

TI_GERICHTE 35.2022.18 vom 11. Juli 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-07-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.18

FR: TI_GERICHTE 35.2022.18 du 11 juillet 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.18 del 11 luglio 2022

Regeste

Discusso se l'assicuratore fosse legittimato a negare la revisione delle rendite in vigore, rispettivamente a negare il diritto a un'IMI aggiuntiva. Rinvio atti per complemento istruttorio (perizia psichiatrica)

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). Nel merito 2.2. Nella concreta evenienza, è litigiosa la questione di sapere se l'assicuratore convenuto era legittimato a negare l'aumento del grado della rendita d'invalidità in vigore, rispettivamente ad assegnare un'IMI aggiuntiva, oppure no. 2.3. Revisione della rendita d'invalidità in vigore? 2.3.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall'art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d'invalidità muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGa, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dagli assicuratori contro gli infortuni, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.). 2.3.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo

stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare.

2.3.3. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata).

2.3.4. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114).

2.3.5. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio).

2.3.6. Nella presente fattispecie, la decisione dell'CO 1 di porre l'insorgente al beneficio di una rendita d'invalidità del 70% a far tempo dal 1° ottobre 2015, risulta fondata sulla valutazione espressa dai suoi medici di fiducia (cfr. doc. A 325, p. 1). Dalle carte processuali si evince in effetti che nel giugno 2015 l'assicurata è stata visitata per conto dell'istituto assicuratore dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia. All'esame clinico e tenuto conto della documentazione radiologica a sua disposizione, il fiduciario ha refertato quanto segue: " (...). - frattura diafisi e collo del femore destro non spostata, che viene dapprima ridotta con posa fissatore esterno; il 9.4.2002 asportazione del fissatore esterno del femore destro, osteosintesi _____ del collo del femore mediante tre viti canulate e della diafisi _____ femorale destra mediante riduzione cruenta e osteosintesi con _____ placca LCDCP fissata con nuove viti. Esiti di asportazione dei _____ mezzi di sintesi nel gennaio 2004 e correzione della _____

cicatrice. Si apprezza una ottima guarigione a questo livello ; - frattura della testa della fibula destra, dove non permangono residui ; - frattura pilon tibiale destro, del Volkmann e del malleolo laterale; esiti di riduzione cruenta e ricostruzione del pilon tibiale ed osteosintesi della cavaglia destra. Esiti di asportazione parziale dei mezzi di sintesi nel gennaio 2014 e di correzione della cicatrice; Si apprezza un discreto risultato ma permane una limitazione funzionale della cavaglia destra, associata a dolori a livello di questa articolazione ; permangono ancora in sede una vite e due frammenti di vite (una in sede tibiale e una a livello della sindesmosi anteriore al passaggio tibio-fibulare); fatta eccezione del legamento anteriore della sindesmosi e terzo distale della membrana interossea, segni di artrosi di grado non elevato; - frattura pluriframmentaria acetabolo sinistro con lussazione posteriore centrale dell'anca, trattata mediante osteosintesi con buona riduzione. Esiti di asportazione di due viti della osteotomia del trocantere maggiore nel gennaio 2004 (restante materiale tuttora in sede) e di correzione della cicatrice nel medesimo atto chirurgico. Siamo in presenza di coartrosi post-traumatica con limitazione funzionale e dolori per cui è già stata proposta la procedura chirurgica di posa di protesi alla quale, al momento, la paziente non si sente di affrontare; - ferita lacero contusa al ginocchio sinistro pre-rotulea trattata con revisione e sutura. Permane evidente cicatrice ; - frattura/lussazione trans-scafoideale perilunare, trans-triquetrale della mano destra trattata mediante riduzione chiusa della lussazione/frattura del carpo con fissazione percutanea trans navicolare e trans scafoide e semilunare del polso destro. Esiti di asportazione dei mezzi di sintesi. Permangono lieve maggiore affaticabilità del polso e mano destra associata a minima limitazione funzionale e calo della forza alla prensione rozza (vedi misurazioni); - trauma toracale con pneumotorace destro, drenato con Bülow, guarito senza reliquiati ; - rottura del rene sinistro con ematoma retroperitoneale, guarito senza reliquiati ; (...). - instabilità L5-S1 trattata cruentemente nel 2013 con spondilodesi anteriore ALIF con tuttora sintomatologia algica . Alla TAC di giugno 2014 vi sono lievi segni di instabilità parziale di due viti con consolidamento tra i due metameri non ancora completa. Permane inoltre cicatrice infra-ombelicale verso sinfisi pubica di cm. 6 con nella sua parte prossimale di circa cm. 1.5 affossamento e aderenza ai piani sottostanti con conseguenti dolori e fastidi.” (doc. M57, p. 9 s.) Quindi, per quanto qui d’interesse, il dott. _____ si è così pronunciato a proposito della capacità lavorativa residua della ricorrente: " (...) nello stato attuale di salute della paziente derivante dai postumi infortunistici, in via teorica ella potrebbe lavorare in una percentuale del 20% (parzialmente seduta, parzialmente in piedi) occupandosi di preparazione di terapie medicamentose per i pazienti ed eventuale aggiornamento delle schede cliniche. Non sono ipotizzabili altri incarichi o mansioni.” (doc. M57, p. 11) Prima di procedere all’emanazione della decisione di rendita (revisione), l’amministrazione ha interpellato un altro suo consulente, il dott. _____, anch’egli spec. FMH in chirurgia, il quale ha osservato che dal momento della costituzione della rendita lo stato di salute infortunistico dell’assicurata era chiaramente peggiorato, nella forma di una lieve artrosi nella regione della cavaglia destra e di un’importante e dolorosa artrosi all’anca sinistra. Anche la situazione a livello della colonna lombare si era aggravata, ciò che aveva reso necessario procedere a una spondilodesi L5/S1. Il fiduciario si è quindi detto d’accordo con il dott. _____ che

