

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2014.49

14 gennaio 2015

TB

In nome  
della Repubblica e Cantone  
Ticino

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

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Gianluca Menghetti

statuendo sulla petizione del 27 maggio 2014 di

**AT 1**

contro

**CV 1**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

**in fatto**

A. Dipendente dal 1° novembre 2013 della ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e licenziato il 14 marzo 2014 (doc. A) per il 30 aprile 2014, AT 1, nato nel 1970, dal 26 marzo 2014 è (stato) inabile al lavoro per malattia (doc. 4).

B. A richiesta di CV 1 (doc. 5), presso cui l'assicurato era affiliato tramite il datore di lavoro con un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia \_\_\_\_\_ con copertura in analogia alla LAMal (doc. 2), il suo medico curante ha compilato il 9 aprile 2014 il Rapporto medico in caso di incapacità lavorativa (doc. 7) e ha

certificato che l'interessato sarebbe stato assente dal lavoro fino al 30 giugno 2014 (doc. 8).

C. Sentito il suo medico fiduciario (doc. 12), con scritto del 13 maggio 2014 (doc. 10) l'assicuratore malattia ha comunicato all'assicurato che, poiché l'inabilità lavorativa del 26 marzo 2014 era da ricondurre a fattori esterni e non medici, non venivano erogate prestazioni di indennità giornaliera.

D. Con petizione del 27 maggio 2014 (doc. I) AT 1 ha chiesto che CV 1 sia condannata a versargli le indennità giornaliere di sua spettanza a decorrere dal primo giorno dell'insorgenza dell'inabilità lavorativa, ritenendo ingiusta e lesiva dei suoi interessi la presa di posizione di rifiuto.

E. Nella risposta del 20 giugno 2014 (doc. III) l'assicuratore malattia convenuto ha invece chiesto di respingere la predetta petizione, giacché per l'inabilità lavorativa dal 26 marzo 2014 al 30 giugno 2014 non sarebbe stata dimostrata la presenza di una malattia che dava diritto a prestazioni assicurative, visto che l'incapacità lavorativa sarebbe invece stata data da motivi estranei alla malattia, quali il licenziamento, come affermato dallo stesso medico curante, che peraltro non ha nemmeno indicato la diagnosi.

F. Ottenuta una proroga (doc. V), il 28 luglio 2014 (doc. VII) l'attore ha prodotto al TCA un certificato medico specialistico, sul quale il 25 agosto 2014 (doc. IX) si è pronunciato l'assicuratore malattia dopo avere nuovamente interpellato il suo medico di fiducia (doc. 13) e concludendo per un rifiuto del riconoscimento di prestazioni di indennità giornaliera a dipendenza dell'inabilità lavorativa sorta il 26 marzo 2014.

L'attore non ha prodotto nuovi mezzi di prova (doc. X).

considerato

**in diritto**

***in ordine***

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007).

***nel merito***

2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se il 26 marzo 2014 sia sorta nell'attore una malattia che abbia comportato una sua inabilità lavorativa a decorrere da quello stesso giorno.

3. Per quanto concerne l'indennità per 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, ADRIAN VON KAENEL, Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: 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).

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

\_\_\_\_\_, Copertura in analogia alla LAMal, edizione 05.2007 (doc. 3), 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 2014 al 31 dicembre 2014 (doc. 2), prevede una copertura per malattia con una durata di prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni ed un periodo d'attesa computabile di 30 giorni per ogni caso, con prestazioni assicurative dell'80% per una massa salariale assicurata di Fr. 250'000.-.

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.

Per l'art. 3.1 CGA, sono assicurate le persone e le cerchie di persone definite nel contratto, che operano nell'ambito dell'azienda assicurata a titolo di dipendente (ai sensi della LAVS).

Per i frontalieri la CV 1 eroga l'indennità giornaliera come per le persone assicurate in Svizzera, fintanto che hanno domicilio nell'ambito della zona di frontiera (50 km in linea d'aria dalla frontiera) e hanno un rapporto lavorativo valevole con il contraente l'assicurazione (art. 5.5 CGA).

Secondo l'art. 7.2 CGA, la copertura assicurativa termina per la persona assicurata: con l'estinzione del contratto assicurativo, per la durata di un'interruzione del lavoro senza diritto al salario, in caso di fuoriuscita dalla cerchia delle persone assicurate, in caso di disdetta a cura del datore di lavoro, con effetto alla data d'uscita dall'impresa assicurata, in caso di disdetta da parte del dipendente, con effetto alla data di uscita dall'impresa assicurata, al compimento del 70° anno di età e quando la durata complessiva delle prestazioni indicata nel contratto è raggiunta (esaurimento del diritto).

