

TI_GERICHTE 35.2022.61 vom 28. Oktober 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-10-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.61

FR: TI_GERICHTE 35.2022.61 du 28 octobre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.61 del 28 ottobre 2022

Regeste

Perizia psichiatrica ex art. 44 LPGA. Rinvio per complemento peritale

Erwägungen

E. 25

aprile 2018), questa Corte rileva che decide questa vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 102 del 27 maggio 2022). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. Litigiosa è la questione di sapere se, rispetto alla situazione esistente nel mese di settembre 2017, lo stato di salute (in particolare, psichico) dell'assicurato si è a tal punto aggravato da giustificare l'assegnazione di più ampie prestazioni pecuniarie. 2.3. Aggravamento dopo il settembre 2017 dello stato di salute (in particolare, psichico) con incidenza sul diritto alle prestazioni pecuniarie? 2.3.1. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive. Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). 2.3.2. L'art. 21 cpv. 3 LAINF prevede che, in caso di ricadute e di postumi tardivi o se l'assicuratore ordina il ripristino della cura medica, il beneficiario della rendita ha diritto anche alle prestazioni sanitarie e al rimborso delle spese (art. 10 a 13). Il beneficiario della rendita, se subisce durante questo periodo una perdita di guadagno, ha diritto all'indennità giornaliera calcolata in base all'ultimo guadagno realizzato prima della nuova cura medica. 2.3.3. Conformemente alla giurisprudenza, la decisione di rendita che si fonda su una transazione conclusa con la persona assicurata, soggiace ai principi riguardanti la revisione materiale (art. 17 LPGA) oppure a quelli inerenti la riconsiderazione (art. 53 cpv. 2 LPGA (cfr. DTF 140 V 77 consid. 3.2.2 s.: 138 V 147 consid. 2; SVR 2018 UV Nr. 37 p. 131). 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 v.LAINF, 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 v.LAINF - 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). In questo senso, la giurisprudenza federale ha precisato che irrilevante ai fini della revisione della rendita è la diversa valutazione di una fattispecie rimasta sostanzialmente invariata (cfr. DTF 112 V 371 consid. 2b; STF 9C_296/2015 del 3 novembre 2015 consid. 1). 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 LAINF, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

2.3.4. 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.

2.3.5. 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).

2.3.6. 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).

2.3.7. 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). 2.3.8. 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; STFA 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. Nella DTF 135 V 465, l'Alta Corte 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; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4; STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.75, consid. 2.4.6). 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). 2.3.9. Nel caso di specie, con la decisione formale del 20

settembre 2017, confermando la transazione conclusa nel frattempo dalle parti, RI 1 è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 50% a contare dal 1° maggio 2017. In questo contesto, egli non era stato ritenuto presentare dei disturbi psichici aventi un'incidenza sull'esigibilità lavorativa (in questo senso, si veda il rapporto di uscita 8 giugno 2016 della Clinica _____ di _____ – doc. 358, p. 3 e il parere 18 ottobre 2017 della dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia – doc. 467: “ Faccio notare che il disagio psichico non ha alcuna influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato. ”). La decisione di rendita appena citata è cresciuta incontestata in giudicato. Dalle carte processuali si evince che, successivamente alla sentenza 35.2019.131 del 9 novembre 2020 di questa Corte (cfr. consid. 1.3.), l'CO 1 ha acquisito agli atti la perizia psichiatrica 22 maggio 2021 del dr. med. _____ (doc. 595 incarto LAINF) e la perizia neurologica 11 giugno 2021 del dr. med. _____ (doc. 597 incarto LAINF; traduzione in italiano: doc. 605 e 609 incarto LAINF). Il perito psichiatra ha in particolare attestato quanto segue: " (...). (...) ho sottoposto l'assicurato ad una visita medico-psichiatrica ambulatoriale il 07.04.2021 e 26.04.2021 e ho esaminato la voluminosa documentazione (1365 pagine su CD) che mi è stata trasmessa. (...). Situazione attuale e decorso secondo gli atti a disposizione. (...). Sintesi degli atti rilevanti dal profilo medico-psichiatrico (...). Dichiarazioni soggettive (...). Ha una vita sociale intatta e frequenta amici e conoscenti. (...). Attualmente si reca dalla dr.ssa _____ con frequenza di una seduta ogni due mesi e mezzo. Una volta al mese viene pure visto (già dal 2014) dalla psicologa e psicoterapeuta _____. Assume regolarmente la seguente terapia farmacologica: Durogesic 25mg/ogni tre giorni; Lamictal 3x25mg/al giorno; Dafalgan 2cp/al giorno; Lyrica 2x75mg/al giorno, Valdoxan 2x25mg/al giorno. Al secondo colloquio del 26.04.2021 afferma che la terapia farmacologica gli è stata modificata nell'ultimo mese. Ha visto la dr.ssa _____ l'ultima volta nel mese di febbraio e la rivedrà a inizio maggio. (...). Giornata tipo Si alza generalmente tra le 08:30 e 09:30. Assume i medicinali, fa colazione con frutta ed acqua. "Chiacchiera con la compagna" che ora fa la casalinga (fino alla primavera 2020 lavorava come ausiliaria di pulizie). Esce poi con la compagna a fare delle passeggiate. Al pomeriggio esce in giardino, dà una mano alla compagna che ha la passione dei fiori. Incontra i suoi familiari o si reca a visitare la madre che sta a circa 4km da _____. Afferma che negli ultimi tempi vive più spesso in Italia a _____ che non a _____ (suo abituale domicilio dove vive insieme alla compagna). Trascorre la sera guardando documentari o film alla TV. Va a dormire verso le 23:00/24:00 dopo avere assunto i medicinali. Dorme tranquillo e generalmente si alza al massimo una volta per notte. Al mattino si alza senza difficoltà particolari "abbastanza bene e tranquillo". Al mattino non è giù di morale. Afferma tuttavia che il suo benessere dipende essenzialmente dal tempo. Non è più la persona di prima ("perché prima dell'incidente ero molto più attivo"). Non beve alcool, non fuma. Legge regolarmente dei giornali, guarda le notizie internazionali, ma anche locali, è informato su quello che capita nel mondo. Talvolta legge il _____. (...). Anamnesi medica (...). Anamnesi sociale (...). Esame clinico (...). Spinta vitale conservata, non maggiori segni di anedonia o di ritiro sociale. Nel complesso la descrizione dei sintomi appare vaga e diffusa. Diagnosi Sintomatologia ansiosa-depressiva e reattiva di lieve entità verosimilmente legata al trauma cranico subito e alle conseguenze socio-professionali (F33.0). DD: Sindrome post-commotiva (F07.2) (poco probabile – NdR) Valutazione e conclusione (...). 1. Premessa: Come noto, il Tribunale Federale (DTF 141 V 281) aveva espressamente precisato che le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate (e quindi

diagnosticate) soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi e che, sebbene secondo la scienza fosse presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non era possibile accontentarsi solo di questa. In effetti, secondo il TF, la questione decisiva sono le ripercussioni funzionali di un disturbo, mentre la diagnosi non è più centrale. La capacità lavorativa, rispettivamente il grado d'inabilità lavorativa, dipende infatti dal saldo di tutti i deficit e di tutte le risorse di una persona in rapporto ad un determinato profilo di attività. 2. Nel caso presente, a livello diagnostico differenziale, sarebbe plausibile la diagnosi di sindrome post-commotiva (F07.2) che però non è stata evocata né dalla dr.ssa _____ e neppure dalla dr.ssa Colmegna. (...). Viste le caratteristiche sopraelencate, appare possibile ma poco probabile che questa diagnosi possa essere posta nel caso del signor RI 1 (vedi descrizione clinica degli atti a disposizione e del presente esame presso il sottoscritto). 3. Per quanto riguarda la diagnosi posta dalla dr.ssa _____: "modificazione duratura della personalità gravemente compromessa dal trauma fisico e dal dolore cronico, codificato sotto F62" (rapporto 07.08.2019), questa diagnosi, nel caso del signor RI 1, è certamente poco consistente per i seguenti motivi: (...). 4. Per quanto riguarda la condizione depressiva di grado medio-grave (F32.1) diagnosticata dalla dr.ssa _____, va innanzitutto sottolineato che tale diagnosi implica la presenza di un singolo episodio depressivo che comporta un chiaro rallentamento psicomotorio, un marcato appiattimento affettivo, reazioni circadiane, perdita di appetito e di peso, ciò che nel caso presente non è dato. Affinché questa diagnosi e la conseguente inabilità lavorativa possa essere posta in modo plausibile e consistente, si sarebbero dovute mettere in atto delle misure terapeutiche incisive, anche in ambito stazionario, insieme ad una presa a carico psichiatrica e ad una farmacoterapia adeguata (a fronte di un episodio depressivo persistente da molti mesi). Nel caso presente, una blanda psicofarmacoterapia è stata messa in atto solo dopo molti mesi e il fatto che le visite dalla psichiatra curante avvengano con frequenza di una seduta ogni due mesi e mezzo, secondo le dichiarazioni stesse dell'assicurato, rende poco plausibile la diagnosi di un disturbo affettivo di entità media o grave perdurante da anni e peggiorato in modo significativo nel settembre 2017, come pretende la dr.ssa _____. 5. Per quanto riguarda la condizione ansiosa generalizzata (F41.0) diagnosticata dalla dr.ssa _____, va precisato che all'esame clinico presso la dr.ssa _____ e a quella presente presso il sottoscritto, non si sono potuti evidenziare segni deponenti in questo senso, in particolare dal profilo clinico-oggettivo non si sono potuti evidenziare segni vegetativi deponenti per uno stato di ansia come tremore, palpitazioni, capogiri, irrequietezza. La sindrome ansiosa-generalizzata, inoltre, non giustifica di per sé un'inabilità lavorativa completa e prolungata. 6. Per quanto riguarda "la possibilità di effettuare una valutazione esplicitamente psichiatrica-psicologica, con test ad hoc che potessero portare ad un'analisi e diagnosi più approfondita di una condizione depressiva, con analisi quali-quantitative", come scrive la dr.ssa _____ nel suo rapporto del 19.09.2020, faccio le seguenti osservazioni: - Per quanto riguarda il quadro ansioso-depressivo, si fa generalmente riferimento alla cosiddetta "scala di Hamilton", che serve per diagnosticare la severità di una depressione e dello stato ansioso. Questi test vengono condotti e completati assieme al paziente. Tali test, tuttavia, non sono mai stati validati in ambito medico-assicurativo. Servono principalmente negli studi farmacologici per valutare il decorso. Il test di Hamilton non stabilisce evidenze oggettive, ma riporta unicamente le dichiarazioni soggettive della persona. In altre parole, in un contesto medico-assicurativo, la persona ottiene notoriamente i risultati che desidera. (...). In altre parole, il test di Hamilton (come peraltro il test di Rorschach) ha una validità molto limitata e difatti non viene mai utilizzato nelle valutazioni

