto ha affermato la dr.ssa _____, i disturbi di personalità sono assolutamente curabili, con prognosi diversa anche a seconda della subcategoria.

- 2.8. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ([DTF 125 V 256](#) consid. 4 pag. 261; [115 V 133](#) consid. 2 pag. 134; [114 V 310](#) consid. 3c pag. 314; [105 V 156](#) consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.).

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 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore *non* permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

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

Le perizie affidate dagli organi dell'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 concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7).

In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi

medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa.

Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3).

D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi:

a livello amministrativo

- assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1),
 - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2),
 - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3),
 - rafforzamento dei diritti di partecipazione:
 - in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93);
 - alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446);

a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza

In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2).

Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6; sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011).

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).

L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 - concetto ribadito ancora nella recente STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue:

" (...)

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)"

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 devono guidare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni anche nelle fattispecie rette dalla LCA, come quella qui in discussione.

Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127

V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri.

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

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

- 2.9. In concreto va esaminato se l'assicuratore malattia abbia correttamente ritenuto l'attore completamente abile al lavoro con effetto dal 1° settembre 2011, oppure se all'interessato debbano essere erogate ulteriori prestazioni assicurative a dipendenza di una continuata incapacità lavorativa.

Nel caso di specie, dai pareri medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sullo stato di salute dell'assicurato e sui rimedi attuabili sono discordanti le une dalle altre.

Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (DTF 125 V 352; RAMI 1991

U 133, pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191; DTF 122 V 160, consid. 1c).

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

- 2.10. Agli atti figurano, da un canto, le certificazioni dei medici curanti dr. med. _____, _____ e _____, che hanno (avuto) in cura AT 1 a seguito dell'incidente del 27 ottobre 2010 fino alla ripresa completa dell'attività lucrativa (il dottor _____ è intervenuto subito, ma per pochi mesi, poi sono subentrate le due specialiste in psichiatria il 1° settembre 2011 per un anno). D'altro canto, vi sono le perizie del prof. dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, docente titolare all'Università di _____, e le valutazioni della dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, medico collaboratore di CV 1.

Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo *contenuto*, piuttosto che la sua provenienza.

Prima che la dr.ssa _____ avesse in cura psichiatrica l'attore, quest'ultimo è stato peritato dal Gutachterstelle _____ nel mese di giugno 2011 ed il 31 agosto 2011 questo Centro peritale ha reso il suo referto. Tuttavia, esso si è pronunciato soltanto sulle constatazioni dei chirurghi che l'hanno esaminato, mentre una valutazione psichica, a causa delle numerose assenze da parte dell'assicurato stesso agli appuntamenti previsti per essere esaminato anche in tale ambito, non ha potuto essere eseguita. A seguito delle considerazioni ivi contenute, l'assicuratore malattia ha interrotto il versamento delle indennità giornaliere per infortunio, a motivo che non v'era più un nesso di causalità tra i disturbi fisici riscontrati dall'interessato ed i reperti oggettivi raccolti per giustificare un'inabilità lavorativa in qualsiasi attività.

Dagli atti è poi emerso che il 7 settembre 2011 l'assicurato si è rivolto a delle specialiste in psichiatria, poiché a seguito del colpo di frusta apparso dopo l'incidente stradale del 27 ottobre 2010 si è sviluppata una sindrome da disadattamento che ha dato luogo a 38 sedute di psicoterapia (da settembre 2011 ad agosto 2012). Durante questo periodo, l'attore è stato ritenuto dapprima totalmente ed in seguito (dal 1° novembre 2011) parzialmente inabile al lavoro e queste conclusioni sono risultate dai reperti psicopatologici verificati regolarmente dalle specialiste durante l'anno di terapia (doc. AAA).

Per contro, il medico aziendale dell'assicuratore, _____, è di tutt'altro avviso, affermando che i reperti psicopatologici erano mancanti o non datati oppure c'era una delimitazione non chiara dei dati anamnestici e dei reperti psicopatologici (doc. XXVII pag. 2). A suo dire, né la perizia del 31 gennaio 2012 del prof. _____, né

il referto del 26 ottobre 2011 della Klinik _____ di _____ conteneva infatti dei reperti psicopatologici, dai quali si potevano fare risalire dei disturbi psichici aventi valore di malattia (doc. 64).