Il contraente l'assicurazione, su incarico della CV 1, deve informare il dipendente uscente per iscritto, al più tardi l'ultimo giorno lavorativo, circa il suo diritto di passaggio e il termine a ciò legato. In caso di non mantenimento dell'obbligo d'informazione da parte del contraente l'assicurazione, la persona assicurata rimane nell'assicurazione collettiva (art. 8.1 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. (art.

14.1 CGA). In caso di incapacità lavorativa parziale viene versata un'indennità giornaliera proporzionalmente ridotta, per un periodo massimo di 720 giorni (con detrazione del differimento) nell'arco di 900 giorni (art. 14.2 CGA).

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).

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 confermata da un medico di almeno il 50%. 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. 15.7 CGA, per persone parzialmente disoccupate ai sensi della LADI, in caso di incapacità lavorativa di oltre il 50%, CSS eroga l'intera indennità giornaliera sulla base del guadagno assicurato ai sensi dell'art. 8.4.

Giusta l'art. 19.5 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 (art. 19.8 CGA).

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, le parti hanno concluso un'assicurazione di danno, visto che le persone assicurate hanno diritto all'80% del salario AVS in caso di inabilità lavorativa (art. 15.2 CGA).

6. Nella fattispecie, il TCA deve determinare se l'assicuratore malattia deve dare seguito ai suoi obblighi contrattuali mediante versamento di indennità giornaliera per il caso di malattia in essere dal 26 marzo 2014.

L'attore ritiene di poter rivendicare il diritto alle indennità previste dal contratto assicurativo a decorrere dal primo giorno in cui sarebbe apparsa la malattia (psichica), la quale avrebbe comportato un'inabilità lavorativa (totale) certificata dal suo medico curante e confermata nelle more processuali anche dallo psichiatra consultato. Pertanto, la copertura assicurativa di cui beneficiava tramite il suo ex datore di lavoro dovrebbe riconoscere la sua inabilità lavorativa fino a quando egli si è ristabilito.

L'assicuratore giudica non essere dati i presupposti per procedere in tal senso, giacché questa inabilità lavorativa sarebbe dovuta a motivi estranei alla malattia, quali il licenziamento.

7. Il 26 marzo 2014 (doc. 4) il dott. \_\_\_\_\_, medico chirurgo di \_\_\_\_\_, ha certificato che l'attore "*è ammalato; assente dal lavoro per motivi di salute da oggi al 30/4/14 compreso*".

A seguito di questo certificato, il 28 marzo 2014 (doc. 4) il datore di lavoro dell'attore ha compilato l'apposita notifica di inabilità lavorativa, indicando quale giorno di inizio della malattia il 26 marzo 2014 ed una durata presumibile dell'incapacità lavorativa fino a 30 giorni.

La \_\_\_\_\_ ha inoltre osservato in calce a detta notifica che "*Gradiremmo fosse effettuato un controllo in quanto al dipendente è stata consegnata lettera di licenziamento in data 14032014.*".

Il 3 aprile 2014 (doc. 5) l'assicuratore malattia convenuto ha quindi trasmesso all'assicurato un formulario da consegnare al suo medico curante, che il dottor \_\_\_\_\_ ha compilato il 9 aprile 2014 (docc. B e 7) puntualizzando che l'origine dell'incapacità lavorativa era una malattia, senza però specificare la diagnosi (domanda n. 1). Il curante ha inoltre riportato che il trattamento ambulatoriale era iniziato il 26 marzo e che perdurava e che l'ultimo controllo era

avvenuto quel giorno stesso (domanda n. 3).

Il medico ha poi specificato che la cura avveniva al domicilio del paziente (domanda n. 4).

La descrizione dell'anamnesi prevedeva una costrizione retrosternale, palpitazioni e capogiri e lo stato attuale era stazionario, con una prognosi da definire (domanda n. 5).

Alla domanda n. 6 se "*Esistono motivi non medici che hanno un'influenza sulla capacità lavorativa (p.es. contesto/ambiente lavorativo, licenziamento, fattori legati al contesto sociale, ...)?*", il medico curante ha risposto di sì, precisando il licenziamento.