l'insorgente non era più in grado di lavorare in misura del 50% alle dipendenze di una casa per anziani. D'altro canto, egli ha però dichiarato la ricorrente abile nella misura del 30 fino al 33■% in un lavoro con posizione alternata, implicante la preparazione di medicinali e delle mansioni amministrative (doc. M 58). A chiusura della ricaduta determinata dal peggioramento dello stato del rachide lombare, con la decisione formale del 28 settembre 2015, l'istituto assicuratore ha quindi aumentato il grado d'invalidità dell'assicurata dal 50 al 70%, il medesimo ritenuto dall'assicurazione per l'invalidità (doc. A325: "Il 25 giugno 2015 lei è stata visita dal dott. _____. Abbiamo sottoposto la perizia da lui allestita al nostro medico consulente, il quale nella sua valutazione è giunto alla conclusione che, per quanto concerne unicamente il nesso di causalità con l'infortunio, in base agli esiti degli esami effettuati è ragionevolmente esigibile un'abilità al lavoro residua del 30%.

Analogamente all'assicurazione invalidità, il grado AI viene aumentato al 70% e la sua rendita viene adeguata alle nuove circostanze."). Dalle carte processuali si evince che la questione di sapere se l'esigibilità lavorativa alla base della rendita d'invalidità in vigore, si è nel frattempo modificata rispetto alla situazione esistente al momento dell'ultima revisione della medesima, oppure no, è stata oggetto di approfondimento da parte dei medici di fiducia dell'amministrazione. Innanzitutto, occorre però rilevare che già nel luglio 2017 l'insorgente ha segnalato all'assicuratore che, a causa dei dolori alla schiena, alla caviglia destra e all'anca sinistra, il suo medico curante aveva nel frattempo disposto l'esecuzione di nuovi accertamenti a quei livelli (cfr. doc. A337). Dalla documentazione agli atti emerge in effetti che, il 24 gennaio 2017, RI 1 ha consultato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha diagnosticato un'artropatia alla caviglia destra dopo politrauma con osteosintesi e parziale asportazione del materiale osteosintetico. Per quanto riguarda l'ulteriore procedere terapeutico, lo specialista ha consigliato un trattamento conservativo con esercizi di stretching a domicilio, adattamento delle scarpe e assunzione di un antidolorifico al bisogno (doc. M63). Con certificazione del 17 luglio 2017, la dott.ssa _____, spec. FMH in medicina interna, ha informato il fiduciario dell'CO 1 che lo stato dell'assicurata si era aggravato notevolmente nel corso dell'ultimo anno con, a quel momento, "- importante zoppia causata dalla problematica alla caviglia dx in aggravamento necessitante scarpe ortopediche specifiche - riscontro di reperto intra-operatorio di grave coxartrosi bilaterale post-traumatica - grave sindrome post-traumatica da stress necessitante presa a carico specialistica" (doc. M64). Con referto del 16 ottobre 2017, la dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, curante dal luglio 2017, ha attestato segnatamente che "nel corso degli anni il peggioramento dei disturbi nonostante gli interventi e le terapie a cui si è sottoposta, le notevoli limitazioni fisiche, il diminuito senso dell'autonomia, l'impossibilità di continuare a svolgere la propria attività lavorativa, la perdita quindi del suo lavoro, le difficoltà anche nello svolgimento delle normali attività quotidiane e ricreative, tutto ciò ha intaccato la propria integrità psicofisica e sicurezza personale con sviluppo di una condizione persistente di malessere psicologico importante. In particolare la paziente ha dovuto confrontarsi con il proprio aspetto fisico in relazione ai segni delle cicatrici postoperatorie che unitamente al fattore estetico e fisiognomico, hanno comportato una percezione disarmonica della propria immagine corporea con ripercussioni negative nella vita di coppia, familiare e sociale, con ulteriore perdita di fiducia e sicurezza in sé stessa, sentimenti di forte e persistente disagio, intensa inadeguatezza, disistima, minore disponibilità ad interagire con il mondo circostante con marcata tendenza a ritiro emotivo e sociale, difficoltà nelle relazioni interpersonali. Tale condizione ha indotto un'alterazione