peritali, se non per rilevare anamnesticamente il decorso (ma ciò presuppone che il test sia stato ripetuto, in passato, in tempi diversi). 7. Nel caso presente, come proposto peraltro anche dal neurologo dr. _____ della CO 1, per quanto concerne l'esame neuropsicologico, si sarebbe dovuto procedere con dei test di validazione dei sintomi per quanto riguarda la valutazione neuropsicologica, ma anche a test di validazione dei sintomi per quanto riguarda la sintomatologia algica (i fondamenti di questi principi testistici sono stati descritti nella letteratura da Merten e Dohrenbusch, 2010, citati pure a pag. 42 nel manuale summenzionato di Ulrike Hoffmann-Richter (Kohlhammer Verlag, 2016). 8. La valutazione dell'esigibilità di un lavoro, malgrado la presenza di dolori, è sempre un problema di apprezzamento di tutte le circostanze individuali. Molte persone sono in grado di lavorare pur soffrendo di dolori persistenti: hanno forzatamente imparato ad accettare questa condizione e a farvi fronte riuscendo a condurre una vita più o meno normale. In ogni caso è utile porsi le seguenti domande: i dolori sarebbero veramente più forti (o forse invece più tollerabili?) se l'assicurato svolgesse un'attività confacente, rispetto ad una situazione in cui rimane inattivo? Una tale attività non potrebbe invece contribuire a distogliere l'assicurato dai suoi disturbi e dai suoi dolori, invece di mantenerlo in una situazione di ruminazione mentale passiva e passivamente sdraiato sul sofà di casa (considerato che il principio dell'attenzione diversamente focalizzata è una delle strategie più importanti e riconosciute nella gestione dei dolori cronici)? Infine, nel caso concreto, non ci si potrebbe aspettare, con il passare del tempo, un certo adattamento ed una migliore capacità di far fronte ai problemi? Queste considerazioni sono tanto più importanti se non sono altrimenti evidenziabili patologie psichiatriche maggiori e se si vuole attuare un qualsiasi programma terapeutico-riabilitativo finalizzato al reinserimento lavorativo in un'attività confacente. 9. Concordo con la dr.ssa _____ quando afferma che i criteri di ICD-10 delle sindromi da disadattamento (reazione depressiva prolungata, a cui la dr.ssa _____ si riferisce) prevedono che "lo stato depressivo conseguente all'evento stressante abbia una durata non superiore ai due anni". Il fatto che l'evento stressante che ha colpito l'assicurato è avvenuto nel 2013 depono, secondo la dr.ssa _____, per "un'incongruenza nei criteri diagnostici" in merito a quanto sostenuto dalla dr.ssa _____. Questo è vero solo in parte perché, come pure espressamente menzionato nella letteratura (ad esempio nel manuale del DSM) ciò presuppone che "il fattore stressante o le sue conseguenze, siano stati superati". Nel caso presente tuttavia ciò, evidentemente, non è stato evidenziato (e per questo la CO 1 gli ha accordato una rendita e un'IMI), come giustamente osservato dalla dr.ssa _____. È vero che nell'ICD-10, tali stressori persistenti dovrebbero essere codificati con l'utilizzo dei codici Z (capitolo XXI). Ma è anche ammissibile la diagnosi di depressione reattiva (F 33.0). Si tratta comunque di un aspetto irrilevante, considerato che non sono presenti elementi clinici nuovi di entità media o grave, come evidenziato sopra, deponenti per un disturbo affettivo di entità media o grave. 10. È vero che un trauma cranico causa non solo un danno fisico, ma anche un trauma psichico. Tuttavia, un'attribuzione chiara - organica o psichica - è clinicamente spesso non possibile. Frequentemente sussistono contemporaneamente dei sintomi cerebro-organici e psico-reattivi (...). 11. La dr.ssa _____ non sembra aver approfondito la storia clinica del signor RI 1, in particolare non sembra aver letto il dettagliato rapporto del 08.06.2016 della Clinica _____ di _____ riferito alla degenza dal 18.04.2016 al 12.05.2016. Ricordo che in quel contesto non era stato evidenziato, anche dopo una degenza durata comunque un mese, alcun quadro psicopatologico di rilevanza clinica giustificante una diagnosi psichiatrica. Erano invece stati evidenziati dei segni deponenti

per un aggravamento dei sintomi ed una scarsa motivazione da parte dell'interessato a dare il suo contributo per favorire il processo riabilitativo. 12. I rapporti della dr.ssa _____, in sostanza, non rendono esplicito il rapporto fra la malattia e l'incapacità lavorativa, non rendono plausibile e non descrivono esattamente come i disturbi psichici si ripercuotono sulla capacità e sul funzionamento lavorativo in un'ipotetica attività confacente, quali funzioni sono effettivamente compromesse e attraverso quali misure si potrebbero migliorare o perlomeno compensare le menomazioni rilevate. In questo modo, anche dopo una presa a carico che perdura dal 2018, non si ottengono delle informazioni per attuare delle misure riabilitative mirate e per definire i passi necessari finalizzati a ottenere determinati obiettivi, rispettivamente per verificare i risultati conseguiti (o meno) e i conseguenti correttivi da applicare. 13. L'obiettivo principale, nel caso del signor RI 1, secondo il parere del sottoscritto, dovrebbe essere finalizzato ad un progressivo reinserimento (la cosiddetta strategia "place and train", - Burns T. 2007) con un sostegno di un accompagnamento professionale (psicologico/job coaching/aiuto da parte dell'ufficio di collocamento). Risposta alle vostre domande 1. Le diagnosi sono in relazione causale naturale con l'infortunio secondo il criterio della probabilità preponderante? Sì, con il grado di probabilità preponderante. 2. È intervenuto, posteriormente al mese di settembre 2017, un peggioramento dello stato di salute psichico dell'assicurato in nesso causale almeno probabile con l'infortunio? Con verosimiglianza preponderante, secondo gli atti a disposizione e l'esame clinico effettuato, non è intervenuto un peggioramento notevole dello stato di salute dei signor RI 1, dal profilo medico-psichiatrico-psicologico. Tutti i disturbi descritti dalla dr.ssa _____ erano già stati menzionati dalla psicologa/psicoterapeuta sig.ra _____ che ha in cura il signor RI 1 dal mese di febbraio 2014, nei rapporti succitati (24.03.2016 e 31.07.2017). Per questo quadro psicopatologico la CO 1 aveva accordato all'assicurato, a partire dal 01.05.2017, una rendita d'invalidità del 50% e una IMI del 40% (decisione del 20.09.2017). Anche i deficit neuropsicologici e neurologici erano stati già descritti precedentemente nei rapporti del Servizio di neurologia della Clinica _____ di _____. Il fatto, infine, che non siano state messe in atto delle cure più incisive a livello psicofarmacologico o in ambito stazionario e che le visite dalla psichiatra avvengono con frequenza di una seduta ogni due mesi e mezzo (secondo le informazioni ottenute dall'assicurato stesso) non depone, con verosimiglianza preponderante, per un peggioramento significativo. 3. Determinare dal punto di vista specialistico l'esigibilità: quali attività è ancora in grado di effettuare? se i disturbi psichici pregiudicano la capacità di guadagno in modo superiore al 50% definito dalla CO 1 nel settembre 2017? Dal profilo medico-psichiatrico è esigibile un'attività lavorativa confacente, nella misura massima possibile (in ogni modo non superiore al 50%), tenendo presenti i limiti definiti dal profilo neurologico/neuropsicologico e quanto già compreso e stabilito nella valutazione globale della CO 1 (decisione del 01.10.2019). 4. Quantificare il danno all'integrità psichica facendo riferimento alle relative tabelle CO 1, alla luce dei disturbi in nesso causale naturale almeno probabile con l'infortunio. Il danno all'integrità psichica, in riferimento alle relative tabelle CO 1, può essere definito in misura massima del 5% (come confermato dalla dr.ssa _____ della CO 1 con decisione del 04.07.2019), in aggiunta al 40% (valutazione globale antecedente). 5. Valutare il tasso globale dell'IMI tenuto presente che all'assicurato è già stata versata un'indennità del 40% e che (...) concorrono più menomazioni all'integrità fisica, mentale o psichica (...), l'indennità è calcolata secondo il valore della tabella in funzione della gravità della menomazione. IMI 45%, tenuto conto di quanto menzionato sopra." (cfr. doc. 595, pag. 1-36 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non