Dai certificati medici esposti emerge innanzitutto una differenza di opinioni in merito alle conseguenze che l'incidente del 27 ottobre 2010 avrebbe causato sullo stato di salute dell'attore.

I medici curanti, da una parte, hanno affermato che gli importanti sintomi psicopatologici dell'assicurato (sintomatologia ansiosa con paura di fallire, paura di guidare l'automobile e paure sociali) che l'hanno portato a ritirarsi dalla vita sociale deriverebbero dall'incidente (doc. BBB).

D'altra parte, sia il perito psichiatra sia il medico internista che l'assicurato malattia ha interpellato hanno chiaramente escluso un nesso di causalità tra l'evento del 2010 ed i disturbi di disadattamento manifestati dall'attore dal settembre 2011 in poi (docc. IX/3 e 64).

Il Tribunale osserva che la determinazione del nesso di causalità tra queste due circostanze è fluente per la soluzione della controversia in esame, l'assicurato malattia convenuto è tenuto a rispondere, a dipendenza della copertura assicurativa stipulata dall'attore, non solo ad incapacità lavorative che fanno seguito ad infortuni, ma anche ad incapacità di lavoro derivanti da una malattia. L'assenza di nesso comporta apertura di un nuovo caso e nuovo termine d'attesa (cfr. sub. 2.12).

Ciò che è importante sottolineare è che a seguito dell'incidente automobilistico avvenuto il 27 ottobre 2010, l'attore ha sviluppato dei disturbi dapprima di tipo fisici, che hanno necessitato di cure fisioterapiche; sono poi emersi problemi di carattere psichico, che l'hanno portato a sottoporsi ad una psicoterapia per un anno. Già nell'aprile 2011 la _____ di _____ aveva rilevato dei sospetti di sindrome da disadattamento che necessitavano di un maggiore approfondimento dal profilo psichiatrico (doc. 15).

Nel corso della prima perizia eseguita dal Centro peritale di _____ è stato sondato soltanto l'ambito fisiologico. I previsti appuntamenti con gli specialisti in neurologia ed in neuropsichiatria sono caduti per malattia dell'assicurato. Ritenuta la discrepanza tra i sintomi soggettivi ed i reperti oggettivi clinici, il perito non ha ritenuto che i disturbi cervico e lombovertebrali nonché le limitazioni di carattere neuropsicologico, come i disturbi della concentrazione e la stanchezza psichica risentiti dall'attore, fossero conseguenti all'incidente del 27 ottobre 2010.

Soltanto la (seconda) perizia del 31 gennaio 2012, allestita a seguito della visita peritale in ambito psichiatrico del 22 dicembre 2011 del prof. dr. med. _____ ha rilevato come in quel momento emergesse un quadro non chiaro dello stato di salute dell'assicurato.

I dati anamnestici hanno ammesso in primo luogo degli attacchi di panico, mentre i sintomi di una depressione non erano dati.

Anche a seguito del colloquio telefonico avuto con la dr.ssa med. _____, l'esperto in psichiatria è giunto alla conclusione che si trattava di una sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD-10:F43.23), diagnosi differenziale

generalizzata di attacchi di panico (ICD-10:F41.0); diagnosi differenziale di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10:F41.2). Questi disturbi psichici *non* sono stati ritenuti quale conseguenza dell'incidente occorso all'attore nel 2010. Il perito, prof. dr. med. _____, ha comunque chiaramente affermato che questi disturbi psichici presenti comportavano una importante limitazione della capacità lavorativa dell'attore in tutte le attività lavorative.

A fronte delle perplessità del medico aziendale in merito all'esito della perizia dell'esperto in psichiatria del Gut _____, questi ha fornito ulteriori delucidazioni rispondendo puntualmente alle tre domande complementari sottoposte, confermando che una forte limitazione psichica, come quella che può assolutamente sopraggiungere nell'ambito di una sindrome da disadattamento, può portare ad una limitazione della capacità lavorativa.