significativa nella sfera timica di tipo depressivo con profondo senso di malessere e sofferenza psicologica che ha necessitato l'attuale presa a carico specialistica tramite una terapia combinata psicofarmacologica antidepressiva (Fluoxetine 20 mg x2/die) unitamente al trattamento psicoterapeutico. Un intervento di chirurgia plastica rimane ad ogni modo il trattamento più specifico ed indicato, in quanto più che giovare al suo aspetto fisico, per quanto molto importante, può influire in maniera determinante sulla sua personalità con recupero di una condizione di maggiore stabilità e benessere psichico, evitando in tal modo il forte rischio di un aggravamento dei sintomi attuali con evoluzione in psicopatologie maggiori." (allegato al doc. M65). Risulta inoltre che dal mese di luglio 2018 l'assicurata è entrata in cura presso il Centro _____, dove è stata in sostanza sottoposta a infiltrazioni con anestetico e ozono a livello lombare e del piede destro (cfr. doc. M68). Agli atti figura un secondo referto, datato 23 novembre 2018, della psichiatra dott.ssa _____, in cui figura la diagnosi di episodio depressivo di tipo endoreattivo di entità grave (ICD-10:F32.2), responsabile di una totale inabilità in ogni attività lavorativa (doc. M69). Nel gennaio 2019, l'insorgente ha consultato il dott. _____, spec. FMH in chirurgia della mano, il quale ha refertato la presenza di una lesione degenerativa alla fibrocartilagine triangolare, che non correlava però con una "sintomatologia importante, la suddetta lesione non ne limita le attività quotidiane.". Lo specialista ha quindi consigliato la prosecuzione dell'ergoterapia a scopo analgico e antinfiammatorio, come pure l'utilizzo di un tutore durante le ore notturne (doc. M73 – il corsivo è del redattore). In data 13 dicembre 2018 ha avuto luogo una visita fiduciaria presso il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Dal suo relativo referto, datato 17 ottobre 2019, risultano in particolare le diagnosi di "sindrome del dolore cronico e decondizionamento muscolare generale. Fusione pisotriquetrale su artrosi posttraumatica e sinostosi lunotriquetrale probabilmente congenita mano dominante destra. Coxartrosi posttraumatica sinistra. Incipiente artrosi posttraumatica tibiotarsica e sinostosi tibiofibulare distale caviglia destra. Spondilodesi anteriore L5/S1 con Synfix (13.06.2013) per discopatia, osteocondrosi e lieve spondilolistesi degenerativa L5/S1. (...)". Il consulente ha quindi negato l'eziologia infortunistica all'emicrania, alle cervicalgie, ai disturbi al polso destro, alla sindrome da dolore cronico e alla problematica psichica: "(...) Un incremento della frequenza di episodi di emicrania, nota e preesistente all'infortunio del 2002, è ben possibile, ma non può essere messa in relazione causale almeno probabile con l'infortunio del 04.04.2002. Comunque la situazione è sotto controllo e la paziente è in grado di gestire bene ed in modo autonomo tale sintomatologia. La riferita cervicalgia molto probabilmente è di origine degenerativa e almeno in parte su problematica miofasciale del rachide cervicale. Esami radiologici eseguiti in passato hanno rilevato discopatia, spondilosi e uncartrosi C5/C6 con stenosi foraminale bilaterale. L'esame clinico oggettivo in confronto alla visita medica del 25.06.2015 mostra lieve dolenzia paravertebrale diffusa alla parte inferiore e al passaggio cervicodorsale senza correlato strutturale e altrimenti risulta invariato in assenza di ipertono muscolare o disturbo funzionale segmentario o deficit neurologico. Non sono a disposizione nuovi esami radiologici. I disturbi a livello della colonna cervicale insorti nel frattempo non sono da ritenere in nesso causale con l'infortunio del 04.04.2002. A livello del polso destro è stata rilevata una lesione degenerativa del complesso cartilagineo triangolare, sintomatica con provocazione di dolori al movimento e carico dipendenti sul lato ulnare del polso dominante destro. Tale lesione, attualmente non in trattamento specifico, è chiaramente di origine degenerativa e ai precedenti esami del polso come alla artro-TAC del 19.12.2002 non ancora presente e