sono della redattrice). Dal canto suo, il neurologo incaricato dall'amministrazione si è espresso nei seguenti termini: " (...). Anamnesi sistemica: (...), il suo sonno è disturbato, soprattutto ha difficoltà a dormire ininterrottamente per tutta la notte, a riguardo dichiara che, dopo aver applicato il nuovo cerotto Durogesic, non ha praticamente dormito la notte successiva. Anamnesi sociale: In riferimento alla routine giornaliera dichiara di coricarsi all'incirca alle 23.00 e di riuscire poi ad addormentarsi bene. Il suo riposo notturno è disturbato poi da due-tre risvegli ogni notte a causa dei dolori nella parte superiore del corpo, capita a volte che assuma una compressa di Dafalgan. Si sveglia all'incirca tra le 08.00 e 08.30, quindi si alza e si prepara la colazione, soprattutto a base di frutta, quindi assume anche le sue compresse. Nel complesso è la partner a sbrigare i lavori di casa, ha 55 anni e a quanto pare non lavora più. Nella mattinata il paziente va generalmente a passeggiare per circa un'ora, in rari casi usa la bicicletta. Abita con la partner per circa la metà del tempo in Italia e per la restante parte in Ticino, le due abitazioni distano 88 chilometri. Dopo il pranzo fa un riposino senza dormire o trascorre questo tempo anche leggendo e guarda la televisione. Nel pomeriggio, il più delle volte esce ancora per una passeggiata. La coppia ha tre gatti e due piccoli cani. Cenano all'incirca alle 19.00, quindi il paziente guarda ancora la TV e legge, perlopiù il giornale ma anche libri. Dall'infortunio non pratica più alcuno sport. In precedenza andava a sciare e a cercare funghi in montagna, ma ora non si sente più in grado di svolgere queste attività. Non ha hobby e non ha figli. (...). Stato neurologico: (...). Diagnosi: Diagnosi neurologiche correnti esito di infortunio con ripercussioni sulla capacità lavorativa: Esiti di trauma cranico del 10.06.2013 con frattura da impressione della calotta cranica a sinistra frontalmente ed emorragia da contusione (ICD-10 S06.30) Cure neurochirurgiche della frattura da impressione e plastica con Palacos nel giorno dell'infortunio Disturbi neuropsicologici persistenti di grado lieve-moderato Diagnosi neurologiche correnti esito di infortunio senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: Nessuna Diagnosi neurologiche correnti non correlate all'infortunio con ripercussioni sulla capacità lavorativa: Sospetto di cefalea da uso eccessivo di farmaci (ICD-10 G44.4) Diagnosi neurologiche correnti non correlate all'infortunio senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: Nessuna Valutazione: (...). Nel marzo 2020 il paziente viene sottoposto nuovamente a un esame neuropsicologico e neurologico. L'esame neuropsicologico evidenzia solo minimi miglioramenti rispetto al precedente del 2016, dando per scontato che il reperto sia stabile a sette anni dall'infortunio con una limitazione moderata secondo la tabella 8 della classificazione CO 1. (...). Riepilogando, per la diagnosi da un punto di vista neurologico è possibile pertanto rimandare ai deficit cognitivi conseguenza del trauma cranico del 10.06.2013. Tuttavia, ai fini della diagnosi, da un punto di vista neurologico i dolori nella parte superiore del corpo non possono essere ricondotti in maniera univoca ad un disturbo esito di infortunio. L'uso eccessivo di medicinali può cronicizzare questi dolori soprattutto nell'area del capo, ma non viene considerato esito diretto di infortunio. Di conseguenza, i disturbi cognitivi da lievi a moderati comportano un'indennità per menomazione dell'integrità del 35% e un'incapacità al lavoro dal 30% al 50% in un'attività adattata. Complessivamente, sulla base delle diagnosi sia esito di infortunio che non correlate all'infortunio l'incapacità al lavoro da un punto di vista neurologico è attualmente del 30-50%, incluse la diagnosi esito di infortunio di deficit cognitivi post-traumatici con conseguente incapacità al lavoro nell'ordine del 30-50% e la diagnosi non correlata all'infortunio di cefalea da uso eccessivo di farmaci con una limitazione della capacità lavorativa del 20% circa. Queste due diagnosi neurologiche non determinano quindi un'incapacità al lavoro additiva. A causa della gravità del trauma

cranico subito, anche dal punto di vista neurologico si ritiene opportuno non esigere più durevolmente l'attività professionale di operaio edile svolta in precedenza. Rispetto ai precedenti esami neurologici è possibile affermare che l'attribuzione diagnostica dei dolori avvertiti nella parte superiore del corpo non risulta congruente, per cui ne consegue che questi disturbi non sono probabilmente riconducibili a lesioni strutturali a carico del sistema nervoso centrale o periferico. Durante l'esame neurologico del dott. _____ nel gennaio 2019, la brachialgia sul lato destro non è stata ricondotta in maniera univoca e oggettiva a una radicolopatia cervicale. Nel corso dell'esame neurologico per l'assicurazione invalidità del marzo 2020, come diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa viene indicato il trauma del 10.06.2013, la capacità lavorativa per l'attività svolta fino a quel momento non sussiste più, la capacità lavorativa per un'attività adattata è solo del 30%. Poiché questa forte limitazione della capacità lavorativa, pari al 70%, non viene tuttavia motivata in maggiore dettaglio, nella mia valutazione neurologica non do attualmente seguito a ciò. (...)” (cfr. doc. 605, pag. 2-14 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Nel suo referto, il perito neurologo ha inoltre attestato quanto segue: "(...) Valutazione complessiva finale a carattere interdisciplinare dal punto di vista neurologico e psichiatrico: Sulla base della valutazione interdisciplinare neurologica e psichiatrica del 09.06.2021 effettuata dal dott. med. _____, Psichiatria e Psicoterapia FMH, _____, si evince attualmente a livello globale una limitazione della capacità lavorativa di massimo il 50% per l'attività adattata senza ulteriori limitazioni della capacità di rendimento, incluse le limitazioni dal punto di vista neurologico, neuropsicologico e psichiatrico che tuttavia non sono da considerarsi additive. L'indennità per menomazione dell'integrità è complessivamente del 45% e tiene conto delle compromissioni neurologiche, neuropsicologiche, oftalmologiche e psichiatriche dell'integrità. Complessivamente e in ottica interdisciplinare ne consegue pertanto, dal punto di vista neurologico e psichiatrico, una capacità lavorativa del 50% per attività adattate senza ulteriori limitazioni della capacità di rendimento. Le attività adattate dovrebbero essere al massimo medio-pesanti, con richieste cognitive da lievi a moderate. Domande per la valutazione neurologica e psichiatrica di sintesi: 1. Quali delle diagnosi da lei formulate presentano un nesso causale naturale con l'infortunio secondo il criterio della probabilità preponderante? Dal punto di vista neurologico, a questo riguardo è possibile rinviare ai deficit neuropsicologici, che nel decorso durante gli anni e sulla base dei numerosi esami effettuati sono stati classificati come disturbi cognitivi di grado lieve-moderato. 2. Dopo il settembre 2017 è subentrato un peggioramento dello stato di salute psichica dell'assicurato che presenta un nesso causale naturale quantomeno probabile con l'infortunio? A questo proposito, dal punto di vista neurologico non posso esprimere un parere più preciso. Per poter rispondere a questa domanda rimando quindi alla perizia psichiatrica effettuata in parallelo del dott. med. _____. 3. In caso di risposta positiva, l'esigibilità potrebbe essere valutata dal punto di vista medico specialistico. Quali attività è ancora in grado di svolgere l'assicurato? Dal punto di vista neurologico, dovrebbe escludere in via permanente l'attività di operaio edile svolta in precedenza. Dal punto di vista neurologico, può tuttavia svolgere attività adattate sotto forma di lavoro al massimo a carico alternato, medio-pesante, con richieste cognitive da lievi a moderate. In quale misura (grado di occupazione temporale e rendimento durante il tempo di lavoro)? Una tale attività adattata è di per sé esigibile per l'intera giornata, ma occorre considerare una limitazione della capacità di rendimento (rendimento) del 30-50% in termini assoluti. Questa limitazione della capacità lavorativa si spiega, da un lato, con i disturbi cognitivi e dall'altro con i dolori nella parte superiore del corpo.

Complessivamente, per una tale attività adattata risulta pertanto attualmente, dal punto di vista neurologico, una capacità lavorativa del 50-70%. I disturbi psichici compromettono le possibilità di guadagno in misura superiore al 50%, come constatato dalla CO 1 nel settembre 2017? Non sono in grado di rispondere a questa domanda dal punto di vista neurologico. Per poter rispondere a questa domanda rimando quindi alla perizia psichiatrica effettuata in parallelo del dott. med. _____ di _____. La menomazione dell'integrità può essere quantificata, in ottica specialistica, facendo riferimento all'Allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni e alla tabella 19 delle pubblicazioni della CO 1 considerando i sintomi che presentano un nesso causale naturale quantomeno probabile con l'infortunio. Sulla base della tabella 8 della CO 1 per le indennità per menomazione dell'integrità, in caso di sequele psichiche di lesioni cerebrali si ipotizza attualmente un disturbo da lieve a moderato, con risultante menomazione dell'integrità del 35%. 4. All'assicurato è già stata versata un'indennità per menomazione dell'integrità del 40%, occorre pertanto quantificare l'importo totale. In considerazione dell'articolo 36 cpv. 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni, se più menomazioni dell'integrità fisica, mentale o psichica sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base alle tabelle pertinenti (punto I cpv. 2 dell'Allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni). Si sommano i diversi tassi percentuali. Il valore complessivo viene poi valutato ai sensi dell'Allegato 3 o delle tabelle della CO 1. Sulla base dell'indennità per menomazione dell'integrità del 35% per il disturbo della funzione cerebrale dovuto alla lesione cerebrale e considerando il disturbo oftalmologico post-traumatico con menomazione dell'integrità del 5% e il disturbo psichico post-traumatico al 5% risulta al momento complessivamente una menomazione dell'integrità del 45%. (...)” (cfr. doc. 605, pag. 14-17 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice, mentre il corsivo è della redattrice). In data 23 settembre 2021 (doc. 606, pag. 1-2 incarto LAINF), con riferimento alla perizia psichiatrica, il patrocinatore dell'assicurato ha versato agli atti il rapporto 14 settembre 2021 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 606, pag. 2-9 incarto LAINF), la quale ha osservato quanto segue: " (...). 1.Tema della diagnosi psicopatologica e stato psichico attuale (...) gli episodi depressivi sono individuabili nel periodo successivo al trauma e nel periodo in cui è stato curato dalla Psicologa _____ e poi vi sono ulteriori peggioramenti, difficili da definire chiaramente nella loro temporalità, di cui ho parlato nel mio precedente rapporto (intendo il periodo prima della mia presa in carico). Un chiaro indice di peggioramento dello stato clinico dell'A. è anche testimoniato dal fatto che la Psicoterapeuta _____, abbia deciso di chiedere un supporto psichiatrico alla scrivente, indicativo di per sé di un cambiamento rilevante dello stato clinico, che necessitava di una valutazione psichiatrica e un confronto tra professionisti. Non sono, invece, d'accordo con il dr. med. _____, rispetto alla intensità dell'attuale stato depressivo, che ritengo non solo lieve, ma almeno di grado medio. Infatti, a tuttora l'A. presenta uno stato depressivo di grado medio, ansietà persistente, difficoltà di concentrazione, uno stato di stanchezza continua (Fatigue). È perfino fortemente disturbato se più di una persona parla nella stessa stanza e spesso deve " mettersi i tappi nelle orecchie ", per ridurre un vissuto di "confusione e vertigini", provocato dal "rumore normale di sottofondo". Tale descrizione a me appare suggestiva di un grave disagio e disabilità socio-relazionale e psicopatologica, indice di un rilevante stato di irritabilità nervosa, ansia. L'architettura del sonno dell'Assicurato è fortemente alterata e pertanto contesto l'affermazione del dr. med. _____, che nel suo rapporto peritale a pag. 24, afferma: " dorme tranquillo e si alza al massimo una volta per notte ". L'A. in