Il perito, prof. dr. med. _____, ha infatti puntualizzato il 4 luglio 2012 (doc. IX/2) alla risposta n. 2 che "*Eine schwere psychische Beeinträchtigung, wie diese durchaus im Rahmen einer Anpassungsstörung auftreten kann, kann zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen. Ich weise mit Nachdruck daraufhin, dass die primäre Diagnose im Gutachten vom 31.01.2012 Anpassungsstörung mit gemischter Beeinträchtigung der Gefühle (ICD-10 F23.23) [recte: F43.23] und nicht eine F41-Diagnose ist. Es ist nicht die Diagnose sondern die psychische Beeinträchtigung die das Ausmass der allenfalls vorhandenen Arbeitsunfähigkeit erklärt. Das ist in diesem und auch in anderen Fällen so und es wird auch anerkannt, dass Anpassungsstörungen (es handelt sich um reaktive psychische Beeinträchtigungen) zu Arbeitsunfähigkeiten führen können. Die gesetzliche Grundlage ist mir wohl bekannt und hier handelt es sich um eine juristische Handhabung im Langzeitverlauf bei einer vorhandenen Anpassungsstörung. Es wird keinesfalls ausgesagt, dass unmittelbar nach Auftreten einer Anpassungsstörung und über eine bestimmte Zeit die der Anpassungsstörung zugrunde liegende psychische Beeinträchtigung nicht eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen kann. Was im Zusammenhang mit dem Gutachten vom 31.01.2012 bzw. mit dem Unfallereignis vom 27.10.2010 von Bedeutung ist, ist die Tatsache, dass die gestellte psychiatrische Diagnose nicht in einer überwiegen wahrscheinlichen Kausalität mit dem erwähnten Ereignis steht.*"

Questa opinione trova sostanziale conferma nel parere delle dr.sse _____ e _____, curanti dell'assicurato, che sin dall'inizio della presa a carico dell'attore hanno evidenziato la presenza di disturbi psichici quali insicurezza, attacchi di panico e disturbi del comportamento sociale (doc. S), motivi per cui è stata messa in atto una terapia psicologica e psichiatrica durante le 39 sedute avute con il paziente nell'arco di un anno.

Va rilevato, al riguardo, che già poco dopo l'inizio del trattamento l'attore ha migliorato la sua capacità lavorativa, portandola al 20% dal 1° novembre 2011 e poi via via aumentandola, fino ad arrivare, dopo un anno di cure psicoterapiche, a riacquistarla completamente e quindi a raggiungere lo scopo riabilitativo.

La dr.ssa _____, collaboratrice dell'assicuratore, ha negato

l'esistenza di un nesso di causalità tra i disturbi lamentati e l'incidente del 2010, così come sostenuto dal perito.

Il medico fiduciario ha criticato l'esito a cui è giunto il perito psichiatra prof. dr. med. _____, ritenendo l'assenza di reperti psicopatologici per ritenere dei disturbi psichici aventi valore di malattia.

A suo dire, anche il referto del 26 ottobre 2011 della Klinik _____ conteneva soltanto dati anamnestici e dunque nessun rapporto di reperti psicopatologici.

Il medico dipendente di CV 1 ha analizzato dettagliatamente i sintomi soggettivi dell'assicurato e le prescrizioni di fisioterapia del 30 novembre e del 30 dicembre 2011 per mano della dr.ssa _____ che, però, nulla avevano a che fare con gli importanti esiti fisici e/o psichici da trauma.

Anche il buono e normale stato fisico e psichico dell'attore prima dell'incidente automobilistico contrasterebbe, secondo la dr.ssa _____, con i disturbi psichici che egli ha affermato di avere patito e di soffrire dopo l'evento del 2010 ed in particolare dal settembre 2011.

Neppure vi sarebbero, infine, dei disturbi di personalità.

Va rilevato come, a seguito di specifiche richieste, le dr.sse _____ e _____ hanno allestito alcuni certificati medici, seppure non particolarmente dettagliati e completi. Questi referti sono giunti all'inizio della psicoterapia (26 ottobre 2011), a metà della terapia (27 luglio 2012), alla fine del trattamento (19 settembre 2012) e quando l'attore aveva ormai riacquisito la capacità lavorativa al 100% (27 novembre 2012 e 28 gennaio 2013).

Questo Tribunale deve qui evidenziare la contraddittorietà dell'atteggiamento dell'assicuratore. CV 1 ha chiesto essa stessa una valutazione psichiatrica, effettuata nel dicembre 2011 da un rinomato docente universitario specialista della materia, indipendente e disinteressato al caso. La valutazione, seguita ad una visita approfondita e riassunta in un lungo referto, è stata fatta oggetto di una critica da parte del suo medico aziendale, dr.ssa _____, non specialista in materia.