quindi non causata dall'infortunio del 04.04.2002. Invece per quanto riguarda i postumi infortunistici, la situazione a livello del carpo clinicamente è rimasta stabile con ridotta funzionalità e residui disturbi invariati in confronto alla visita medica del 25.06.2015. Radiologicamente si assiste ad una fusione ossea pisotriquetrale, probabilmente su artrosi postraumatica. La formazione di una sindrome da dolore cronico con estensione dei sintomi e associato disturbo del sonno e conseguente sviluppo di facile stancabilità ed esauribilità psico-fisica e riduzione del tono dell'umore, non si lascia spiegare con i postumi infortunistici oggettivabili e quindi non può essere messa in nesso causale con l'infortunio del 04.04.2002, anche se tale sintomatologia soggettiva è plausibile e la sofferenza della paziente è clinicamente evidente. La sindrome dolorosa generalizzata è probabilmente di eziologia plurifattoriale non somatica in un quadro di decondizionamento muscolare diffuso e si è sviluppata molti anni dopo l'infortunio in oggetto e finora è stata resistente alla terapia specifica eseguita dallo specialista del dolore cronico. Da vedere in stretta correlazione con il disagio psichico." (doc. M74, p. 6 – il corsivo è del redattore) Dopo aver premesso che l'assenza di esami radiologici più aggiornati rendeva più difficile "la valutazione oggettiva di un eventuale peggioramento dei postumi infortunistici" e tenuto conto unicamente dei postumi residui dell'infortunio assicurato, il dott. _____ ha sostenuto che "clinicamente vi sono segni di lieve peggioramento della situazione a livello dell'anca sinistra, probabilmente su progressione dell'artrosi postraumatica. (...). A livello della caviglia destra clinicamente e radiologicamente invece non vi sono segni per rilevante progressione delle alterazioni artrosiche postraumatiche. In ogni caso la paziente attualmente rinuncia ad ulteriori accertamenti medici e anche ad infiltrazioni terapeutiche e adattamento di scarpe ortopediche." (doc. M74, p. 6 s.). Il fiduciario si è infine espresso in questi termini per quanto attiene all'eventuale insorgere di un aggravamento della situazione rispetto a quella refertata dal dott. _____ nel giugno 2015: "(...)

Considerando la documentazione medica, i dati anamnestici e l'esame oggettivo, per le sole conseguenze infortunistiche in relazione causale con l'infortunio avvenuto il 04.04.2002 e in confronto alla situazione al momento della revisione della rendita LAINF nel 2015 non vi sono le premesse per un rilevante peggioramento oggettivabile dei postumi infortunistici, ma unicamente un peggioramento dello stato di salute psicofisica della paziente di origine non traumatica. (...). In assenza di significativo peggioramento dei postumi infortunistici rispetto alla visita medica del 25.06.2015 e la rinuncia esplicita della paziente ad ulteriori trattamenti invasivi, attualmente la capacità lavorativa residua è da ritenere invariata ed esigibile in misura come definita all'occasione della revisione di rendita LAINF nel 2015 ." (doc. M74, p. 7 – il corsivo è del redattore) Rispondendo ai quesiti postigli dall'amministrazione, il dott. _____ ha in particolare ribadito di non avere "... elementi per un rilevante peggioramento dei postumi infortunistici e quindi la situazione concernente l'esigibilità lavorativa rispetto alla revisione di rendita LAINF del 2015 è da considerare invariata. La paziente non può più camminare per lunghe distanze, deambulare su terreni sconnessi ed irregolari, salire e scendere le scale ripetutamente, stare in piedi a lungo, assumere la posizione seduta a lungo, portare e alzare pesi medi e pesanti, alzare pesi lontano dal corpo, eseguire movimenti ripetitivi con il tronco, assumere la posizione inclinata in avanti, eseguire sforzi manuali con la mano destra, accovacciarsi e abbassarsi ripetutamente, assumere la posizione inginocchiata, manovrare pedali con il piede destro." (doc. M74, p. 9). Il medico consulente ha ulteriormente precisato la natura delle limitazioni funzionali che l'assicurata presenta a dipendenza del danno alla salute infortunistico, e ciò nei seguenti termini: "(...) Non può stare in posizione con il corpo anche solo lievemente