Quanto al tipo e al contesto della terapia attualmente in atto, sono stati indicati dei beta bloccanti e quali medicinali attualmente presi, il Nebivalolo, senza tuttavia precisare i dosaggi. Quanto ai consigli per la terapia futura, il dottor \_\_\_\_\_ ha evidenziato che sarebbe utile valutare la psicoterapia (domanda n. 7).

Alla domanda n. 8 il medico curante si è espresso in merito al grado ed alla durata dell'inabilità lavorativa in relazione all'attività svolta fino a quel momento, precisando che era del 100% dal 26 marzo al 30 giugno (2014), mentre alla domanda successiva egli ha affermato che dal 1° luglio 2014 si poteva contare su una ripresa lavorativa completa nell'attività finora svolta, tanto che non v'erano possibili misure di reinserimento.

Questo formulario è stato sottoposto all'attenzione del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medico generico, SIM attestato medico perito, medico di fiducia attestato SGV/SSMC, consultato da CV 1 ed il 26 aprile 2014 (doc. 12) si è pronunciato:

" Non è possibile riconoscere l'incapacità lavorativa dell'Assicurato considerando il Rapporto Medico redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ in data 09.04.2014, poiché questi non descrive accuratamente lo stato clinico (che definisce incomprensibilmente stazionario) e funzionale dell'assicurato e soprattutto **non pone una diagnosi**.

Il medico il 9 aprile senza sapere l'esito di eventuali accertamenti medici, ricetta già una IL totale sino al 30 giugno.

Al punto 6 del rapporto, il curante indica il licenziamento quale motivo non medico con influenza sull'incapacità lavorativa. Dal profilo medico-assicurativo, questo costituisce un fattore esterno e non è paragonabile a una patologia psichiatrica.

Al momento della redazione del rapporto, inoltre, non è ancora in atto alcuna presa a carico specialistica e la somministrazione di eventuali medicinali non è dosata, terapia che appare blanda non detonante un quadro clinico severo.

A mio parere, il caso non costituisce un'inabilità lavorativa causa malattia ed è pertanto da rifiutare."

Pendente causa, l'attore è stato visitato l'11 luglio 2014 dal dott. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, medico chirurgo, psicoterapeuta, specialista in psichiatria, che in pari data ha redatto il suo referto (doc. VII), in cui afferma di avere già avuto in cura l'assicurato dal 13 febbraio al 16 dicembre 2013 per un disturbo dell'umore depressivo maggiore, episodio singolo, di lieve-moderata gravità (DSM IV F32.20; 296.20), con sovrapposto in comorbilità un disturbo d'ansia, disturbo di panico senza agorafobia (DSM IV F41.0; 300.01). A causa di questo stato di malattia è stata somministrata al paziente una terapia antidepressiva specifica a base di escitalopram e gli è stato fornito un supporto psicoterapico a cadenza costante di 2 volte

al mese per 6 mesi. Dall'ottobre 2013, constatato che era in corso una piena remissione, perdurante in forma stabile almeno da tre mesi, è stata ridotta la terapia antidepressiva e dai primi giorni di gennaio 2014, persistendo un pieno benessere psicofisico e considerando che l'episodio di malattia, in fase di completa remissione, era il primo episodio nell'anamnesi psicopatologica del paziente, è stata concordata una sospensione della terapia e visite di controllo a cadenza semestrale. L'11 luglio 2014 l'interessato si è presentato per un nuovo consulto, riferendo di essere andato incontro ad un'importante recidiva ansiosa da marzo 2014, con la ricomparsa di attacchi di panico, ansia anticipatoria, ansia somatizzata, in relazione ad eventi di vita stressanti subiti in ambito lavorativo, soprattutto dopo la notizia del licenziamento dal lavoro. Il paziente non ha voluto ricorrere ad uno specialista, ma si faceva curare dal medico di base per considerazioni di ordine emotivo-affettivo. Ha ammesso di avere sottovalutato la ricomparsa della sintomatologia ansiosa ritenendola reattiva ad eventi obiettivamente ansiogeni e, sul piano psicologico, di non avere voluto accettare con sé stesso la frustrazione di constatare una nuova ricaduta della malattia manifestata l'anno precedente. Ha pure avuto una certa riluttanza a rivolgersi al terapeuta a causa di sentimenti ambivalenti, oscillanti fra la vergogna e la rabbia, sempre in relazione alla doppia frustrazione della recidiva e del licenziamento.