realtà rimane nel letto, tuttavia non dorme granché. Il sonno effettivo è di circa 3-4 per notte; si sveglia verso le 4.00 del mattino e tale difficoltà del sonno è correlata fortemente alle algie. Se vi fossero dei dubbi a tal proposito, propongo una valutazione presso il centro del sonno di _____, che potrebbe sottoporre l'A. ad una Attigrafia o una PSG (polisonnografia), per valutare lo stato del sonno. Il Dr. med. _____ ha giustamente evidenziato un mio refuso: infatti non è corretta la mia diagnosi di " modificazione duratura della personalità " F 62 del ICD-1, dato che in questo caso vi è un trauma cranico e tale elemento somatico escluderebbe questa diagnosi. Effettivamente si tratta di un "Caso" clinico molto complesso, dove si embricano aspetti somatici, neurologici, traumatologici, psicopatologici, infortunistici, neuropsicologici difficili da separare e definire nella loro peculiarità. Quel che intendevo dire, e che il dr. med. _____ ha ben interpretato nel mio tentativo di evocare una diagnosi che spiegasse i sintomi del A. e che rientrasse nel ICD-10, era che il gravissimo infortunio ha prodotto un formidabile cambiamento della personalità e della qualità della vita, delle relazioni sociali e dello stato affettivo (stato depressivo e ansioso) dell'A. L'A. mi ha informata che, nel corso della perizia in trattanda, ha riferito al dr. med. _____, che nel 2015 aveva più volte pensato di acquistare un'arma per suicidarsi. L'A. mi ha spiegato che tali pensieri anti-conservativi non erano stati solo passeggeri, bensì erano più e più volte da lui considerati come progetti suicidari veri e propri, in due periodi: a metà di quello stesso anno e nel mese di novembre e tale ideazione era correlata ad uno stato di intenso malessere psichico, per via dei gravi dolori sperimentati e per la grave insonnia resistente. Tale tipo di grave ideazione era fin da allora un severo ed esplicito indizio di uno stato di intenso malessere psicopatologico, suggestivo a mio parere della difficoltà dell'A. di chiedere aiuto e di condividere i suoi stati emotivi e la sua ideazione, se non specificamente approfonditi e indagati. Mi domando per quali ragioni il dr. med. _____ non abbia riportato queste informazioni cliniche di rilievo, nella sua perizia. Il dr. med. _____, inoltre, contesta la mia diagnosi di sindrome ansiosa generalizzata, dicendo che non vi sarebbero i criteri ICD-10, dato che Egli non aveva rilevato sintomi quali, tremori, palpitazioni, capogiri o irrequietezza. Ricordo che non basta l'assenza dei sintomi di attivazione vegetativa ad escludere tale diagnosi. Infatti, i sintomi e criteri del ICD-10 sono i seguenti: A. presenza di sentimenti di apprensione. B. presenza di almeno 4 sintomi tra cui: •Sintomi di attivazione vegetativa (palpitazioni; sudorazione; tremore; bocca secca. •Sintomi toracici o addominali. •Sintomi psichici (vertigini, instabilità, mancamenti o testa vuota). •Sintomi generali (intorpidimento e formicolii) •Sintomi di tensione (irrequietezza e incapacità a rilassarsi, tensione mentale) •Altri sintomi non specifici (stato di allarme; difficoltà di concentrazione; difficoltà ad addormentarsi). Confermo che l'A. presenta i sintomi di apprensione costante e ulteriori sintomi quali vertigini, intorpidimento, mancamenti; irrequietezza, difficoltà di concentrazione e difficoltà ad addormentarsi. Per tali ragioni, confermo la diagnosi sindrome ansiosa generalizzata. 2.Tema della psico-farmacoterapia e frequenza del mio setting psichiatrico Molti medici prima di me hanno incontrato l'A. e molti hanno fatto proposte farmacologiche. Ricordo che i farmaci antalgici o quelli prescritti per patologie neurologiche, spesso hanno anche indicazioni di tipo psichiatrico. È questo il caso di lamotrigina, che l'A. assume a tuttora ad un dosaggio di tipo stabilizzante-antidepressivo. Si tratta di un farmaco che non ho prescritto personalmente all' A., bensì è stato prescritto da un neurologo e che io ho sempre avallato. Tale molecola (lamotrigina) ha una componente stabilizzante delle membrane cellulari nervose ed è altresì utilizzato in psicopatologia come uno stabilizzatore-equilibratore dell'umore con una componente antidepressiva. Per questo

ho mantenuto tale presidio farmacologico (dopo anche aver discusso con i neurologi sulla possibilità di aumentare il dosaggio, cosa che era stata esclusa) e ho aggiunto la agomelatina (Valdoxan 25 mg 2 cp la sera), per potenziarne l'effetto antidepressivo. L'associazione di lamotrigina e di agomelatina, in un A. con gravi patologie neurologiche post-infortunistiche non è affatto una blanda terapia, come sostiene il dr. med. _____, ma una corretta scelta di prudenza clinica alla luce delle regolari valutazioni psichiatriche e del supporto psicologico in atto. Lamotrigina come detto è uno stabilizzante dell'umore e antidepressivo e agomelatina è un antidepressivo a dose massima. Ricordo, inoltre, che l'A. assume anche pregabalin 150 mg die (dose medio-alta) che è un farmaco ansiolitico, antidolorifico e specifico per l'ansia generalizzata, che potenzia l'effetto degli altri farmaci; ed inoltre vi è la terapia morfina in associazione di cui tenere conto nelle interazioni. Tutto questo schema farmacologico, e il dr. med. _____ lo sa bene, rischia di diventare una miscela farmacologica esplosiva e potenziante gli effetti nocivi. Può darsi che il dr. _____ non avesse ben chiaro lo schema farmacologico completo assunto dall'A. (non lo vedo riportato nella sua perizia e mi permetto qui di riscriverlo): •Pregabalin 75 mg 1-0-1-0 •Lamotrigina 25 mg 2-0-1-0 •Agomelatina 25 mg 0-0-0-2 •Dafalgan 1 g 1-0-1-0 e al bisogno •Durogesic matrix TTX cerotto 25 mcg (morfina) 1 cerotto ogni 72 h. Immagino che il dr. med. _____ abbia dimestichezza con la clinica psichiatrica quotidiana e la cura reale di un paziente sul campo, per questo mi sfugge il senso dell'aggettivo che Lui ha usato, "blanda terapia", dato che è tutto fuorché blando, questo schema. Ho una idea di psicofarmacoterapia efficace, adeguata nella posologia e nelle dosi, ma anche assolutamente rispettosa del paziente e dei possibili rischi di effetti avversi, in considerazione dello stato neurologico e delle terapie prescritte da altri Specialisti. Per quanto riguarda il setting delle mie sedute, attualmente ha una frequenza bimestrale, anche perché l'A. vive in _____ e vi sono stati rilevanti temi luttuosi che hanno indotto a dare la priorità alla psicoterapia e ai trattamenti fisio-terapeutici, a tuttora in corso a causa delle intense algie. In precedenza ho incontrato l'assicurato con setting molto più intensivi, in rapporto allo stato psicopatologico. Nel 2018 ho effettuato colloqui ogni 2 settimane con l'assicurato. Nel 2019 ho visto l'assicurato con frequenza ogni 3-4 settimane. Nel 2020 ho ricevuto l'assicurato con frequenza mensile fino al maggio compreso. In seguito e alla fine del 2020, anche per ragioni organizzative e logistiche dell'A., l'ho incontrato con frequenza ogni circa due mesi. Dal 2021 ricevuto l'A. con una frequenza di circa ogni 2 mesi. Ogni mio colloquio ha una durata di circa 40' o più. All'interno di ogni colloquio psichiatrico effettuato, di cui posso fornire la descrizione dettagliata ove necessari, ho ben documentato lo stato psicopatologico dell'assicurato, che ha mostrato una persistenza psicopatologica, depressiva e ansiosa, di rilievo. In scienza e coscienza e secondo l'Etica deontologica, la frequenza della cura è sempre adattata allo stato psicopatologico dell'A. Vorrei altresì riflettere sulla frase del dr. med. _____, che dice che il percorso di elaborazione del lutto post-infortunio (intese le "gravi conseguenze somatiche-socio-relazionali e neuropsicologiche dell'A.), era un obiettivo della psicoterapeuta _____, e che la psicologa non ha mai descritto un peggioramento significativo a partire dal settembre 2017 (vedi perizia a pag. 16 "osservazioni del sottoscritto"). Confermo invece quanto da me detto, dato che non è affatto vero che l'A. abbia elaborato le sequele del grave trauma cranico: tale percorso di elaborazione è a tuttora in atto e non credo affatto che potrà avvenire una "restitutio ad integrum" e lo potrà testimoniare anche la Psicoterapeuta _____, che segue a tuttora l'A. e osserva una sorta di "lutto bloccato". Tale blocco della possibilità di elaborare il trauma, credo possa essere attribuito anche in parte al danno

