

TI_GERICHTE 36.2021.1 vom 18. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.1

FR: TI_GERICHTE 36.2021.1 du 18 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 36.2021.1 del 18 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

o 3 LVAMal.

2Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

3L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da:

- a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti;
- b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri;
- c. associazioni di dipendenti, per i propri membri."

Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità.

L■art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa.

A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio.

Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione.

L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGGA non è applicabile.

In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal).

Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

Il 29 gennaio 2020 il dr. med. _____, dopo aver visitato l'■insorgente il 21 gennaio 2020, ha attestato una completa abilità lavorativa dell'■assicurato da subito (doc. 85).

Quest'ultimo ha prodotto ulteriori certificati della curante, dr.ssa med. _____ (doc. 110, 133, 143), oltre che della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 126), che attestano una continua incapacità lavorativa dell'■interessato al 100%. Egli ha pure prodotto la conferma di una degenza a causa della patologia psichiatrica dal 7 agosto 2020 (doc. 132) al 3 settembre 2020 (doc. 135) presso un nosocomio italiano.

Il 21 febbraio 2020 il ricorrente, a causa della problematica ORL, è stato visitato, su incarico dell'■assicuratore, dal dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, il quale ha accertato la totale abilità lavorativa dell'■insorgente per tale patologia (doc. 102).

Il 19 novembre 2020 il dr. med. _____, incaricato nuovamente dall'■assicuratore, ha esaminato i referti prodotti dal ricorrente ed ha confermato le sue precedenti prese di posizione (doc. 146).

Pendente causa l'■insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica.

6. 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, inBJM 1989, p. 30ss.).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'■amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'■Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'■art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'■affidabilità dei rapporti dei medici interni all'■amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'■amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'■art. 44 LPGA, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'■affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti).

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

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

7. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non può confermare la decisione dell'amministrazione che ha ritenuto l'insorgente totalmente abile al lavoro dal 22 gennaio 2020, senza prima effettuare ulteriori accertamenti e, segnatamente, nel preciso caso di specie, l'allestimento di una perizia psichiatrica indipendente in applicazione dell'art. 44 LPGA.

In effetti, come emerso anche in sede di udienza (cfr. doc. XX), agli atti figurano valutazioni tra loro contraddittorie che non consentono a questo Tribunale di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro, ritenuto che pure l'UAI ha considerato necessario, nella parallela procedura, far allestire una perizia pluridisciplinare (internistica, psichiatrica, neurologica ed ORL; cfr. doc. S e T).

In concreto i referti del 29 gennaio 2020 (doc. 85) e del 19 novembre 2020 (doc. 146) del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario dell'assicuratore, non permettono di levare ogni dubbio circa la capacità lavorativa dell'interessato.

L'insorgente infatti dopo il 21 gennaio 2020, quando è stato dichiarato completamente abile al lavoro dallo specialista, oltre ad essere stato nuovamente ricoverato presso alcuni ospedali psichiatrici in Italia, ha prodotto dei certificati medici delle proprie curanti, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia e dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che pongono seri dubbi circa il valore probante delle conclusioni del dr. med. _____.

Il 10 marzo 2020 la dr.ssa med. _____ ha infatti rilevato come l'insorgente non ha mai presentato un miglioramento clinico dello stato timico ed ansioso tale da permettere una ripresa dell'attività lavorativa anche a tempo parziale (doc. 110) e come il medesimo sia stato ricoverato per un episodio depressivo dall'11 dicembre 2019 al 9 gennaio 2020 presso un nosocomio in Italia. Alla dimissione, i medici dell'ospedale hanno diagnosticato una depressione maggiore, episodio ricorrente moderato e sindrome ossessiva-compulsiva. Dalla data della dimissione è seguito da uno psichiatra del CPS di _____ (Italia) e con decisione del 15 gennaio 2020 ha ricevuto dall'INPS il riconoscimento dell'invalidità

civile con inabilità lavorativa totale e permanente al 100% (doc. 110). La curante ha contestato il referto del 29 gennaio 2020, evidenziando come dopo la dimissione dall'ospedale italiano non solo non vi è stato alcun miglioramento, ma la situazione valetudinaria è peggiorata.

