

# TI\_GERICHTE 36.2023.2 vom 10. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2023.2](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.2)

FR: TI\_GERICHTE 36.2023.2 du 10 mai 2023

IT: TI\_GERICHTE 36.2023.2 del 10 maggio 2023

## Erwägungen

### E. 1

Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi degli articoli 2 capoverso 1 o 3 LVAMal.

### E. 2

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

### E. 2.6

Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte non può confermare la decisione dell'amministrazione che ha ritenuto l'insorgente totalmente abile al lavoro dal 1° agosto 2022, senza prima effettuare ulteriori accertamenti e, segnatamente, nel preciso caso di specie, l'allestimento di una perizia bidisciplinare psichiatrica e neurologica indipendente in applicazione dell'art. 44 LPG. In effetti, come emerge dalle tavole processuali, agli atti figurano valutazioni tra di loro contraddittorie che non consentono a questo Tribunale di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. In concreto i referti del 26 luglio 2022 (doc. 4), del 26 settembre 2022 (doc. 8) e del 26 dicembre 2022 (doc. 12) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, medica fiduciaria dell'assicuratore, non permettono di levare ogni dubbio circa la capacità lavorativa della ricorrente. L'insorgente infatti ha prodotto due referti specialistici del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, del 18 agosto 2022 (doc. 7) e del 23 novembre 2022 (doc. 11) nei quali il medico, contestando tramite la somministrazione di test specialistici le conclusioni della fiduciaria, conclude per una incapacità lavorativa completa della ricorrente ed evidenzia la presenza di problematiche neurologiche che andrebbero ulteriormente approfondite alla luce dei difetti cognitivi “ apparsi in modo chiaro e inconfutabile dagli esami effettuati dalla psicologa \_\_\_\_\_ e successivi (...) ” (doc. 11). Dal lato psichiatrico il dr. med. \_\_\_\_\_ ha accertato la presenza di una mimica povera se non spenta, una gestualità ridotta, un tono di voce monocorde, un eloquio ridotto, un'ideazione povera, un'affettività orientata in senso negativo, ripetuti accessi di pianto, un rapporto interpersonale senza partecipazione emotiva oltre a numerose lamentele soggettive che minano la conclusione in senso inverso della medica fiduciaria secondo la quale l'interessata, incapace al lavoro dal 1° luglio 2022, avrebbe ripristinato la propria capacità lavorativa completa in poco tempo, essendo stata giudicata completamente abile al lavoro già dal 26 luglio 2022. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha spiegato i motivi per i quali giunge ad una diagnosi diversa rispetto a quella posta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e sottolinea la correttezza e l'importanza dei test somministrati alla ricorrente dai suoi colleghi al fine di valutare la capacità lavorativa dell'interessata. Il medico evidenzia in particolare

l'apparente compromissione della memoria a breve termine e della memoria con compito interferente, come del resto emerso anche nell'ambito dell'attività lavorativa dove la ricorrente non avrebbe riconosciuto una sua cliente o avrebbe eseguito dei tagli non corrispondenti a quanto le era stato richiesto (cfr. doc. doc. F, G e H), un deficit dell'attenzione e della ricerca visuo-spaziale, con una velocità psicomotoria inadeguata, difficoltà nel ragionamento logico-astratto ed un profilo globale al di sotto della norma che pongono seri dubbi circa la capacità lavorativa dell'interessata. Il dr. med. \_\_\_\_\_, alla luce delle preoccupanti emergenze testistiche ha così deciso di far allestire una RM encefalo, che ha escluso una lesione cerebrale organica, e uno studio funzionale mediante PET/CT che ha invece confermato la presenza di una problematica funzionale coerente con le risultanze degli esami (cfr. presa di posizione del 23 novembre 2022, doc. 11, pag. 7; cfr. allegato doc. 11: “quadro riferibile a modesto ipometabolismo in sede bilaterale, da correlare al quadro clinico per escludere una iniziale malattia neurodegenerativa”), che potrebbe costituire una “pseudodemenza depressiva”, ossia uno stato mentale caratterizzato da un apparente decadimento delle funzioni intellettuali in realtà effetto di un transitorio stato di confusione a seguito di particolari situazioni emotive (cfr. treccani.it), non sufficientemente approfondita dall'assicuratore e di cui occorre accertare l'eventuale incidenza sulla capacità lavorativa. In concreto, alla luce della presenza della problematica funzionale, e delle valutazioni, estremamente motivate ed approfondite, ma contraddittorie, di due eminenti specialisti della psichiatria del Canton Ticino, è necessario procedere con l'allestimento di una perizia, che approfondisca sia l'aspetto psichiatrico che l'aspetto neurologico (funzionale). 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 LPGA 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.). 2.7. 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 pronuncia, 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 LPGA: "Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger 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 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 LPGA, 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 LPGA): " 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 LPGA; 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 LPGA (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.