inclinato in avanti o piegato lateralmente. Anche in posizione ergonomica della schiena la posizione seduta e la posizione eretta può essere assunta al massimo per 60-90 minuti, poi la paziente deve avere la possibilità di fare qualche passo e muovere la schiena. La paziente non può essere seduta su una sedia bassa con flessione dell'anca sinistra oltre 90°. In una posizione alternata seduta e eretta secondo bisogno la paziente può eseguire lavori leggeri della durata di una giornata lavorativa interrotta da pause regolari prolungate di circa 30-60 minuti dopo 2-4 ore di attività. (...). Posizione seduta ergonomica e posizione eretta ergonomica senza pausa al massimo 60-90 minuti. Deambulazione su terreno piano senza portare pesi possibile per 30 minuti." (doc. M74, p. 10) In conclusione, il dott. _____ ha confermato "... la valutazione del Dr. med. _____ e ritengo la paziente abile al lavoro svolto da ultimo in specifiche mansioni leggere nella misura del 30%, invece un'attività perfettamente confacente alle limitazioni postinfortunistiche sarebbe esigibile al 50% ." (doc. M74, p. 11 – il corsivo è del redattore). Nel corso del mese di febbraio 2020, la ricorrente si è sottoposta ad alcuni esami strumentali per immagini. La RMN lombare del 14 febbraio 2020 ha mostrato un esame sovrapponibile a quello già effettuato nel giugno 2017 con un buon esito dell'intervento a livello di L5/S1, una lieve faccettopatia L4-L5 senza recidiva dell'ernia e una zona di edema focale nell'ala sacrale destra e soprattutto un'ipotrofia del muscolo ilio-psoas sinistro e muscolo piriforme da trauma neurogeno diretto oppure da disuso in ambito dei postumi infortunistici (doc. M 75). La RMN della caviglia destra del 19 febbraio 2020 ha evidenziato un esame sovrapponibile al precedente (30 giugno 2017) con lieve sinovite nell'articolazione talo-crurale e una focale ipertrofia sinoviale nel grondaio tibio-fibulare antero-laterale, in assenza di sviluppo di artrosi secondaria (doc. M76). Il 10 giugno 2020, l'insorgente ha privatamente consultato il dott. _____, spec. in anestesiology e trattamento invasivo del dolore, il quale ha espresso il "... forte sospetto che si tratti di una fibromialgia , (oltre al dolore cronico). In questa situazione una terapia infiltrativa non garantirebbe alcun miglioramento significativo ed anche la paziente stessa si è mostrata scettica verso un approccio interventistico. Ho spiegato che sarebbe auspicabile una modifica delle abitudini nella vita quotidiana della Sig.ra RI 1 per poter ottenere effetti positivi a lungo termine sulla qualità di vita. Questo consiste in una cessazione del fumo, una ripresa dell'attività fisica regolare e un'eventuale soggiorno di fisioterapia intensiva nell'ambito di un'ospedalizzazione in una struttura riabilitativa. Anche la presa a carico da parte di uno psichiatra potrebbe essere un approccio utile. (...). La paziente esclude a priori un'ospedalizzazione nell'ambito di una riabilitazione intensiva e non vede la possibilità di aumentare l'attività fisica a causa dei vari problemi ortopedici presenti, accetta però d'iniziare la fisioterapia. (...)." (doc. M77). L'assicuratore resistente ha sottoposto la documentazione medica acquisita nel frattempo e le obiezioni sollevate dal patrocinatore al dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale è stato invitato a valutare se esse fossero atte a modificare in qualche modo le conclusioni del dott. _____. Questo in particolare il tenore del suo apprezzamento (doc. M78; traduzione in lingua italiana sub doc. M79) " (...) Sia il referto del dott. _____ che gli esami radiologici come la RMT del polso destro del 28 giugno 2019, la RMT della colonna vertebrale del 14 febbraio 2020 e la RMT dell'articolazione tibio-tarsica destra del 19 febbraio 2020 non evidenziano alcun cambiamento significativo delle summenzionate lesioni strutturali causate da infortunio esaminate. Pertanto, secondo i documenti medici a disposizione non vi sono cambiamenti oggettivabili rispetto alla perizia del dott. _____ del 17 ottobre 2019. La lettera dell'avvocato dott. RA 1 del 24 giugno 2020 fa riferimento all'esame di terapia del dolore

del dott. _____ che, sulla base dell'assenza di cambiamento strutturale, non prevede alcuna terapia del dolore interventistica e, come già indicato dal dott. _____ nella sua perizia, consiglia la fisioterapia nonché un cambiamento dello stile di vita sedentario dell'assicurata. L'avvocato dott. RA 1 legge tuttavia il rapporto del dott. _____ interpretando la dolenzia alla pressione della muscolatura cervicale con relativi tender points occipitali, nonché le dolenzie alla pressione sopra la clavicola e gli epicondili, come un peggioramento dello stato di salute. Vale qui la pena ricordare che i disturbi sopra la (recte: nella regione della , n.d.r.) colonna cervicale non sono stati causati dal politrauma, bensì costituiscono nella fattispecie un'alterazione degenerativa segmentale. In primo luogo, questo è spiegato in dettaglio nella perizia del dott. _____ e in secondo luogo negli esami postraumatici non sono presenti relative alterazioni strutturali causate da infortunio sopra la (recte: nella regione della , n.d.r.) colonna cervicale, la clavicola o le articolazioni dei gomiti. Inoltre l'avvocato RA 1 interpreta le alterazioni date da miogelosi della muscolatura paravertebrale sopra la (recte: nella regione della , n.d.r.) colonna cervicale con relativi tender points sopra le (recte: nella regione delle , n.d.r.) creste iliache e sopra le (recte: nella regione delle , n.d.r.) articolazioni delle ginocchia, nonché la limitata flessione lombare e il segno di Lasègue positivo (referto del dott. _____) a sinistra, come peggioramento significativo dello stato causato da infortunio. Si fa presente che il dott. _____ ha principalmente espresso un sospetto di fibromialgia. La fibromialgia non è una conseguenza di infortunio, bensì rientra tra le malattie muscolari reumatiche che non di rado hanno causa psicosomatica. Una ridotta inclinazione nonché il segno di Lasègue positivo con recidiva di ernia esclusa a livello radiologico, rispettivamente segni di un peggioramento o dell'insorgenza di una lesione strutturale in stato dopo spodilodesi del segmento L5/S1, non possono essere fatti valere come alterazioni strutturali significative causate da infortunio. Nella lettera dell'avvocato è riportato che nella perizia originaria del dott. _____ sono già menzionati disturbi e ubiquie dolenzie muscolari alla pressione. I disturbi sopra la (recte: nella regione della , n.d.r.) colonna cervicale che non sono stati interessati dal politrauma, si sarebbero tuttavia aggiunti. Pertanto, i disturbi dell'assicurata provocati dalle conseguenze dell'infortunio sono rimasti costanti e la valutazione del rappresentante legale secondo cui i referti del dott. _____ sarebbero in contraddizione con la valutazione del dott. _____, confermata nuovamente dai referti radiologici attualmente a disposizione, non è condivisibile. Depone inoltre a sfavore di questa supposizione la procedura consigliata dal dott. _____, nella quale si esprime esplicitamente a sfavore di una misura infiltrativa. Quest'ultima rappresenterebbe infatti una terapia indicata in caso di peggioramento significativo o rispettivamente di una nuova lesione strutturale insorta sopra il (recte: nella regione del , n.d.r.) segmento lombare della colonna vertebrale operato, l'artrosi tibio-tarsica, le due articolazioni delle anche nonché del polso, purché fosse stato diagnosticato un relativo significativo peggioramento. Il dott. _____ rimanda invece al suo consiglio di cambiare urgentemente lo stile di vita dell'assicurata, di smettere di fumare e di intraprendere "attività fisiche"; parla inoltre di un'eventuale fisioterapia intensiva presso una struttura di riabilitazione. Il dott. _____ ha formulato raccomandazioni analoghe e non è pertanto comprensibile come i due medici secondo il punto di vista del rappresentante legale, si possano contraddire. (...)" Nel quadro della procedura di opposizione, il patrocinatore dell'insorgente ha prodotto un rapporto della dott.ssa _____, in cui viene presa posizione in merito alla valutazione espressa dal dott. _____. Questo in particolare il suo contenuto: " (...) Mettendo a confronto lo stato di salute dell'assicurata nel 2015 con i nuovi esami radiologici da lei