I primi rilievi della collaboratrice dell'assicuratore, FMH in medicina interna generale, hanno fatto oggetto, nel luglio 2012, di una specifica e dettagliata presa di posizione da parte del prof. _____. Nonostante ciò, l'assicuratore non ha dato seguito a queste valutazioni ponendole in discussione ma senza chiedere una nuova valutazione psichiatrica specialistica.

Si osserva che la valutazione dello psichiatra, che l'assicuratore malattia stesso ha nominato tramite il Gut _____, non è stata smentita da certificazione specialistica di senso contrario, ma solo contestata con allegazioni non specialistiche di una collaboratrice di CV 1.

Parte convenuta cerca così di fondare la sua tesi sulla base di dichiarazioni di parte non specialistiche (dal profilo della disciplina medica in esame), che avrebbero dovuto imporre di chiedere una ulteriore valutazione specialistica ad un altro esperto (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.1), visto che

l'assicuratore malattia stesso non era d'accordo con le conclusioni del Centro peritale di _____.

Infatti, la dr.ssa med. _____, richiesta da CV 1 il 21 marzo 2012 (doc. IX/4) di allestire e sottoporre al prof. dr. med. _____ le domande di delucidazione ed in seguito intervenuta esprimendosi sulle perizie e sui referti delle dottoresse curanti il 2 novembre 2012 (doc. 64) ed il 10 dicembre 2012 (doc. XXVII), è specialista FMH per la medicina generale interna. Le sue valutazioni di medico non specialista per gli aspetti in discussione non hanno pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012). Dette valutazioni sono in contrasto non solo con la perizia del 31 gennaio 2012 ed il complemento del luglio 2012 del prof. dr. med. _____, ma anche con i pareri delle curanti dell'attore, specialiste in psichiatria e psicoterapia.

L'assicuratore aveva osservato, nella propria risposta di causa, che *"Pendente lite CV 1 ha predisposto nuove verifiche mediche, interpellando la curante e la propria medico aziendale. Pendente lite non vi è stato il tempo necessario per predisporre un ulteriore accertamento specialistico."* (doc. XIV pag. 5), atti che potevano comunque essere allestiti prima della procedura giudiziaria.

Se è vero che il 27 agosto 2012 (doc. VII) l'assicuratore malattia ha chiesto al Tribunale una proroga per potere *"procedere ad accertamenti medici (e meglio al fine di poter interpellare la curante per ulteriori informazioni circa l'incapacità lavorativa da lei attestata e poi sottoporre il caso a nuova valutazione medica alla luce dei nuovi elementi medici che risulteranno)"* e quindi per presentare la risposta di causa, va qui comunque rilevato che per potere contrastare, come sua intenzione, la perizia del prof. dr. _____, ed il relativo complemento, l'assicuratore convenuto avrebbe dovuto semplicemente sottoporre tutta la documentazione medica ad un medico (possibilmente un qualificato docente universitario) con specializzazione in psichiatria e non ad un suo collaboratore interno del servizio medico, con il diploma di medico e la specializzazione FMH in *"Allgemeine Innere Medizin"*, ossia medicina interna generale.

La giurisprudenza citata è infatti chiara al riguardo.

Anche a prescindere dalle qualifiche mediche, l'opinione espressa dalla dr.ssa _____ non è in grado di contrastare né i referti peritali né tanto meno i pareri dei medici curanti che, essi pure, forniscono comunque il quadro della situazione psichica dell'attore e, soprattutto, sono stati allestiti da specialiste in materia. Questi pareri concludono tutti, come quelli del perito, per una inabilità lavorativa completa. Il medico fiduciario collaboratore dell'assicuratore, che non ha visto l'attore ma si è basata sui soli atti medici, non condivide tale opinione, senza comunque fornire per le sue conclusioni un valido sostrato se non considerazioni teoriche ed aleatorie.

Le psichiatre curanti hanno avuto in cura regolarmente l'attore, ossia

lo hanno visto, visitato e valutato con frequenza, ciò nell'arco di un anno, tanto che hanno avuto 39 colloqui.