Al momento del consulto, il paziente è apparso in evidente stato ansioso e ha riferito il persistere di vissuti di fragilità emotiva connessi con la ricomparsa della sintomatologia panica. Il tono dell'umore è apparso lievemente depresso, con ideazione pessimistica, "demoralizzato", deluso e stressato per la vicenda del licenziamento. Ha descritto episodi d'ansia anticipatoria quasi quotidiani, connessi con la presenza di impegni anche minimali, la paura di "non essere all'altezza" anche a fronte di situazioni di vita da lui ben conosciute, di ricorrere difensivamente ad imponenti comportamenti di evitamento. Lo specialista ha affermato che tali dimensioni psicopatologiche dell'ansia interferiscono pesantemente con la capacità di sentirsi abile a condurre un veicolo se non per brevi tratti, di affrontare evenienze che prefigurano ipotesi di conflitto, di critica o disagio emotivo. D'avviso dello psichiatra, l'interessato si è ritrovato in una condizione di salute psichica precaria, con un elevato livello di vulnerabilità a fattori di vita (comune), anche solo lievemente stressanti. Pertanto, gli è stato consigliato un immediato recupero della terapia precedente seguendo una determinata posologia fino alla prossima visita prevista ad inizio settembre.

Dal canto suo CV 1 ha preso posizione (doc. IX) in merito al certificato del dott. \_\_\_\_\_ indicando come questi abbia riferito di una situazione all'11 luglio 2014 senza determinarsi sulla capacità lavorativa. CV 1 ha prodotto un certificato medico del suo fiduciario medico generico Dr. \_\_\_\_\_, in cui questi rileva di non potere "*riconoscere incapacità lavorativa*" siccome:

" (...)

I fattori esterni legati al licenziamento costituiscono un fattore esterno e non sono paragonabili a una patologia psichiatrica.

... certificazione medica del dr. \_\_\_\_\_ dell'11 luglio 2014, che descrive una situazione clinica dell'Assicurato caratterizzata da stato

ansioso con la ricomparsa della sintomatologia panica. Ma tale certificazione in nessun caso può avere un valore retroattivo e non ha dunque nessun valore di prova per il periodo di presenta malattia in questione, come più volte ribadito dal Tribunale del lavoro di \_\_\_\_\_." (doc. 13)

8. Per costante giurisprudenza (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, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.).

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).

Per la 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 dalla persona esaminata, che sia stato redatto 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 sua denominazione 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; RAMI 1991 pag. 311 consid. 1; MEYER-BLASER, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI* 3/1997 pag. 123), bensì semplicemente il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii).

A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito 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 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 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 debbono guidare il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni anche nelle fattispecie rette dalla LCA, come quella in discussione.

9. Dai suesposti atti medici risulta dunque che il 26 marzo 2014 il dottor \_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurato, ha ritenuto che dal quel dì quest'ultimo fosse inabile al lavoro in misura totale.

Questa circostanza è stata confermata anche il 9 aprile seguente, quando lo stesso medico curante ha compilato l'apposito formulario sullo stato di salute dell'attore.

Tuttavia, come ha osservato l'assicuratore malattia convenuto, il dottor \_\_\_\_\_ ha omesso di indicare la diagnosi, lasciando in bianco la domanda n. 1 anche in merito al quesito a sapere da quando sono apparsi i primi sintomi.

Il curante è invece stato completo nell'espone l'anamnesi del paziente (costrizione retrosternale, palpitations, capogiri), lo stato attuale (stazionario), la prognosi (da definire), il tipo di terapia posta in atto (beta bloccanti), i medicinali presi (Nebivalolo) ed i consigli per la terapia futura (valutare la psicoterapia).

Pertanto, d'avviso del TCA, vanno molto relativizzate le critiche dell'assicuratore malattia secondo cui le risposte date dal medico di base curante \_\_\_\_\_ sarebbero in sostanza lacunose e troppo generiche.

Se è vero, da un lato, che fa difetto l'indicazione della diagnosi, d'altro lato, però, l'anamnesi esposta è ben dettagliata, laddove il curante ha circoscritto alla costrizione retrosternale, alle palpitations ed ai capogiri i disturbi lamentati dall'attore. Inoltre, il medico ha riferito che, essendo all'inizio della malattia, lo stato attuale dell'assicurato era stazionario, tanto che ha previsto che l'inabilità lavorativa totale sarebbe perdurata almeno per tre mesi, ossia fino al 30 giugno 2014, e quindi, a quel momento, non era ancora in grado di pronunciarsi sulla prognosi. CV 1 avrebbe comunque potuto, o dovuto, chiedere al medico di base italiano consultato dall'attore le

informazioni che le necessitavano e mancavano nel referto. Ciò è imposto dalla buona fede che sorregge il rapporto tra le parti.