effettuati si nota tuttavia un peggioramento significativo delle lesioni causate da infortunio, ciò che è confermato anche dai forti dolori di cui soffre in particolare a livello del bacino e della caviglia destra, nonché della zoppia. Per quanto riguarda il polso destro una valutazione del Dr. _____ del 2019 conferma con un Artro MRI la presenza di una lesione degenerativa del TFCC e una calcificazione eterotopica in corrispondenza del ligamento ulnare. Ha proposto ed eseguito un trattamento conservativo e in caso di peggioramento un intervento di artroscopia di debridement. tutta questo in una paziente destrimane. Nel 2002 in occasione del politrauma aveva subito una lussazione del carpo con frattura dello scafoide ed una reposizione chirurgica con fili di Kirschner. Tutto quindi conseguenza del pregresso politrauma. Malgrado ciò, il dr. med. _____ indica che la causalità della lesione TFCC accertata nella RMT al polso del 28 gennaio 2019 sarebbe esclusa in quanto non vi erano indizi in merito nell'esame TAC postraumatico del 2002. Questo tipo di lesione è tuttavia una degenerazione che si sviluppa nel tempo ed è pertanto normale che non risulti nell'immediato dopo un infortunio. Il fatto che questa lesione non fosse evincibile dalla TAC postinfortunistica non significa quindi che la stessa non sia una conseguenza dell'infortunio e, al contrario, in ragione delle lesioni rilevate e già messe in correlazione all'infortunio, risulta evidente che anche questa lesione ne sia una conseguenza. Rilevo infine che parlare di fibromialgia in una paziente limitata in maniera così grave non è compatibile con la clinica presentata dalla stessa che sicuramente ha sviluppato una problematica depressiva ma esclusivamente di tipo reattivo e quindi anche essa correlabile con l'infortunio e le sue sequele subite." (doc. 80) Con apprezzamento del 31 ottobre 2021, il dott. _____, nuovamente interpellato dall'amministrazione, ha dichiarato di non poter confermare la sua precedente valutazione secondo cui la diagnosticata lesione della fibrocartilagine triangolare sarebbe di origine morbosa. A suo avviso, non può essere escluso con un sufficiente grado di verosimiglianza che l'alterazione appena citata possa essere secondaria alle lesioni strutturali riportate al polso destro a margine dell'infortunio del 4 aprile 2002. Il consulente medico ha però pure precisato che, siccome i disturbi ulnocarpali, riconducibili a alterazioni postraumatiche anatomicamente prossime (alla lesione TFCC), sono stati considerati nella valutazione del 25 giugno 2015 e che, in base ai referti dei dottori _____ e _____, la cura non si è focalizzata al polso, la modifica della precedente presa di posizione non comporta alcun significativo peggioramento della situazione globale e, in particolare, alcuna modifica della capacità lavorativa (doc. M82). Con certificazione del 28 febbraio 2022, la dott.ssa _____ ha segnatamente fatto valere che la lesione della fibrocartilagine triangolare è "... una sicura complicazione tardiva dell'infortunio subito, che si manifesta con edemi invalidanti e pressoché continui che vanno ad inficiare in maniera importante la quotidianità della paziente. Ci troviamo pertanto confrontati con un importante aggravamento dello stato clinico, senza ombra di dubbio post-infortunistico e le cui sequele si ripercuotono in maniera preponderante sulla qualità di vita della paziente e sulla sua autonomia." (doc. B 2). Con apprezzamento del 26 maggio 2022, il dott. _____ ha in particolare ribadito che non è provato, con iul grado della verosimiglianza preponderante, che la lesione della TFCC provochi dei disturbi troppo gravi. La RMN del 2019 ha evidenziato, quale reperto principale, la fusione ossea postraumatica pisotriquetrale, l'ossificazione accessoria del legamento collaterale ulnare e le alterazioni cistiche dell'osso lunato e scafoide. A fronte di un trauma complesso dopo lussazione del polso e di un legamento collaterale ulnare calcificato, la sintomatologia che ne risulta al polso nel suo insieme, rispettivamente all'articolazione ulnocarpale, è difficilmente distinguibile dal solo aggravamento