Infatti, l'assicurato ha seguito in modo regolare e continuativo il trattamento psicoterapico messo in atto dalle curanti (doc. AAA), terapia che ha apportato un netto miglioramento della sintomatologia, tanto è vero che proprio dal 1° novembre 2011 l'attore è stato dichiarato abile al lavoro al 20%, dal 1° febbraio 2012 al 30%, dal 1° aprile 2012 al 40%, da maggio al 50%, dal mese di agosto al 70% e dal 1° settembre 2012 al 100%.

Il Tribunale rileva una discrepanza tra l'opinione del perito a proposito della necessità di un trattamento farmacologico (doc. IX/3 pag. 23 risp. 4.2) e la presa di posizione delle dr.sse _____ e _____, che l'hanno esclusa, ritenendo che non necessariamente una sindrome da disadattamento necessiti della somministrazione di medicinali soprattutto quando vi è già un trattamento psicoterapico in atto che dà ottimi risultati (doc. 61). Il TCA evidenzia che la questione, relativa ai metodi di cura, non fa perdere alle valutazioni delle curanti la loro forza probante.

- 2.11. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.8) ed attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserimento e sopra esposta, questo Tribunale *non* può confermare l'operato dell'assicuratore malattia, in quanto l'attore ha presentato una problematica psichica che è perdurata al di là del 31 agosto 2011 e che gli ha continuato a cagionare un'inabilità lavorativa secondo i gradi attestati dai suoi psichiatri curanti.

Il TCA non intravede infatti particolari ragioni che impediscano di condividere i risultati a cui è giunto il perito prof. dr. _____ incaricato da CV 1 stessa tramite la perizia affidata al Gut _____, specialista in psichiatria, che ha avuto modo di visitare l'assicurato a fine 2011, che ha preso visione degli atti dei medici curanti intervenuti in precedenza, prendendo compiutamente posizione su di essi ed in particolare confrontandosi mediante un colloquio telefonico con la dr.ssa med. _____, che dal 7 settembre 2011 aveva in cura psichiatrica l'attore, unitamente alla collega _____.

Esaminati i pareri medici agli atti, questo Tribunale ritiene di poter affermare che l'analisi del prof. dr. med. _____ secondo cui, stante la storia clinica dell'assicurato, i disturbi avuti da quest'ultimo nel 2011 e protrattisi nel 2012 debbano essere diagnosticati come una sindrome da disadattamento con limitazione mista di altri aspetti emozionali riscontrati dopo l'incidente del 27 ottobre 2010, ma tale evento non ne è però la causa visto che l'origine è stata situata nell'infanzia dell'attore (assenza del padre in casa) e nella sua adolescenza (mancata conclusione dell'apprendimento di una professione), appaia credibile, completo, approfondito e vada pienamente condiviso.

Inoltre, dai certificati delle psichiatre curanti è emerso che lo stato d'ansia e di paura, così pure la facile stanchezza, la paura di guidare

e le difficoltà ad addormentarsi ed a dormire, grazie alla psicoterapia di cui ha beneficiato durante un anno, sono sempre più andati scemando, finché l'attore è riuscito pian piano a recuperare le forze fisiche e psichiche, e la sua inabilità lavorativa è passata in otto mesi dal 100% al 50% ed è diventata nulla dopo ulteriori quattro mesi, ossia dal 1° settembre 2012 è riuscito a riacquistare la sua piena capacità di lavoro.

Alla luce di ciò, non v'è perciò motivo di scostarsi dall'esito di due analisi specialistiche esperite da due distinti specialisti in materia che giungono a risultati analoghi, soprattutto per ciò che concerne l'aspetto della capacità lavorativa dell'assicurato, tenuto conto che l'esperto del Centro peritale ha vistato l'attore a pochi mesi dall'inizio del trattamento psicoterapico, mentre le dr.sse _____ e _____ hanno seguito l'assicurato durante un anno.

Stanti le considerazioni esposte, le conclusioni del prof. dr. med. _____ possono dunque essere definite chiare, complete, attendibili, convincenti, approfondite e prive di contraddizioni.

Come indicato esse vanno pienamente condivise (sia il rapporto del 31 gennaio 2012 che l'ulteriore presa di posizione del 4 luglio 2012) e va ritenuto che dal 1° settembre 2011 (doc. IX/2 pag. 2) l'attore presentava un'inabilità lavorativa per motivi psichici, tuttavia non dovuti all'incidente stradale.