Il 30 giugno 2020 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha confermato la totale incapacità lavorativa dell'insorgente (doc. 126), il 7 agosto 2020 la Casa di cura _____ ha certificato la degenza dell'insorgente dal 7 agosto 2020 (doc. 132) al 3 settembre 2020 (doc. 135), a causa di un disturbo depressivo maggiore ricorrente e disturbo da sintomi somatici ed il 3 novembre 2020 la dr.ssa med. _____ ha attestato un'inabilità lavorativa totale fino al 15 dicembre 2020 (doc. 143).

Dal

E. 2

febbraio 2021 al 1° marzo 2021 l'insorgente è inoltre nuovamente stato ricoverato presso una struttura ospedaliera italiana a causa di una depressione maggiore ricorrente (doc. BB).

Vi sono pertanto più che fondati dubbi circa la reale capacità lavorativa dell'assicurato dal lato psichiatrico.

In assenza di documentazione medica oggettiva convergente, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non può essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo senso, si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011, consid. 3.2.).

E. 2.9

e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo "Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales" in CGRSS n. 50 – 2014 pag. 137 seg. n. 15 pag. 140). Per le ragioni esposte in precedenza, si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. L'istituto assicuratore resistente, a cui gli atti vengono retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) a livello psichiatrico, volto a definire la capacità lavorativa del ricorrente dal 22 gennaio 2020. Esperita la perizia medica in ambito psichiatrico, l'assicuratore non dovrà omettere di esaminare nuovamente anche l'aspetto ORL, segnatamente in caso di peggioramento dello stato di salute, ritenuto che comunque al momento attuale non vi è motivo di scostarsi dalla valutazione del 2 marzo 2020 del dr. med. _____ su questo aspetto. Lo specialista ha infatti potuto constatare che per quanto concerne l'ipoacusia non vi è alcuna incapacità lavorativa, giacché l'interessato ha compreso chiaramente tutto quanto è stato discusso senza particolari problemi, e circa l'acufene destro si tratta di un problema che ha verosimilmente una causa organica data la concomitante ipoacusia a destra e l'interessato potrebbe svolgere un'attività lavorativa senza particolare limitazione a condizione che non sia sottoposto, in particolare se in maniera ripetuta, a forti rumori (doc. 102). Agli atti, successivamente a tale visita, a parte brevi e generici certificati medici della curante, dr.ssa med. Bianchi, medico chirurgo, che attestano come il ricorrente sia affetto da deficit dell'udito con forti e continui acufeni che ne compromettono la vita quotidiana e portano ad isolamento sociale (ad esempio doc. 107; doc. 110; doc. 113; doc. 124; doc. 128; doc. 138; doc. 141; doc. 148; doc. 152, doc. AA), non ha prodotto alcun referto medico atto

a sovvertire le conclusioni del medico fiduciario. 9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione su opposizione impugnata va annullata e l'incanto rinviato all'assicuratore affinché proceda con l'allestimento di una perizia psichiatrica ai sensi dell'art. 44 LPGGA, ciò che rende priva di oggetto le richieste del ricorrente volte all'assunzione di ulteriori prove. All'insorgente, vincente in causa, vanno assegnate le ripetibili. 10. Va ancora rammentato che l'art. 61 lett. a LPGGA, 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 LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA 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. fbis LPGGA 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. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: "La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera fbis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI)". Secondo l'art. 83 LPGGA (disposizione transitoria), tuttavia, 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 stato inoltrato l'11 gennaio 2021 e pertanto si applica il nuovo diritto. Nel caso di specie, trattandosi della richiesta di versamento di prestazioni (indennità giornaliera per perdita di guadagno a causa di malattia), e non essendoci nella LAMal alcuna norma specifica in merito, la procedura è gratuita. Ne segue che non vanno prelevate né tasse né spese.