Lamentare le carenze e fondare, tramite il fiduciario, sulle stesse il rifiuto di riconoscere una patologia è comportamento che non ossequia il dovere dell'assicuratore di accertare l'esistenza, o ricusarla, di una patologia semmai indennizzabile.

La malattia all'origine dell'incapacità lavorativa dell'attore è stata trattata con dei beta bloccanti. La circostanza che non sia stato indicato il dosaggio del farmaco assunto dal paziente (Nebivalolo) è del tutto ininfluenza ai fini della determinazione dell'esistenza di un'incapacità lavorativa, ritenuto che il dosaggio di un farmaco dipende da molti fattori sia legati alla persona che li assume sia alla gravità della patologia stessa.

Inoltre, del tutto gratuita ed al limite della temerarietà, è l'affermazione dell'assicuratore secondo cui "*La sola prescrizione del medicamento indicato da parte del curante (senza la prova che il medicamento venga effettivamente assunto) non attesta di per sé in alcun modo la presenza di una patologia tale da giustificare un'inabilità lavorativa al 100%.*" (doc. III punto 3.4.1 pag. 5).

Appare infatti inaccettabile mettere in dubbio che un farmaco prescritto da un medico non sia assunto dal paziente in assenza di qualsivoglia elemento indiziante in tal senso. Se si desse seguito a questo tipo di affermazione, ogni prescrizione medica, ogni diagnosi, ogni anamnesi, ogni terapia e altro ancora dovrebbe allora essere messo sempre in dubbio dagli assicuratori ed agli assicurati spetterebbe un onere probatorio assurdo: il compito di comprovare l'assunzione di ogni farmaco (magari con l'invio dell'involucro vuoto) e la messa in atto delle terapie prescritte, ciò che, a mente del TCA, è insensato.

CV 1 non ha nessun elemento oggettivo concreto per i suoi ingiustificati e persino insultanti sospetti. La stessa è diffidata pro futuro.

Quanto alle illazioni dell'assicuratore convenuto sugli emendamenti delle date di fine dell'inabilità lavorativa rispettivamente di inizio della ripresa lavorativa da parte dell'attore, è di meridiana evidenza che si è trattato di una correzione operata dallo stesso estensore del questionario, così come risulta chiaramente dall'apposizione della firma del dottor \_\_\_\_\_ accanto alla modifica delle date, proprio a sigillare la ratifica di queste modifiche.

Secondo questo Tribunale, poi, il fatto che il medico curante abbia indicato come stazionario lo stato di salute dell'attore e quindi che abbia sin da subito previsto un periodo di inabilità lavorativa totale di tre mesi, non fa che anticipare ciò che lo specialista ha poi in seguito confermato, ossia che in occasione del primo episodio depressivo occorso durante l'anno 2013, era stata ritenuta una remissione della patologia dopo che essa era perdurata in forma stabile almeno tre mesi, circostanza che ha dato modo allo psichiatra di ridurre il dosaggio dei farmaci prescritti, ed assunti, dall'attore.

Alla luce, inoltre, del recente referto medico specialistico, molto dettagliato nell'anamnesi, nella sintomatologia soggettiva e nella terapia in atto, non si può non ritenere come fede facente lo status clinico descritto dal medico curante dell'attore alcuni mesi prima. Infatti, la costrizione retrosternale, le palpitazioni ed i capogiri sono sicuramente compatibili con la condizione di salute psichica precaria accertata dal dottor \_\_\_\_\_ nel luglio 2014, in cui l'interessato presentava un evidente stato ansioso ed era ricomparsa la sintomatologia panica. In tali circostanze, lo psichiatra che durante il 2013 aveva già avuto in cura l'attore, come in precedenza ha ritenuto necessaria l'immediata assunzione di escitalopram secondo un determinato dosaggio fino alla prossima visita, programmata per l'inizio di settembre 2014.

Circa l'effettiva assenza dell'indicazione della diagnosi da parte del medico curante nel formulario compilato il 9 aprile 2014, ciò che impedisce al Tribunale di qualificarlo come completo, va qui evidenziato che un semplice contatto tra l'assicuratore e/o il suo medico aziendale ed il dottor \_\_\_\_\_ avrebbe facilmente ovviato a questa omissione, apportando in breve tempo i chiarimenti di cui il convenuto necessitava per potere compiutamente pronunciarsi sulla richiesta di prestazioni da parte dell'interessato.