In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, anche posteriormente al 31 agosto 2011 l'attore presentava dei disturbi psichici tali da non potere riprendere l'attività lucrativa, indipendentemente dal fatto che essa fosse quella di manager o di corriere.

- 2.12. Stanti così le cose, è a torto che l'assicuratore malattia ha rifiutato di riconoscere all'attore la continuazione del diritto alle indennità giornaliere, ma ha interrotto il loro versamento dal 1° settembre 2011.

In queste circostanze, l'assicuratore convenuto va condannato a corrispondere all'assicurato le indennità giornaliere di cui ha contrattualmente diritto in base ai gradi di incapacità lavorativa stabiliti dalla dr.ssa med. _____ e della somma di salario assicurata (art. 15.6 CGA).

Tale diritto decorre teoricamente dal 1° settembre 2011, ma poiché, come ha rilevato il perito, l'assicurato era inabile totalmente al lavoro a causa di disturbi psichici che non avevano nulla a che vedere con l'incidente del 2010, non si può ritenere che si tratti del proseguimento del precedente caso di infortunio e quindi del perdurare della precedente inabilità lavorativa fondata sui medesimi motivi.

Si è quindi in presenza di un nuovo caso di prestazioni, che genera un nuovo periodo di attesa (art. 13.1 CGA).

In conclusione, le pretese dell'attore di vedersi riconosciute delle indennità giornaliere dal 1° settembre 2011 a dipendenza del suo

grado di incapacità lavorativa vanno tutelate, tenendo però presente l'applicazione del periodo d'attesa di 30 giorni.

- 2.13. Oltre alla richiesta di condannare l'assicuratore al pagamento delle indennità giornaliera, l'attore ha chiesto al TCA - per la prima volta con la petizione del 31 luglio 2012 (doc. I) - il riconoscimento di interessi di mora del 5%, indicando a partire da quando essi decorrono.

Per l'art. 102 cpv. 1 CO, se l'obbligazione è scaduta, il debitore è costituito in mora mediante interpellazione del creditore. A norma dell'art. 102 cpv. 2 CO, quando il giorno dell'adempimento sia stato stabilito o risulti determinato da una disdetta preventivamente convenuta e debitamente fatta il debitore è costituito in mora pel solo decorso di detto giorno.

L'art. 104 cpv. 1 CO prevede che il debitore in mora al pagamento di una somma di danaro deve pagare gli interessi moratori del cinque per cento all'anno, quand'anche gli interessi convenzionali fossero pattuiti in misura minore.

Pertanto, gli interessi di ritardo del 5% sono dovuti dal giorno dell'interpellazione del creditore, che mette in mora il debitore.

Come osservato dal Tribunale federale (4A_468/2008 del 20 febbraio 2009, consid. 3.2), le summenzionate norme si applicano anche al contratto d'assicurazione:

" (...)

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni gli ha accordato interessi di mora del 5 % sulla somma residua di fr. 68'420.10 (137'065 ./ 68'644.90) dall'8 febbraio 2008 al 29 febbraio 2008, cioè dal giorno della prima interpellazione (art. 102 cpv. 1 CO) al giorno della ricezione del pagamento. Il ricorrente obietta che gli interessi di mora andrebbero riconosciuti dal 24 dicembre 2006, momento nel quale, a suo dire, la prestazione assicurata avrebbe dovuto essergli versata. A torto. Gli interessi di ritardo del 5 % (art. 104 cpv. 1 CO) sono dovuti dal giorno dell'interpellazione del creditore, che mette in mora il debitore (art. 102 cpv. 1 CO). Queste norme si applicano anche al contratto d'assicurazione (JURG NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 20 art. 41 LCA). Dato che il ricorrente non contesta la data della prima messa in mora considerata nel giudizio impugnato, la Corte ticinese ha applicato correttamente il diritto federale. La censura dell'attore, che parrebbe conferire rilevanza, sotto il profilo degli interessi di mora, al momento in cui il credito dell'assicurato diviene esigibile (cfr. art. 41 cpv. 1 LCA), è infondata."