E. 3

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da: a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti; b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri; c. associazioni di dipendenti, per i propri membri." Secondo l'art. 72 cpv. 1 LAMal, gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità. L'art. 72 cpv. 1bis LAMal prevede che le prestazioni assunte sono collegate al periodo di incapacità lavorativa. A norma dell'art. 72 cpv. 2 LAMal, il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPGGA). Per quanto non pattuito altrimenti il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo

termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPGa non è applicabile. In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (art. 72 cpv. 4 LAMal). Per l'art. 72 cpv. 5 LAMal, qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovraindennizzo giusta l'articolo 78 della LAMal e l'articolo 69 LPGa, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

4. Secondo la giurisprudenza sviluppatasi sull'art. 12bis cpv. 1 LAMI – giurisprudenza applicabile anche all'attuale art. 72 LAMal (RAMI 1998 KV 45 pag. 430) – è considerato incapace al lavoro colui che per motivi di salute non è più in grado di svolgere la propria attività, oppure può farlo soltanto in misura ridotta oppure, ancora, quando l'esercizio di una tale attività rischia di aggravarne le condizioni di salute (DTF 114 V 283 consid. 1c; DTF 111 V 239 consid. 1b). L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha rammentato che la giurisprudenza sviluppata in precedenza vale anche vigente la LPGa (sentenza del 22 giugno 2004, U 193/03, consid. 1.3 e seguenti con riferimenti). La questione a sapere se esista un'incapacità lavorativa tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni va valutato in considerazione dei dati forniti dal medico. Determinante non è, comunque, l'apprezzamento medico-teorico - anche se il giudice non se ne scosterà senza sufficienti motivi, essendo anch'egli tenuto a rispettare la sfera d'apprezzamento del medico (RAMI 1983 pag. 293; RAMI 1987 pag. 106 segg.) -, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dal danno alla salute (DTF 114 V 283 consid. 1c). Il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato con riferimento all'impossibilità, derivante da motivi di salute, di adempiere, secondo quanto può essere ragionevolmente richiesto, la professione normalmente esercitata dall'assicurato. L'incapacità di guadagno si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività.

5. In concreto il 28 marzo 2019 il datore di lavoro dell'insorgente ha notificato all'assicuratore una completa incapacità lavorativa dell'insorgente dal 25 marzo 2019 (doc. 2), confermata dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario dell'assicuratore, in data 17 aprile 2019, per 4-6 settimane, con la diagnosi di episodio depressivo di media gravità (ICD 10; F 32.1, doc 7). Il 16 maggio 2019 la curante dell'assicurato, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha attestato una continuazione dell'incapacità lavorativa anche oltre il 31 maggio 2019, ciò che la dr.ssa med. _____ ha confermato fino al 30 giugno 2019 (doc. 11 e 12). In seguito all'inoltro di ulteriori attestazioni della curante, l'assicuratore ha sottoposto l'insorgente ad una visita fiduciaria (cfr. doc. 25: “ringrazio per l'incarico di visita fiduciaria [...]”) ad opera del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale, visitato l'assicurato il 29 luglio 2019, ha confermato l'inabilità lavorativa fino al 15 agosto 2019. Dopo la produzione di un referto della dr.ssa med. _____ (doc. 29), il dr. med. _____ ha prolungato l'incapacità lavorativa fino al 9 settembre 2019 (cfr. doc. 53). Dall'11 dicembre 2019 (doc. 69) al 9 gennaio 2020 (doc. 80) l'assicurato è stato degente presso una clinica psichiatrica in Italia. Il 29 gennaio 2020 il

dr. med. _____, dopo aver visitato l'insorgente il 21 gennaio 2020, ha attestato una completa abilità lavorativa dell'assicurato da subito (doc. 85). Quest'ultimo ha prodotto ulteriori certificati della curante, dr.ssa med. _____ (doc. 110, 133, 143), oltre che della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 126), che attestano una continua incapacità lavorativa dell'interessato al 100%. Egli ha pure prodotto la conferma di una degenza a causa della patologia psichiatrica dal 7 agosto 2020 (doc. 132) al 3 settembre 2020 (doc. 135) presso un nosocomio italiano. Il 21 febbraio 2020 il ricorrente, a causa della problematica ORL, è stato visitato, su incarico dell'assicuratore, dal dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, il quale ha accertato la totale abilità lavorativa dell'insorgente per tale patologia (doc. 102). Il 19 novembre 2020 il dr. med. _____, incaricato nuovamente dall'assicuratore, ha esaminato i referti prodotti dal ricorrente ed ha confermato le sue precedenti prese di posizione (doc. 146). Pendente causa l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica. 6. 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedura di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento

rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 7. Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non può confermare la decisione dell'amministrazione che ha ritenuto l'insorgente totalmente abile al lavoro dal 22 gennaio 2020, senza prima effettuare ulteriori accertamenti e, segnatamente, nel preciso caso di specie, l'allestimento di una perizia psichiatrica indipendente in applicazione dell'art. 44 LPGA. In effetti, come emerso anche in sede di udienza (cfr. doc. XX), agli atti figurano valutazioni tra loro contraddittorie che non consentono a questo Tribunale di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro, ritenuto che pure l'UAI ha considerato necessario, nella parallela procedura, far allestire una perizia pluridisciplinare (internistica, psichiatrica, neurologica ed ORL; cfr. doc. S e T). In concreto i referti del 29 gennaio 2020 (doc. 85) e del 19 novembre 2020 (doc. 146) del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario dell'assicuratore, non permettono di levare ogni dubbio circa la capacità lavorativa dell'interessato. L'insorgente infatti dopo il 21 gennaio 2020, quando è stato dichiarato completamente abile al lavoro dallo specialista, oltre ad essere stato nuovamente ricoverato presso alcuni ospedali psichiatrici in Italia, ha prodotto dei certificati medici delle proprie curanti, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia e dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che pongono seri dubbi circa il valore probante delle conclusioni del dr. med. _____. Il 10 marzo 2020 la dr.ssa med. _____ ha infatti rilevato come l'insorgente non ha mai presentato un miglioramento clinico dello stato timico ed ansioso tale da permettere una ripresa dell'attività lavorativa anche a tempo parziale (doc. 110) e come il medesimo sia stato ricoverato per un episodio depressivo dall'11 dicembre 2019 al 9 gennaio 2020 presso un nosocomio in Italia. Alla dimissione, i medici dell'ospedale hanno diagnosticato una depressione maggiore, episodio ricorrente moderato e sindrome ossessiva-compulsiva. Dalla data della dimissione è seguito da uno psichiatra del CPS di _____ (Italia) e con decisione del 15 gennaio 2020 ha ricevuto dall'INPS il riconoscimento dell'invalidità civile con inabilità lavorativa totale e permanente al 100% (doc. 110). La curante ha contestato il referto del 29 gennaio 2020, evidenziando come dopo la dimissione dall'ospedale italiano non solo non vi è stato alcun miglioramento, ma la situazione valetudinaria è peggiorata. Il 30 giugno 2020 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha confermato la totale incapacità lavorativa dell'insorgente (doc. 126), il 7 agosto 2020 la Casa di cura _____ ha certificato la degenza dell'insorgente dal 7 agosto 2020 (doc. 132) al 3 settembre 2020 (doc. 135), a causa di un disturbo depressivo maggiore ricorrente e disturbo da sintomi somatici ed il 3 novembre 2020 la dr.ssa med. _____ ha attestato un'inabilità lavorativa totale fino al 15 dicembre 2020 (doc. 143). Dal 2 febbraio 2021 al 1° marzo 2021 l'insorgente è inoltre nuovamente stato ricoverato presso una struttura ospedaliera italiana a causa di una depressione maggiore ricorrente (doc. BB). Vi sono pertanto più che fondati dubbi circa la reale capacità lavorativa dell'assicurato dal lato psichiatrico. In assenza di documentazione

medica oggettiva convergente, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non può essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo senso, si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011, consid. 3.2.).

8. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 - emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherung-sträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) In una recente sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.). In casi del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGGA (cfr., in questo senso, STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2.; STCA 35.2020.13 del 22 settembre 2020, STCA 35.2019.139 del 16 settembre 2020, STCA 35.2019.136 del 7 settembre 2020, STCA 35.2019.134 del 3 settembre 2020; STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid.

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