dipendente dalla fibrocartilagine triangolare (cfr. allegato al doc. XIX). 2.3.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso 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 (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). 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 (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.8. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale osserva che i fiduciari dell'CO 1 sono pervenuti alla conclusione che le condizioni di salute della ricorrente non sono peggiorate in misura tale da giustificare una modifica dell'esigibilità lavorativa stabilita in

occasione della visita fiduciaria del mese di giugno 2015 e alla base della decisione di attribuire una rendita del 70%, facendo astrazione dalle emicranie, dai disturbi interessanti il rachide cervicale, dai dolori cronici generalizzati (che il dott. _____ ha inquadrato nella diagnosi di fibromialgia) e dalle turbe psichiche che presenta l'assicurata. Secondo il TCA, i dottori _____ e _____ possono essere seguiti laddove hanno negato l'eziologia traumatica alle emicranie, ai disturbi interessanti il rachide cervicale e ai dolori cronici generalizzati. In questo senso, occorre constatare che agli atti non esistono pareri specialistici divergenti, suscettibili di generare dei dubbi - nemmeno lievi - circa la correttezza della valutazione dei fiduciari dell'amministrazione. Nelle sue certificazioni agli atti, la dott.ssa _____ non ha mai preteso esplicitamente che i disturbi in questione costituissero una conseguenza naturale dell'infortunio dell'aprile 2002. Lo ha fatto invece per la lesione della fibrocartilagine triangolare del polso destro ma il dott. _____, proprio a seguito delle obiezioni sollevate, ne ha finalmente riconosciuta l'origine infortunistica (cfr. supra, consid. 2.3.6.). Per quanto concerne le turbe psichiche, il medico curante ritiene che esse sarebbero di tipo reattivo e, pertanto, correlabili "... con l'infortunio e le sue sequele subite." (doc. 80). Anche la psichiatra curante ha parlato di un episodio depressivo di entità grave di tipo endoreattivo, precisando al riguardo che "... il persistere e l'aggravarsi di una sintomatologia algica per cui risulta attualmente in cura presso il Dr. _____, presso il Centro _____, le notevoli limitazioni fisiche, il diminuito senso dell'autonomia, l'impossibilità di continuare a svolgere la propria attività lavorativa, la perdita quindi del suo lavoro, le difficoltà nello svolgimento delle normali attività quotidiane e ricreative, unitamente al confrontarsi con il proprio aspetto fisico in relazione ai segni delle cicatrici postoperatorie in aggiunta al fattore estetico e fisiognomico, il tutto ha intaccato la propria integrità psicofisica e sicurezza personale con sviluppo di una condizione disadattiva ..." (doc. M69). Questa Corte constata che l'istituto assicuratore non ha disposto alcun approfondimento specialistico volto a stabilire se la diagnosticata patologia psichiatrica possa essere ricondotta, anche soltanto indirettamente, all'evento traumatico assicurato. Dalle tavole processuali emerge in effetti che essa si è affidata al solo parere, peraltro immotivato, del dott. _____, il quale, in quanto specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, non può essere considerato come particolarmente qualificato a pronunciarsi su tale aspetto. Ora, in considerazione del fatto che, almeno a prima vista, non può essere esclusa a priori l'adeguatezza del nesso di causalità, e ciò tenuto conto della classificazione che va attribuita all'evento infortunistico capitato a RI 1 (si tratta, secondo il TCA, di un infortunio di grado medio, al limite della categoria superiore [la ricorrente si è scontrata frontalmente con un camion, la sua autovettura è finita fuori dal campo stradale, riversa su un lato ed ella è rimasta intrappolata fra i rottami fino all'arrivo dei soccorritori], di modo che per ammettere il carattere adeguato del nesso causale basterebbe l'adempimento di uno solo dei criteri di rilievo elaborati dalla giurisprudenza), si giustifica di rinviare la causa all'amministrazione affinché, esperita una perizia psichiatrica esterna (art. 44 LPGA), si pronunci nuovamente sia sul punto di sapere se è dato un nesso di causalità naturale (e adeguata) tra il sinistro del 4 aprile 2002 e la problematica psichica, che su quello relativo al diritto a prestazioni che potrebbe derivarne. In questo contesto, va segnalato che, nella DTF 147 V 207, la Corte federale ha stabilito che nella misura in cui il carattere naturale e quello adeguato del nesso di causalità devono essere adempiuti cumulativamente per fondare il diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni, la giurisprudenza ammette la possibilità di lasciare aperta la questione riguardante il rapporto di causalità naturale nei casi in cui il nesso non possa in ogni caso