In concreto, l'attore ha sempre semplicemente chiesto all'assicuratore il riconoscimento delle indennità giornaliera di sua spettanza, senza tuttavia mai fissare all'assicuratore un termine entro il quale dare seguito al pagamento della somma richiesta (interpellazione del creditore). È solo con la petizione del 31 luglio 2012 che per la prima volta parte attrice ha preteso degli interessi di mora del 5% sulle somme dovute.

Ne discende, quindi, che interessi moratori sulla cifra dovuta dall'assicuratore possono essere pretesi soltanto dalla data in cui l'attore ne ha fatto richiesta al creditore per la prima volta, ovvero dal

31 luglio 2012 (STCA 36.2010.129 del 21 maggio 2012; STCA 36.2010.85 del 3 marzo 2011, consid. 2.11; STCA 36.2009.29 dell'8 settembre 2009, consid. 11).

2.14. L'attore ha chiesto l'assunzione di numerose prove, quali l'edizione della cartella clinica e di tutta la documentazione medica dell'assicurato (doc. I), l'audizione dei testi dr.sse med. _____ e _____ (doc. XVI), di sua moglie _____ per testimoniare della sua impossibilità, per malattia, a recarsi alle visite peritali dell'estate 2011 (doc. XVI) e del dr. med. _____ (doc. XXV).

Parte attrice ha inoltre postulato l'erezione di una perizia medica giudiziaria circa il grado, la durata dell'inabilità lavorativa e la causa della stessa (infortunio o malattia) (doc. XVI).

Il TCA rileva innanzitutto che l'audizione richiesta può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. e dall'art. 6 n. 1 CEDU.

Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale - nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di una assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente (STF 2C_100/2011 del 10 giugno 2011 consid. 2) - o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013, consid. 6.3;

STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009; STF I 472/06 del 21 agosto 2007; nonché DTF 125 V 37 consid. 2; DTF 122 V 47 consid. 3a; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6).

In concreto, l'attore non ha presentato al Tribunale una domanda chiara ed inequivocabile tendente all'organizzazione di un'udienza pubblica (STF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013, consid. 6.4), perciò questo TCA rinuncia all'audizione dell'attore medesimo e di sua moglie, poiché superflue ai fini dell'esito della vertenza (cfr. STF I 472/06 del 21 agosto 2007, consid. 2; STF 9C_578/2008 del 29 maggio 2009, dove la generica richiesta di "*vegliare alla parità delle armi [...] e all'applicazione dell'art. 6 CEDU*" non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico).

Visto l'esito della petizione, il TCA rinuncia a sentire quali testi i medici che hanno avuto in cura l'attore come auspicato da quest'ultimo ed all'assunzione di ulteriori prove quale l'edizione delle sue cartelle mediche e di altra documentazione medica.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da

effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (e in precedenza dall'art. 4 vCost. fed.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c).

- 2.15. Stante quanto precede, la petizione va accolta ai sensi delle considerazioni esposte e l'assicuratore convenuto è pertanto condannato al pagamento delle indennità giornaliere spettanti all'attore conformemente sia ai gradi di incapacità lavorativa stabiliti dalle psichiatre curanti il 27 luglio 2012 ed il 19 settembre 2012 validi fino al 31 agosto 2012, sia alla somma assicurata, oltre interessi di mora al 5% dal 31 luglio 2012, decorso però il termine di attesa previsto contrattualmente.

Vincente in causa, siccome patrocinato da un avvocato, l'attore ha diritto al riconoscimento di ripetibili.

- 2.16. Il valore di causa è rappresentato dalla somma risultante dalla pretesa dell'attore di ottenere il versamento di indennità giornaliere a dipendenza dei gradi di (in)capacità lavorativa dal 1° settembre 2011 fino all'esaurimento del suo diritto contrattuale ed in funzione della somma assicurata.

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

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **parzialmente accolta ai sensi dei considerandi**.

§ CV 1 è condannata al versamento di indennità giornaliera dal 1° settembre 2011 conformemente ai gradi di incapacità lavorativa stabiliti dalle dr.sse med. _____ e _____ fino al 31 agosto 2012 ed in funzione della somma assicurata, oltre agli interessi di mora del 5% dal 31 luglio 2012, tenuto conto del termine d'attesa di 30 giorni.

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

L'assicuratore malattia verserà all'attore l'importo di Fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa).

3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione.

L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

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

Daniele Cattaneo

Il segretario

Fabio Zocchetti