cerebrale stesso, che non consentirebbe ai meccanismi elaborativi fisiologici, di essere accessibili. 3. Tema delle algie Leggendo la perizia del Dr. _____ si evince che Egli nutre forti dubbi sulla reale intensità della sintomatologia dolorosa dell'A., pertanto ritengo che il Perito, sminuisca fortemente l'impatto di tali algie sullo stato psicopatologico stesso. Per carità, comprendo bene la difficoltà di definire oggettivamente una sintomatologia dolorosa, tuttavia vorrei ricordare questi elementi. 1. Le algie dell'assicurato sono riferite sempre presenti, con intensità 5 e a volte peggiorano ulteriormente rispetto a questo livello. 2. La terapia antalgica attuale (Durogesic cerotti ogni 72 h) non è un dettaglio ininfluyente, a validazione della gravità dei sintomi dell'Assicurato stesso. 3. Nella mia datata carriera sanitaria, non ho mai visto alcun paziente assumere una terapia morfina senza una chiara e grave ragione medica e così è, purtroppo, in questo caso! 4. Tra l'altro, vanno considerati anche gli effetti collaterali di una tale terapia morfina, nel quadro generale dello stato somato-psichico e nell'impatto di una ipotetica, ma sconsigliabile dal mio punto di vista, reintegrazione lavorativa. 5. L' A. riporta una costante sensazione di instabilità e vertigini, persistente e invalidante e uno stato di sedazione, che sarebbero elementi intralcianti per una qualunque attività lavorativa. 6. A questo punto, paradossalmente, se si pensa che l' A. "simuli" il dolore o ecceda nella sua manifestazioni, si dovrebbe pensare a una riduzione-sospensione della terapia antalgica morfina, prima di proporre un reinserimento lavorativo. 7. Ricordo a questo proposito che l'A., tra un cambio e l'altro del cerotto di morfina (quando pertanto il livello ematico dell'oppioide si riduce drasticamente), manifesta dolori terebranti e deve integrare la terapia antalgica con farmaci antiinfiammatori per via orale, ad alto dosaggio: questo è un fatto inequivocabile e indica che la morfina sia essenziale per l'A. 8. Suggerisco, quindi, una rivalutazione di uno Specialista del dolore, qualora vi fossero tendenziosi dubbi sulla reale sintomatologia algica dell'A. 4. Tema della vita sociale e relazionale Contesto fermamente quanto asserito dal Dr. med. _____, nella pagina 21 della sua perizia, ultima riga, dove scrive riguardo all' Assicurato " ha una vita sociale intatta e frequenta amici e conoscenti ". La qualità di vita del paziente è radicalmente cambiata, invece: non esce più la sera, non guida più l'auto (se non per piccoli tratti e brevi e sempre accompagnato da qualcuno di fiducia, perché si sente estremamente insicuro e deve spesso fermarsi); l'intensa affaticabilità è turbativa delle attività sociali e relazionali che in precedenza praticava (ballo; sport quali la bicicletta; andare a cercare funghi; i viaggi e andare in vacanza). L'A. fa estrema fatica anche a incontrare e ricevere gli amici di un tempo: quel che mantiene con loro, è un contatto telefonico, seppure breve. Ricordo che i rumori un po' più intensi del solito turbano assai l'A. che subito sperimenta un intenso " vissuto di confusione e disagio ", a conferma della grave condizione psicopatologica e somatica in cui versa. Per rispondere al dr. med. _____ sulla tema della abilità alla guida, dato che mi ha chiamato in causa, rispondo: a suo tempo e ripetutamente nel corso degli anni, l'A. è stato valutato da specialisti di competenza (neurologi) che si sono già espressi in merito (rimando a questo proposito ai rapporti presenti nell'incarto dell'A.). 5. Tema dei tests reattivi psicologici Non sono un perito assicurativo, pertanto parto dal semplice psichiatra clinico, con lunga esperienza sul campo. Nessun tests reattivo atto a valutare lo stato psicopatologico è stato effettuato sull' assicurato, in nessun periodo della sua Cura. Pertanto, è difficile dichiarare a posteriori (questo vale anche per il dr. med. _____), a quando (temporalità) e a quanto (quantificazione del disturbo) si attestasse lo stato psicopatologico effettivo dell'assicurato, nel corso della cura. Credo che sarebbe stato importante, al di là del tema puramente "assicurativo", sottoporre l'A. a tests reattivi specifici per valutare lo stato psicopatologico,

in modo quali-quantitativo, come da me già indicato nel mio precedente rapporto. 6. Temi del reinserimento professionale e attuale capacità lavorativa. Alla luce di quanto sopra esposto fin qui, trovo clinicamente inappropriata e molto rischiosa dal punto di vista psicologico e somatico la proposta del dr. med. _____ di pensare a un tentativo di reintegrazione professionale, seppure di prova, per questo molto sofferente A. Peraltro, anche l'A. mi ha ripetuto che non si sente affatto nelle condizioni psichiche e fisiche di poter intraprendere tale tentativo, per tutte le ragioni di cui ho riferito in questo rapporto. Mi sento, pertanto le mie precedenti dichiarazioni relative al periodo dell'avvenuto peggioramento clinico dell'A. e affermo l'inabilità lavorativa attuale del 100%." (doc. 606, pag. 2-9 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto e il corsivo non sono della redattrice). Nel suo complemento dell'8 dicembre 2021 (doc. 613 incarto LAINF), il dr. med. _____ ha puntualizzato quanto segue: " (...) die Diagnose des Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes (...) nicht um einen Missbrauch von Medikamenten und bei diesem Versicherten speziell um Dafalgan handelt, sondern um einen Übergebrauch, der bekanntermassen zur Chronifizierung von Kopf-schmerzen beitragen kann. (...). Im neurologischen Gutachten wurde diese Diagnose als Verdacht auf Medikamentenüberkonsum-kopfschmerz beschrieben (...). (...) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht mit 50 bis 70% für eine angepasste Tätigkeit möchte ich auf die Beurteilung im neurologischen Gutachten auf Seite 40 verweisen, dort wird im ersten Absatz festgestellt, dass sich auf Grund der kognitiven Defizite eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 50% ergibt. Diese Variationsbreite von 20% resultiert somit aus der neuropsychologischen Beurteilung und nicht aus der neurologischen Einschätzung im engeren Sinne. (...) diese Streubreite von 20% bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aus meinem neurologischen Fachgebiet im engeren Sinne, sondern auf Grund der neuropsychologischen Beurteilung der posttraumatischen kognitiven Defizite. Daher kann ich diesbezüglich keine näheren quantitativen Angaben für die Arbeitsfähigkeit machen, die im neurologischen Gutachten attestierte unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ausschliesslich auf die kognitiven Defizite zurückzuführen und nicht auf die Kopfschmerzen, welche als unfallfremd eingestuft werden." Nel quadro della procedura di opposizione, interpellato dall'amministrazione a proposito delle obiezioni contenute nel referto della dr.ssa _____, con il suo complemento del 25 maggio 2022 (doc. 628 incarto LAINF), il dr. med. _____ ha dichiarato quanto segue: " (...). 2. Secondo la dr.ssa. _____ si tratterebbe di uno stato depressivo di grado almeno medio. Sarebbe presente "un grave discomfort e disabilità socio-relazionale e psicopatologica con rilevante stato d'irritabilità nervosa, ansia". Inoltre "l'architettura del sonno sarebbe fortemente alterata" e pertanto la dr.ssa _____ contesta l'affermazione del sottoscritto che nel rapporto peritale a pag. 24 aveva affermato che il paziente "dorme tranquillo e si alza al massimo una volta per notte". Osservazioni del sottoscritto: Alla dr.ssa _____ sembra essere sfuggito il fatto che a pag. 24 non si riporta un'affermazione del sottoscritto, ma quanto esplicitamente dichiarato dallo stesso signor RI 1, che il sottoscritto ha citato correttamente sotto il capitolo "dichiarazioni soggettive" (intese, ovviamente, dell'assicurato) e dettagliatamente descritte da pag. 20 a pag. 24. Va fra l'altro notato che il signor RI 1 aveva dichiarato per esempio che: "riusciva a guidare regolarmente per brevi distanze e che si sentiva comunque sicuro e concentrato". Il sottoscritto aveva anche correttamente riportato che il morale andava "su e giù", ma che il signor RI 1 generalmente riusciva "a rallegrarsi" quando stava con la sua compagna o in compagnia di amici. Avevo pure descritto che "se c'era troppa gente, ossia troppa confusione, sarebbe andato "un po'

anche lui in confusione". Il signor RI 1 aveva inoltre esplicitamente affermato "che sarebbe stato d'accordo di fare un tentativo di reinserimento nel settore dell'edilizia, anche se in effetti non aveva mai ricevuto delle proposte concrete e non aveva mai fatto nessun tentativo di reintegrazione professionale. Aveva inoltre affermato di avere "sempre detto che se loro (ossia l'AI) gli avessero chiesto di provare a lavorare, lui sarebbe stato disposto a tentare". Per quanto riguardava le sue difficoltà e limitazioni, in ordine di importanza, il signor RI 1 aveva messo al primo posto i dolori costanti, le preoccupazioni per il futuro, la fatica a concentrarsi, rispettivamente la stanchezza "quando cambiava il tempo". Nella descrizione della giornata tipo, come dettagliatamente descritto a pag. 23 e 24 da parte del sottoscritto (che invito la dr.ssa _____ a rileggere più attentamente), non emerge uno stato di "grave discomfort" come sostenuto dalla dr.ssa _____. In questo contesto, ammesso e non concesso che lo stato fosse effettivamente così grave come sostiene la dr.ssa _____, mal si comprende che le visite presso la dr.ssa _____ siano state fissate a distanza di oltre due mesi e mezzo, come esplicitamente dichiarato dal signor RI 1. Più plausibile e consistente, per sostenere la gravità del quadro psicopatologico, sarebbe stata una frequenza di una-due visite alla settimana. (...). 4. La dr.ssa _____ dichiara in seguito che il signor RI 1 l'avrebbe informata, di aver riferito al dr. _____ che "nel 2015 aveva più volte pensato di acquistare un'arma per suicidarsi". Inoltre avrebbe spiegato che "tali pensieri anticonservativi non erano stati solo passeggeri, bensì erano più e più volte da lui stati considerati come progetti suicidari veri e propri" (...). Secondo la dr.ssa _____ "tale tipo di grave ideazione era fin da allora un severo ed esplicito indizio di uno stato di intenso malessere psicopatologico", suggestivo a suo parere "della difficoltà dell'assicurato di chiedere aiuto e di condividere i suoi stati emotivi e la sua ideazione, se non specificamente approfonditi e indagati". La dr.ssa _____ si "domanda quindi per quali ragioni il dr. _____ non abbia portato queste informazioni cliniche di rilievo, nella sua perizia". Osservazioni del sottoscritto: Va innanzitutto osservato che il signor RI 1, contrariamente a quanto sostiene la dr.ssa _____, nei due colloqui con il sottoscritto, non ha mai accennato a dei propositi autolesivi e men che meno del fatto di aver pensato di acquistare un'arma per suicidarsi. Non risulta poi (leggendo i rapporti della stessa dr.ssa _____ del 20.05.2019, rispettivamente del 07.08.2019 e 17.09.2020) che la dr.ssa _____ abbia mai parlato in modo esplicito di tendenze manifestamente autolesive o di idee suicidali con progetti concreti, malgrado seguisse il paziente da diversi anni e che per molti mesi non avesse ritenuto necessario né una terapia psicofarmacologica né tantomeno un ricovero in ambito stazionario. Solo nelle sue "riflessioni del 14.09.2021 (e solo indirettamente riportando quello che dice il paziente) menziona propositi autolesivi. Ci si può quindi chiedere: per quali ragioni la dr.ssa _____, che seguiva il paziente da anni (seppure con sedute molto diradate), non si è mai accorta di questi propositi autolesivi e non ne abbia fatto accenno molto prima, ad es. nelle sue osservazioni alla valutazione (12.12.2018) della psichiatra della CO 1, dr.ssa _____? Inoltre nelle 1500 pagine di documentazione esaminate dal sottoscritto non si trovano informazioni o accenni relativi a presunti propositi autolesivi. In particolare non si trovano informazioni in tal senso nei rapporti della psicologa e psicoterapeuta _____ (rapporti del 24.03.2016, 31.07.2017, 12.09.2018), della dr.ssa _____, consulente CO 1 di _____ (rapporto del 12.12.2018) e neppure nel rapporto di dimissione della Clinica _____ di _____ (08.06.2016) in cui fra altro si menzionava esplicitamente che la valutazione psicosomatica non aveva evidenziato disturbi psichici di rilevanza clinica per cui non era stato possibile porre una diagnosi psichiatrica nel quadro dell'ICD-10, in particolare non erano stati