essere qualificato come adeguato. Per contro, non è ammissibile riconoscere il carattere adeguato di eventuali turbe psichiche prima che le questioni di fatto relative alla natura di tali disturbi (diagnosi, carattere invalidante) e alla loro causalità naturale con l'infortunio in questione, siano state chiarite mediante una perizia psichiatrica concludente (sul tema, si veda pure la DTF 148 V 138). Questo Tribunale non ignora che, in una sentenza U 78/02 del 25 febbraio 2003, il TFA aveva risposto negativamente alla questione di sapere se a dei disturbi psichici diagnosticati con un tempo di latenza di circa 2 anni e mezzo, potesse essere riconosciuta un'eziologia traumatica, sottolineando quanto segue: " (...). 4.3.1 Für die erstmals anfangs Oktober 1998 während der stationären Abklärung im Spital Y._____ diagnostizierte depressive Gesundheitsstörung kann sich somit lediglich fragen, ob es sich dabei um eine natürliche Folge des Unfalls vom 29. Januar 1996 und bejahendenfalls auch um eine adäquate Folge dieses Unfalls nach Massgabe der in BGE 115 V 133 ff. entwickelten, unfallbezogenen, objektiven Kriterien handelt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall entsprechend dem zeitlichen Abstand zwischen diesem und dem Auftreten von Symptomen einer psychogenen Gesundheitsstörung abnimmt, weil das Unfallereignis in der Regel mit der Zeit verarbeitet und verkraftet wird. Je grösser das zeitliche Intervall zwischen einem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhanges zu stellen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass schon bei nicht auszuschliessender oder bloss möglicher Kausalkette der natürliche Kausalzusammenhang bejaht oder einfach unterstellt und so das für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhanges geltende Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterlaufen würde (Urteil B. vom 18. Mai 2001, U 474/00; nicht veröffentlichte Urteile A. vom 14. Januar 1999, U 146/98, und B. vom 23. Dezember 1991, U 73/89). 4.3.2 Im vorliegenden Fall beträgt die Latenzzeit zwischen dem Abklingen der durch den Unfall vom 29. Januar 1996 ausgelösten körperlichen Beschwerden und dem Auftreten einer spezialärztlich und damit verlässlich diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörung rund 2½ Jahre. Hinzu kommt, dass der Unfall vom 29. Januar 1996 keine schweren körperlichen Verletzungen zur Folge hatte, keine stationäre Behandlung nötig machte und bloss eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während rund eines Monats zur Folge hatte. Psychische Störungen setzen aber nach einem Unfall häufig dann ein, wenn nach mehreren erfolglosen Operationen, längeren Hospitalisationen, schwierigem Heilungsverlauf mit wiederholten Abklärungs- und Therapieaufenthalten sowie wegen andauernder Schmerzen die befürchtete Nichtwiedererlangung der früheren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allmählich zur Gewissheit wird. Eine solche für die Auslösung psychischer Beschwerden im Anschluss an einen Unfall geeignete Sachlage ist hier nicht gegeben. Insgesamt ist daher auf Grund des beim Unfall vom 29. Januar 1996 erlittenen, relativ geringfügigen körperlichen Gesundheitsschadens und des relativ grossen zeitlichen Intervalls bis zum Eintritt einer psychogenen Gesundheitsstörung deren natürlicher Kausalzusammenhang mit dem rund 2½ Jahre zurückliegenden Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Demgemäss erübrigt sich die Prüfung der diesbezüglichen Adäquanfrage. " Nella concreta evenienza, è vero che la presenza di turbe psichiche è stata segnalata, per la prima volta, nel 2017, quindi a distanza di circa 15 anni dal sinistro, tuttavia - a differenza della fattispecie oggetto della pronuncia federale succitata -, per la ricorrente il danno infortunistico ha comportato, segnatamente, un gran numero d'interventi chirurgici (e altrettante degenze ospedaliere) con un esito finale non propriamente soddisfacente, nonché

un'inabilità lavorativa di durata decisamente superiore a un mese. Con riferimento al fatto che la psichiatra curante ha sostenuto che a causa della patologia psichica l'assicurata non sarebbe più in grado di svolgere una qualsiasi attività lavorativa, va precisato che , nell'ambito della perizia psichiatrica, la capacità lavorativa dovrà essere valutata nel quadro di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori standard, conformemente alla DTF 141 V 281 e che, per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019 consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019 consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020 consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020 consid. 2.7 e riferimenti ivi citati).

2.4. Trattandosi della menomazione dell'integrità , l'assicuratore convenuto si pronuncerà nuovamente in merito alla sua entità tenuto conto delle risultanze del complemento istruttorio. 2.5. In esito a tutto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale CO 1 ha negato la revisione della rendita d'invalidità in vigore e l'assegnazione di un'IMI aggiuntiva, deve dunque essere annullata e l'impugnativa accolta ai sensi dei considerandi. 2.6. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata da un avvocato, ha diritto a un'indennità per ripetibili da mettere a carico dell'amministrazione (cfr. art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). 2.7. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è dell'11 febbraio 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.