Quanto all'inabilità al lavoro prevista almeno fino al 30 giugno 2014, sebbene essa sia stata influenzata, come ha esplicitamente indicato il dottor \_\_\_\_\_, dal licenziamento dell'assicurato comunicatogli con lettera del 14 marzo 2014, non può però essere qui negato che le condizioni di salute dell'attore emerse nel marzo 2014, alla base di questa sua incapacità lavorativa, hanno certamente una base clinica oggettivabile. La sintomatologia manifestata nel marzo 2014 era peraltro già emersa soltanto l'anno precedente ed era terminata appena tre mesi prima della ricaduta in questione.

In queste condizioni, non v'è chi non veda come un sostrato patologico fosse manifestamente presente nell'inabilità al lavoro manifestata dall'attore il 26 marzo 2014, circostanza che è stata poi spiegata e dettagliata più che adeguatamente. Il rapporto specifico dello psichiatra dott. \_\_\_\_\_ può tranquillamente essere posto alla base di questo giudizio siccome trova il correlato, per il mese di marzo 2014, nel rapporto del curante.

A fronte di una certificazione specialistica CV 1 si è limitata ad interpellare nuovamente il suo medico aziendale che, pur cognito della prassi dei Tribunali \_\_\_\_\_ (doc. 13) non è psichiatra e non è esperto in materia. CV 1 avrebbe fatto meglio a sottoporre il caso ad uno specialista in materia.

Per quanto concerne l'affermazione dell'aprile 2014 (doc. 12) del dr. med. \_\_\_\_\_ secondo cui quando il medico curante ha compilato l'apposito questionario non era ancora in atto alcuna presa a carico specialistica e che la terapia somministrata appariva blanda tanto da non detonare un quadro clinico severo, va qui osservato che la malattia che affliggeva l'attore era sopraggiunta soltanto due settimane prima e che, proprio per questo, il medico curante, seppure non specialista, ha ritenuto di potersi occupare dell'assicurato prescrivendo beta bloccanti e Nobivololo quale prima

misura terapeutica.

Non va tuttavia dimenticato che lo stesso dottor \_\_\_\_\_, proprio perché non specialista in materia, ha comunque consigliato al paziente un consulto psichiatrico, che però è giunto soltanto tre mesi dopo, giacché l'attore ha *"da una parte sottovalutato la ricomparsa della sintomatologia ansiosa ritenendola reattiva ad eventi obiettivamente ansiogeni, e, sul piano psicologico, di non aver voluto accettare con sé stesso la frustrazione di constatare una nuova ricaduta della malattia manifestata l'anno precedente. Riferisce inoltre di aver avuto una certa riluttanza a rivolgersi al suo terapeuta a causa di sentimenti ambivalenti, oscillanti fra la vergogna e la rabbia, sempre in relazione alla doppia frustrazione della recidiva e del licenziamento."* (doc. VII).

Tutto ben considerato, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'attore sia stato accuratamente vagliato dall'assicuratore malattia, questo Tribunale conclude che vanno qui ritenuti dettagliati, logici ed affidabili i referti dei medici interpellati dall'assicurato, che vanno dunque posti quali basi per ammettere la presenza di una malattia che ha dato luogo ad un'inabilità lavorativa totale dell'attore iniziata il 26 marzo 2014 e perdurante oltre l'11 luglio 2014.

10. Stanti le considerazioni esposte, la pretesa dell'attore nei confronti di CV 1 va tutelata, nel senso che l'assicuratore malattia va condannato a riconoscere all'attore prestazioni di indennità giornaliera dal 26 marzo 2014 in poi sulla base del contratto assicurativo.

La petizione deve pertanto essere accolta, senza attribuzione di ripetibili all'attore, siccome non rappresentato.

Si prescinde eccezionalmente dal carico di tasse e spese all'assicuratore, anche se è stata dimostrata leggerezza e superficialità nel trattare la fattispecie. CV 1 è comunque avvertita pro futuro.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

1. La petizione è **accolta**.

§ CV 1 è condannata a versare all'attore le indennità giornaliere contrattualmente previste a causa dell'inabilità lavorativa totale sorta il 26 marzo 2014.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si attribuiscono ripetibili.
3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA (art. 49 cpv. 2 LSA).

Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile (art. 74 cpv. 2 lett. b LTF) al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, nel termine di 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF).

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

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato

Il segretario

Ivano Ranzanici

Gianluca Menghetti