evidenziati criteri dell'ICD-10 deponenti per depressione, disturbo d'ansia o disturbo posttraumatico da stress. A livello diagnostico-differenziale era stato postulato solamente un eventuale disturbo somatoforme persistente (F45.4), anche se i disturbi lamentati indicavano delle cause neurologiche e non potevano essere spiegati interamente come "somatoformi". Era anche stata ritenuta possibile un'elaborazione mal adattiva della malattia alla sintomatologia algica e una tendenza ad aggravare i sintomi. Il sottoscritto ricorda che il signor RI 1 era rimasto degente per quasi un mese (dal 18.04.2016 al 12.05.2016), pertanto per un periodo sufficientemente lungo da poter fare una valutazione attendibile. Ricordo pure che in questo contesto i disturbi lamentati globalmente dal paziente, in particolare per quanto riguardava l'entità degli stessi, non erano stati ritenuti consistenti e plausibili. Era stata invece constatata una rilevante tendenza ad esagerare i sintomi per cui non era stato possibile elaborare delle finalità riabilitative e terapeutiche concrete. Purtroppo, la dr.ssa _____ non si è espressa in merito alle osservazioni del personale curante di una delle cliniche svizzere più competenti e prestigiose. Peraltro, proprio per facilitarne la lettura, il rapporto era stato tradotto e sintetizzato dal tedesco dal sottoscritto. 5. La dr.ssa _____ ritiene che il sottoscritto abbia "forti dubbi sulla reale intensità della sintomatologia dolorosa dell'assicurato" e ritiene pertanto che il perito "sminuisca fortemente l'impatto di tali algie sullo stato psicopatologico stesso". Ribadisco a questo proposito che la dr.ssa _____ dovrebbe rileggere attentamente il rapporto di dimissione della Clinica di _____ citato nel punto precedente, come pure i rapporti del neurologo dr. _____, capo del servizio di neurologia della CO 1 di _____ (rapporto del 19.10.2016). In effetti, proprio perché erano emerse delle incongruenze e delle inconsistenze, erano stati proposti dei test di validazione dei sintomi, non solo dal profilo neuropsicologico, ma anche per quanto riguarda la sintomatologia algica (come menzionato dal sottoscritto a pag. 31 sotto il punto 7 del suo rapporto peritale del 22.05.2021). 6. Per quanto riguarda la frequenza delle sedute, la dr.ssa _____ afferma che in passato aveva effettuato delle sedute più frequenti, ma ammette che nel 2019 aveva visto l'assicurato con frequenza di ogni tre-quattro settimane, nel 2020 con frequenza mensile e dal 2021 con frequenza di una seduta ogni due mesi. Come dichiarato dall'assicurato al sottoscritto, la frequenza delle sedute avviene ora a distanza di due mesi e mezzo. Solo da questo fatto si può desumere, con il grado di verosimiglianza preponderante, che negli ultimi anni, in particolare a partire dal 2020, non sia più stato presente un disturbo affettivo di entità media o grave o altre comorbidità psichiatriche di rilevanza critica. Certamente non un grave stato depressivo con intenti suicidali che avrebbero altrimenti imposto una presa a carico di intensità ben diversa e molto probabilmente anche delle cure molto più incisive in ambito stazionario. 7. La dr.ssa _____ "contesta fermamente quanto asserito dal dr. med. _____, a pag. 21 della sua perizia dove menziona che "l'assicurato ha una vita sociale intatta e frequenta amici e conoscenti". Innanzitutto va rimarcato ancora una volta che a pag. 21 sono state riportate le dichiarazioni dell'assicurato e non le affermazioni del sottoscritto. 8. Sul tema dell'abilità alla guida la dr.ssa _____ non prende posizione. Si limita semplicemente ad affermare che la responsabilità di valutare se un paziente, guidando, può mettere in pericolo sé stesso o gli altri, "è degli specialisti di competenza (neurologi) che si sono già espressi in merito". A questo proposito è utile ricordare che la responsabilità spetta in primo luogo al medico curante, in questo caso alla psichiatra curante, che è la persona che meglio è in grado di valutare le condizioni psicopatologiche attuali e di proporre/imporre conseguentemente delle misure a tutela del paziente e della comunità. _____ A fronte del grave quadro psicopatologico descritto dalla dr.ssa

_____ , che per di più evoca marcate tendenze autolesive, visti i disturbi cognitivi lamentati, considerata la terapia psicofarmacologica e morfinica proposta, la capacità di guida non era data, neppure per brevi distanze. Altrimenti si dovrebbe presumere che le limitazioni abitualmente lamentate dall'assicurato, non siano presenti in tutti gli ambiti della vita e di conseguenza la plausibilità e la consistenza dei disturbi soggettivamente lamentati sarebbe per lo meno dubbia. 9. Per quanto riguarda i test reattivi psicologici richiesti dalla dr.ssa _____ che si lamenta che "nessun test reattivo atto a valutare lo stato psicopatologico sia stato effettuato sull'assicurato, in nessun periodo della sua cura", ribadisco che uno psichiatra formato in Svizzera, secondo i criteri stabiliti dal FMH, non ha bisogno di effettuare dei test reattivi per valutare lo stato psicopatologico di una persona e per porre una diagnosi corretta. Ricordo inoltre che il sottoscritto ha dettagliatamente risposto a pag. 30 e 31 nel rapporto peritale del 22.05.2021, in merito alla validità e ai limiti di tali test. 10. Per quanto riguarda il reinserimento professionale e l'attuale capacità lavorativa la dr.ssa _____ ritiene " clinicamente inappropriata e molta rischiosa " la proposta di pensare ad un tentativo di reintegrazione professionale, seppur di prova. Ricordo in questo contesto che l'assicurato non si era affatto espresso in questo modo, come riportato a pag. 21 del mio rapporto peritale del 22.05.2021. Secondo le direttive SIM riguardanti l'attività lavorativa esigibile dopo un infortunio, si osserva che un'efficace valutazione dell'esigibilità di attività lavorative in assicurati con dolori cronici, presuppone il fatto che questi forniscano una buona cooperazione , abbiano la volontà di praticare un'attività lavorativa , e che i disturbi e rilievi oggettivi siano coerenti . Le limitazioni qualitative e quantitative devono essere adattate al singolo individuo. Nei pazienti con dolori cronici va in genere considerato che la capacità di lavoro possa influire anche positivamente sulla percezione del dolore e sul decorso della malattia . Si tratta infine di valutare se è possibile attendersi da un soggetto che metta in atto un determinato comportamento, anche se questo può implicare fastidi e un certo sacrificio. Dal punto di vista legale, infatti, spetta all'assicurato l'obbligo di collaborare e di minimizzare il danno; ciò significa che anche lui deve dare il proprio contributo per il suo reinserimento professionale, anche accettando le misure terapeutiche idonee per il suo caso. 11. Ribadisco infine, esaminando gli atti a disposizione, che a partire da settembre 2017, con verosimiglianza preponderante, non è intervenuto un peggioramento notevole dello stato di salute del signor RI 1, dal profilo medico-psichiatrico-psicologico, come indicato a pag. 34 e 35 del mio rapporto peritale. Dal profilo medico-psichiatrico è pertanto esigibile un'attività lavorativa confacente, nella misura massima possibile, tenendo presenti le limitazioni dal profilo ortopedico/neurologico. (...)” (doc. 628 incarto LAINF; n.d.r.: il corsivo, le sottolineature e il grassetto non sono della redattrice). In data 23 giugno 2022, il patrocinatore dell'assicurato ha prodotto un ulteriore rapporto, datato 19 giugno 2022, della dr.ssa med. _____ (doc. 632 incarto LAINF), la quale si è così pronunciata a proposito delle considerazioni espresse dal dr. med. _____: " (...). Differenze diagnostiche tra il perito _____ e il perito _____ (...). Gravità dell'episodio depressivo Ho descritto nei miei precedenti rapporti le motivazioni clinico-psicopatologiche e correlate alla lunga e regolare osservazione clinica, a tuttora in atto, che mi hanno condotto alla definizione diagnostica del grado di gravità depressiva di cui soffre l'Assicurato. Ricordo, inoltre, che da più parti e da fonti cliniche autorevoli che ho attentamente letto, (Clinica _____; Ospedale _____ e Psicoterapeuta _____) sono state descritte condizioni cliniche compatibili con uno stato depressivo di grado rilevante. Tema delle pregresse idee e propositi suicidari dell'Assicurato Il dr. med.

_____ dichiara che l'Assicurato non lo abbia informato (e non abbia informato nessuno dei clinici e terapeuti avvicendatisi nel corso della sua ben disgraziata storia clinica e psicopatologica) rispetto alle idee anticonservative emerse nel corso dell'anno 2015. Chi ha dimestichezza quotidiana e profonda di Clinica e pratica della Relazione Terapeuta-Paziente, purtroppo sa che i Pazienti non comunicano con scioltezza dei loro pensieri di suicidio: altrimenti non si spiegherebbe perché alcune persone ricorrono tristemente a questo mezzo estremo e i loro Terapeuti ne siano stupefatti e traumatizzati. Il tema è, purtroppo, un TABU' nella nostra Civiltà. L'Assicurato, che ho rivisto in data 14/6/2022 in occasione di un consulto, mi ha raccontato più dettagliatamente che nel corso dell'anno 2015, manifestò gravi pensieri anti-conservativi progettuali (aveva per lunghi mesi accarezzato il progetto di uccidersi acquistando un'arma) e ricorda che in quell'anno, tale ideazione si presentò ripetutamente, sia nel corso dell'estate (mesi di luglio-agosto) e più ancora intensamente nei mesi di novembre-dicembre dello stesso anno e mi ha detto che di questi gravi pensieri e progetti anticonservativi aveva parlato espressamente al suo medico di famiglia di allora, il dr. _____ e alla sua Assistente di studio medico. Inoltre, l'Assicurato, durante la stessa consultazione del 14/6/2022 con la scrivente ha dichiarato di aver informato di questi pensieri e progetti anticonservativi (sottolineo, relativi all'anno 2015), lo stesso dr. med. _____, durante la perizia da lui effettuata (nel 2021). Non ho motivo di dubitare che entrambi, sia l'Assicurato che il dr. med.

_____, dichiarino la Verità. Potrebbe essere che dei tests all'Assicurato, possano aiutarci a dirimere questi aspetti apparentemente contraddittori? (legati alla memoria dell'Assicurato; a episodi di amnesia reattivi al trauma? ad aspetti dissociativi? Ad altre cause?). Ri-Analisi della documentazione peritale dell'Assicurato. Algie croniche e opportunità di tests di approfondimento. La mia modalità Etica e Deontologica, ogni volta che sono chiamata a riflettere sulla storia clinica complessa di un Assicurato, mi impone in scienza e coscienza di approfondire la conoscenza completa della documentazione clinica, tutta. Ho letto pertanto tutti gli incarti clinici che riguardano l'Assicurato e ho studiato con dovizia ogni foglio, gentilmente messi a disposizione dell'Avv. RA 1, compresa la documentazione in lingua tedesca. Ricordo a tal proposito che presso la Clinica

_____ nel 7/2013 è stata posta la Diagnosi di deficit cognitivo di entità media (secondo tab. 8 CO 1). Nella sua perizia del 6/2021 il dr. med. _____ ha altrettanto confermato la presenza di Disturbi neuropsicologici di grado lieve-moderato. Riporto qui i dati relativi al tema delle algie dell'A. contenuti nella perizia del dr. _____ (6/2021).

1. I dolori che lo affliggono di più sono nella regione destra del torace, nell'area della nuca e alle braccia, più marcatamente a destra.
2. I dolori interessano anche le gambe, braccia e tutte le dita, e si fanno intensi a seconda delle condizioni meteorologiche.
3. Soffre di cefalea olocranica e sul lato sinistro del viso.
4. I dolori aumentano in caso di contatto fisico o durante l'eloquio.
5. Il paziente descrive anche parestesie a carico del lato sinistro del viso.
6. I dolori interessano anche il lato destro del viso, ma più accentuati a sinistra con intensità da 4 a 6, sempre presenti, talvolta aumentano d'intensità fino a 8 a seconda delle condizioni meteorologiche.
7. Prima dell'infortunio il paziente non soffriva di mal di testa.
8. È presente fonofobia costante, per cui il paziente deve usare tappi per le orecchie.
9. Riferisce fotofobia all'occhio sinistro, presenza dall'infortunio.
10. L'olfatto e il gusto sono diminuiti dopo l'infortunio.
11. Ha ancora problemi di equilibrio quando compie movimenti rapidi.
12. Riferisce vertigini ortostatiche.
13. È spesso stanco, la stanchezza dipende dagli sforzi compiuti. Tutti questi elementi, rilevati anche dalla scrivente, contribuiscono ad un rilevante intralcio alla quotidianità dell'A. e al peggioramento della sua qualità di vita.

L'intensità del Disturbo neuropsicologico diagnosticato da Centri di Cura certificati e dal perito _____, testimonia una rilevante disabilità, il cui impatto, nelle sue implicazioni di tipo prognostico e della valutazione della CL, è stato, a mio parere, alquanto sottovalutato dal dr. med. _____. Inoltre, il dr. med. _____ (Capo servizio di neurologia della CO 1 di _____) datato 19.10.2016 così scrive: " Anche la questione a sapere se, e in che misura, possono persistere dei disturbi cognitivi con ripercussioni sulla capacità lavorativa ancora esigibile, come conseguenza delle lesioni temporo-frontali sinistre, non può essere valutata in modo definitivo, in base alla documentazione medica, visto che l'ultimo esame neuropsicologico effettuato il 25/1/2016 dalla psicologa _____ non è sufficientemente esaustico e soprattutto è stato eseguito senza test di validazione dei sintomi. Per questo motivo è necessario procedere con un nuovo esame neuropsicologico che comprenda anche dei test finalizzati alla validazione dei sintomi e dei test riguardanti la cognizione sociale . Qualora non fosse possibile procedere a tali test presso il Neurocentro della Svizzera italiana, si raccomanda di rivolgersi alla neuropsicologa dr.ssa _____, dell'Ospedale _____ , che parla pure italiano " A me non risulta che le indicazioni perentorie del dr. med. _____ siano state accolte dai periti chinatisi sulla storia psicopatologica e neurologica post-traumatica di questo molto sfortunato e, aggiungerei, incompreso Assicurato. Peraltro, è un Collega esimio e citato dallo stesso dr. med. _____, che suggerisce dei tests specifici . In ogni caso, il dr. med. _____ ha già ben spiegato il suo punto di vista sull'esecuzione di tests di approfondimento (vedi punto 8 del suo rapporto del 25/5/2022, a pag. 9, in cui dichiara: " uno psichiatra formato in Svizzera, secondo i criteri stabiliti dal FMH, non ha bisogno di effettuare tests reattivi per valutare lo stato psicopatologico di una persona e per porre una diagnosi corretta "). Tema delle algie In base alla mia osservazione clinica, relativamente alle severe algie lamentate dall'Assicurato confermo che purtroppo sono persistenti a tuttora. Riporto qui, a tal proposito, i riferimenti contenuti nel mio rapporto precedente (del 9/2021). 1. Le algie dell'assicurato sono riferite sempre presenti, con intensità 5 e a volte peggiorano ulteriormente rispetto a questo livello. 2. La terapia antalgica attuale (Durogesic cerotti ogni 72 h) non è un dettaglio ininfluenza, a validazione della gravità dei sintomi dell'Assicurato stesso. 3. Nella mia datata carriera sanitaria, non ho mai visto alcun paziente assumere una terapia morfina senza una chiara e grave ragione medica e così è, purtroppo, in questo caso! 4. Tra l'altro, vanno considerati anche gli effetti collaterali di una tale terapia morfina, nel quadro generale dello stato somato-psichico e nell'impatto di una ipotetica, ma sconsigliabile dal mio punto di vista, reintegrazione lavorativa. 5. L' A. riporta una costante sensazione di instabilità e vertigini, persistente e invalidante e uno stato di sedazione, che sarebbero elementi intralcianti per una qualunque attività lavorativa. 6. A questo punto, paradossalmente, se si pensa che l'A. "simuli" il dolore o ecceda nella sua manifestazioni, si dovrebbe pensare a una riduzione-sospensione della terapia antalgica morfina, prima di proporre un reinserimento lavorativo. 7. Ricordo a questo proposito che l'A., tra un cambio e l'altro del cerotto di morfina (quando pertanto il livello ematico dell'oppioide si riduce drasticamente), manifesta dolori terebranti e deve integrare la terapia antalgica con farmaci antiinfiammatori per via orale, ad alto dosaggio: questo è un fatto inequivocabile e indica che la morfina sia essenziale per l' A. 8. Suggesto, quindi, una rivalutazione di uno Specialista del dolore, qualora vi fossero tendenziosi dubbi sulla reale sintomatologia algica dell'A. Il dr. med. _____, ad avallo della sua tesi, riporta nella sua perizia del 5/2022 descrizioni relative al ricovero stazionario del lontano 2016: " Era stata constatata una rilevante tendenza ad esagerare i sintomi da parte del paziente per cui

non era stato possibile elaborare finalità riabilitative e terapeutiche concrete "(vedi perizia del dr. med. _____ del 25/5/2022, pag. 6). Mie riflessioni su queste citazioni: 1. a mio parere di clinico, affermare che un paziente "esageri i sintomi" è, pur sempre un giudizio, per un semplice assunto: l'osservatore del sintomo (il medico o il terapeuta) non sta sperimentando quel sintomo. 2. Sono stati effettuati tests per confermare o meno l'ipotesi della presunta esagerazione dei sintomi? 3. Confesso che per me come Persona, prima che Psichiatra e Psicoterapeuta, che studia non solo i sintomi riferiti dal paziente, bensì i "significati" sottesi ai sintomi, tali descrizioni che il dr. _____ si è premurato così fedelmente di riportare, mi toccano il cuore, perché ipotizzo una cosa molto grave: l'Assicurato, probabilmente, stava così male psichicamente e fisicamente, che non aveva neppure le forze per poter aderire al programma di riabilitazione e fisioterapia. Questo andrebbe indagato meglio. Setting psichiatrico Ho descritto in modo specchiato nel mio rapporto precedente la regolarità del setting possibile e attuata (anche in considerazione della rilevante difficoltà di spostamento dell'Assicurato e algie scatenate dai viaggi; ricordo che l'Assicurato vive in Italia, in _____). L'Assicurato è altresì seguito in Psicoterapia, con Setting altrettanto adeguato alle condizioni neurologiche e psichiche e i due Co-terapeuti collaborano tra loro. L' A. a tuttora presenta una condizione clinica di rilevante sofferenza e nel corso dei mesi precedenti sono stati approntati rimaneggiamenti psicofarmacologici. Tema della vita sociale dell'Assicurato La Qualità di Vita dell'Assicurato, rispetto anche alle sue relazioni sociali e è purtroppo sostanzialmente e profondamente modificata. Non esce più la sera; si sente costantemente affaticato, insicuro e questo lo intralcia rispetto alle attività sociali e relazionali che in precedenza praticava con piacere (ballo; sport quali la bicicletta; andare a cercare funghi; i viaggi e andare in vacanza). Fa estrema fatica anche a incontrare e ricevere gli amici di un tempo: quel che mantiene con loro, è solo un contatto telefonico, breve. I rumori un po' più intensi del solito lo turbano assai e costringono l'A. a sperimentare un intenso " vissuto di confusione e disagio ", a conferma della grave condizione psicopatologica e somatica in cui versa. Tutto questo, prima del grave trauma cranico NON era presente. I dolori cronici lo tormentano pressoché costantemente. Pertanto, con dispiacere di medico clinico, confermo che la qualità di vita del paziente e delle sue rete relazionale è radicalmente cambiata, in seguito al gravissimo infortunio e trauma cranico e non è affatto intatta, come si evince dalla perizia del dr. med. _____. Spostamenti coi mezzi (...). Tema dei reattivi psicologici Il dr. med. _____ dichiara che non siano dirimenti tests di tipo reattivi psicologici e che " uno psichiatra formato in Svizzera, secondo i criteri stabiliti dal FMH, non ha bisogno di effettuare test reattivi per valutare lo stato psicopatologico di una persona e porre una diagnosi corretta ". Come medico psichiatra con lunga esperienza clinica (con titolo FMH e un ulteriore diploma di specialista in Psicoterapia, e in fase di ottenimento del titolo di Practitioner EMDR in Psicotraumatologia e regolare e accertata Formazione continua) mi permetto di dire che questa dichiarazione sia piuttosto aleatoria, tanto è vero che siamo ancora qui a discutere della Diagnosi di questo molto sfortunato Assicurato. Le valutazioni dei medici cosiddetti specialisti (tra cui l'umile scrivente), seppur supportate dalla scienza (per meglio dire dall'Arte Medica, che scienza vera e propria, ahimè, non è) e formazione specifica, sono pur sempre influenzate dalla nostra soggettività e infatti talora soffrono di frizioni e contestazioni. Pertanto, confermo il mio parere che nel corso della valutazione di Diagnosi e decorso clinico dell'Assicurato, sarebbe stato utile e maggiormente dirimente, sottoporlo a valutazioni cognitivo-psicologiche e/o testistiche ad hoc, approfondite. Credo, in ogni caso, che non sia mai troppo tardi per farlo, per il Bene dell'Assicurato e buona pace

degli eventuali "contendenti". Reinserimento professionale Alla luce di quanto affermato sopra e date le condizioni psico-fisiche attuali dell'Assicurato, persistentemente influenzate dalle conseguenze psicologiche e neurologiche e algiche gravi conseguenti al severo trauma cranico, non vi sono a mio parere le risorse psico-fisiche, né tampoco i mezzi psichici per un reinserimento lavorativo. Vi confesso di tutto cuore che l'insistenza del dr. med.

_____ mi appare pressoché incomprensibile, dato che seguo l'Assicurato da molti anni e osservo con la necessaria regolarità la sua persistente sofferenza e "modalità di quasi sopravvivenza" al grave evento cerebrale traumatico occorsogli. Peggioramento della condizione clinica dell'Assicurato Non sono affatto d'accordo con le affermazioni del dr. med. _____, " non è intervenuto alcun peggioramento dal settembre 2017" ; egli cita in modo lapidario il numero delle pagine (34 e 35) della sua perizia datata 22/5/2021.

Ricordo che si tratta di un tema da me argomentato con riflessioni cliniche sostanziate, contenute nel mio rapporto del 14/9/2021. Riporto qui, per semplicità di rilettura, le parti più significative del mio rapporto del settembre 2021, a cui rimando integralmente, per una lettura più completa. " L'aggravamento psichico, in base alla mia riflessione clinica e ipotesi diagnostiche, sarebbe databile tra il 2017 e la mia valutazione iniziale del 2018, con un'acme ulteriore, nel maggio-giugno 2019. Ho incontrato per la prima volta l'Assicurato il 19 novembre 2018, pertanto oltre 1 anno dopo la definizione del Progetto di invalidità. A quell'epoca ebbi modo di osservare una condizione di intenso malessere depressivo e uno stato ansioso, ridotto piacere nelle attività quotidiane, un vissuto psicologico di intensa sofferenza, a mio parere legata strettamente alla patologia traumatica infortunistica . Dai decorsi della documentazione clinica da me raccolta, ho rilevato che un periodo psichico di ulteriore sofferenza sia stato intorno al maggio-giugno 2019, fase in cui l'Assicurato ha mostrato una lenta, inesorabile e definitiva elaborazione delle conseguenze irreversibili della sua patologia post-traumatica (fisica, psichica e neurologica), con necessità di una farmacoterapia antidepressiva, impostata nel luglio 2020. Ritengo che le ragioni dell'ulteriore peggioramento dello stato psicologico, potrebbero essere correlabili alla elaborazione luttuosa" da parte dell' Assicurato, dei deficits psico-fisici gravi e persistenti, allorquando le Cure riabilitative hanno mostrato i loro chiari limiti (ovvero non si potevano sperare ulteriori miglioramenti rispetto alla qualità di Vita e un recupero dell'efficienza e restituito ad integrum precedente) e anche in relazione alla contestata necessità di una Psicoterapia, invece fondamentale a mio parere. Non da ultimo, anche lo stato di dolore cronico, incoercibile e terebrante, e la necessità di uso di farmaci morfino-simili (con le conseguenze sulla autonomia di vita e lo stato di sedazione correlato e, peraltro, la ridotta efficacia peraltro di questi presidi) hanno provocato un ulteriore peggioramento dello stato psichico del paziente, con grave detrimento della sua qualità della Vita e chiarezza maggiore del quadro depressivo e ansioso. (...) " (doc. 632 incarto LAINF; n.d.r.: il corsivo e il grassetto non sono della redattrice). Al riguardo, in sede di risposta di causa (doc. III), l'CO 1 ha osservato quanto segue: " (...). 20. Si ribadisce che la Dr.ssa med. _____ è la psichiatra dell'assicurato. La giurisprudenza al riguardo indica che secondo l'esperienza i medici curanti, compresi gli specialisti, viste le relazioni fiducia che instaurano con i loro pazienti, in caso di dubbio, tendono generalmente a rilasciare pareri a loro favorevoli. 21. La Parte convenuta, interpellando il Dr. med. _____, ha preso posizione in relazione alle critiche espresse dalla Dr.ssa med. _____ nel suo referto del 14 settembre 2021. Nonostante la perizia del Dr. med. _____ del 22 maggio 2021 e la presa di posizione del 25 maggio 2022 l'assicurato, per il tramite del suo patrocinatore ha trasmesso l'ennesimo referto della Dr.ssa med. _____, psichiatra dell'assicurato, che non faceva altro che

ribadire la propria posizione e contestare le conclusioni a cui era giunto il Dr. med. _____.

Considerato che effettivamente il referto 19 giugno 2022 non apporta nuovi elementi oggettivi atti a mettere in discussione le conclusioni a cui è giunto il perito indipendente appare del tutto inutile interpellare il perito per un'ulteriore presa di posizione. Il Dr. med. _____ non è un medico della Parte convenuta. Inoltre, il patrocinatore dell'assicurato è stato informato, con scritto 4 gennaio 2021, sulla necessità della perizia, l'ente peritale proposto e il catalogo delle domande. Egli con e-mail del 12 febbraio 2021 ha indicato di non avere obiezioni sulla scelta dei periti rispettivamente sui quesiti peritali. Pertanto, appare poco coerente che egli contesta le conclusioni a cui sono giunti i periti. (...)." (cfr. doc. III, pag. 8 e 9). Dal canto suo, in data 3 ottobre 2022 (doc. V), il rappresentante dell'insorgente ha segnatamente evidenziato quanto segue: " (...) la dott.ssa _____, nel proprio rapporto del 19 giugno 2022 ha espressamente dichiarato il proprio dissenso sulle qualifiche patologiche date dal dott. _____, portando argomenti pertinenti e scientificamente validi. Tenuto conto che la disquisizione è preliminarmente medica e che vi sono due referti discordanti, si chiede la nomina di un superperito esterno in ambito psichiatrico al quale sottoporre i due rapporti. La dott.ssa _____ non si è limitata ad esprimere un'opinione, ma ha dettagliatamente confutato le conclusioni del perito della CO 1. (...)." (cfr. doc. V; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice).

2.3.10. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale ricorda innanzitutto che le perizie affidate dagli assicuratori sociali, come nel caso di specie - secondo la procedura dell'art. 44 LPGa - a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, 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; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021 consid. 2.2.4. e 35.2021.57 del 20 settembre 2021 consid. 2.8.). Il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti (cfr. la STF 8C_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). Una perizia fondata sull'art. 44 LPGa ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7 e la STCA 35.2018.88 del 10 dicembre 2018). D'altro canto, è pure utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sul tema, cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto dei pareri medici (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8; 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 e STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022 consid. 2.9.3 e riferimenti ivi citati). Fatte queste premesse, nella concreta evenienza, il TCA constata che, con il rapporto peritale del 22 maggio 2021, il dr. med. _____ ha escluso che, posteriormente al settembre 2017, fosse intervenuto un rilevante peggioramento dello stato di salute psichica dell'assicurato. Tra gli elementi evocati a

giustificazione di tale conclusione, il perito amministrativo ha indicato la natura della psico-farmacoterapia prescritta all'insorgente, giudicata "blanda", rispettivamente non correlare con la gravità del disturbo pretesa dalla psichiatra curante (cfr. doc. 595, p. 35: "Il fatto, infine, che non siano state messe in atto delle cure più incisive a livello psicofarmacologico o in ambito stazionario e che le visite dalla psichiatra avvengono con frequenza di una seduta ogni due mesi e mezzo (secondo le informazioni ottenute dall'assicurato stesso) non depone, con verosimiglianza preponderante, per un peggioramento significativo."). Con il suo referto del 14 settembre 2021, la dr. med. _____ ha contestato la valutazione del dott. _____ e, per quanto concerne specificatamente l'obiezione riguardante la terapia medicamentosa somministrata al ricorrente, ha affermato che non la si può assolutamente ritenere "blanda". In particolare, ella ha precisato di aver introdotto da parte sua soltanto il farmaco Valdoxan (agomelatina), tenuto conto che i medicinali già prescritti da altri per le problematiche neurologiche – la lamotrigina e il Pregabalin – hanno anche delle indicazioni di tipo psichiatrico (la lamotrigina è [pure] uno stabilizzatore/equilibratore dell'umore mentre il Pregabalin è [pure] un ansiolitico, specifico per la cura dell'ansia generalizzata) (doc. 606, p. 5 s.). Dal complemento peritale 25 maggio 2022 non risulta che lo specialista in psichiatria interpellato dall'CO 1 si sia pronunciato su questo specifico aspetto. Eppure, come già detto in precedenza, esso rappresenta uno dei principali argomenti che l'hanno indotto a negare l'insorgenza di un rilevante aggravamento delle condizioni di salute psichica a contare dal mese di settembre 2017 (cfr. doc. 628). In queste condizioni, il TCA non può seguire la rappresentante dell'assicuratore laddove, in sede di risposta, ha evidenziato l'inutilità d'interpellare il perito amministrativo per un'ulteriore presa di posizione (cfr. doc. III). Sulla scorta di quanto precede, questo Tribunale non ritiene di disporre di tutti gli elementi di valutazione necessari per decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro.

2.3.11. Nella DTF 137 V 210, il TF ha precisato in quali casi il tribunale cantonale deve disporre direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. L'Alta Corte ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411).

In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)". (DTF 137 V 263-265) In concreto, secondo il TCA, sono realizzati i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione per un complemento istruttorio ai sensi della giurisprudenza citata (" Klarstellung von gutachtlichen Ausführungen ", cfr. DTF 137 V 210). Si giustifica di conseguenza l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda come è stato indicato al considerando 2.3.10. Quindi, l'assicuratore si pronuncerà di nuovo sugli aspetti litigiosi alla luce delle risultanze del complemento istruttorio. 2.4. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.5. 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 del 29 agosto 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 pag. 107).

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