### **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 LPGA) a livello psichiatrico e neurologico, volto a definire la capacità lavorativa della ricorrente dal 1° agosto 2022 e decidere nuovamente circa il diritto a prestazioni dell'assicurata. In questo senso la richiesta dell'assicuratore di attendere che la pratica relativa all'infortunio dell'11 marzo 2023, comunque successivo alla decisione su opposizione impugnata (cfr. circa il potere cognitivo dal profilo materiale e temporale: STF 9C\_549/2022 del 12 aprile 2023, consid. 6.1 con rinvio alla DTF 144 V 210, consid. 4.3.1; DTF 132 V 251, consid. 3.1.1; DTF 129 V 354, consid. 1; STF 9C\_241/2022 del 30 giugno 2022), sia istruito, va respinta. 2. 8. Alla luce di tutto quanto sopra esposto la decisione su opposizione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'assicuratore affinché proceda con l'allestimento di una perizia psichiatrica e neurologica ai sensi dell'art. 44 LPGA. All'insorgente, vincente in causa (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria [cfr. DTF 141 V 281 consid. 11.1 e STF 9C\_754/2020 del 22 luglio 2021, consid. 7.2]), vanno assegnate le ripetibili. 2.9. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGA 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. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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).

### **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 LPGa). 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.

2.3. 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.

2.4. In concreto il 13 luglio 2022 il datore di lavoro della ricorrente ha notificato all'assicuratore una completa inabilità

lavorativa dell'insorgente dal 1° luglio 2022 (doc. 2). Il 26 luglio 2022, dopo aver avuto, il 23 luglio 2022, un colloquio con il neurologo, psichiatra e psicoterapeuta curante dr. med. \_\_\_\_\_, che ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento (ICD 10 F43), la medica fiduciaria, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata per un'ora, dalle 13.15 alle 14.15 (doc. 4). La specialista, riassunta la fattispecie, posta l'anamnesi familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa, sociale, somatica e psichiatrica, ha descritto i disturbi soggettivi e l'esame clinico secondo AMDP System, ponendo la diagnosi di lieve sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva ICD 10 F 43.22, reattiva a problemi legati all'occupazione. La psichiatra ha affermato: " (...) L'assicurata, dotata di buone risorse e capacità, che ha saputo applicare in ambito scolastico, lavorativo familiare e sociale, senza antecedenti psichiatrici, da alcuni mesi prima della certificata inabilità lavorativa al 100% dal 01.07.2022 riferiva sviluppo di episodica ansia, sentimento di tristezza, incubi notturni, insonnia precoce e ruminazione ideativa sul tema lavorativo. Beneficia attualmente di una terapia antidepressiva ed ipnotica. Riferito miglioramento parziale dei sintomi dalla certificata inabilità lavorativa. A livello soggettivo lamenta attualmente sintomi ansiosi e sub-depressivi. Il quotidiano è descritto come attivo e costruttivo. A livello oggettivo l'assicurata presenta segni di ansia al colloquio; il tono dell'umore è normale; non presenta deficit cognitivi né disturbi psicotici. L'esame psichico è normale. Dal punto di vista diagnostico categoriale il disturbo psichico sviluppato dall'assicurata è inquadrabile come una sindrome da disadattamento (ICD 10 F 43.2), reattiva a problemi legati all'occupazione ICD 10 Z56. Le sindromi da disadattamento sono condizioni di malessere soggettivo e disturbo emozionale che in genere interferiscono con il funzionamento le prestazioni sociali e che insorgono entro un mese dall'esposizione ad un evento stressante psico-sociali identificabile (criterio A); il paziente può presentare sintomi e disturbi comportamentali del tipo descritto per le sindromi affettive F30-F39; per le sindromi comprese tra F40-48, per i disturbi della condotta F91 ma i criteri per le singole scene ed i singoli disturbi non sono soddisfatti (criterio B). Al di là della diagnosi categoriale l'assicurata non presenta alcun deficit delle funzioni dell'Io esecutive, percettive, decisionali, previsionali, consequenziali. Secondo il Mini ICF APP non presenta alcun deficit delle competenze, del rispetto delle regole, del giudizio, dell'assertività, della persistenza, della flessibilità, della relazione con gli altri e della mobilità. Dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa al 100% certificata non è giustificata non presentando l'assicurata deficit funzionali rilevati dal Mini ICF-APP interferenti con la funzionalità lavorativa. Ritengo che nelle condizioni attuali i riferiti episodi di ansia parossistica siano sufficientemente compensati e compatibili con lo svolgimento di un'attività lavorativa a tempo pieno. La terapia farmacologica assunta non interferisce con lo svolgimento di alcuna attività lavorativa. L'assicurata è da considerare abile al lavoro al 100% da subito." (doc. 4) Il 18 agosto 2022 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato l'insorgente il 3 ed il 10 agosto 2022, aver effettuato un esame psicologico il 3, il 10 ed il 12 agosto 2022, aver esaminato gli atti a disposizione, tra i quali il referto della medica fiduciaria, ed aver raccolto ulteriori informazioni, nel suo referto di 27 pagine, compresi gli esami, ha concluso per una completa incapacità lavorativa (doc. 7). Dopo aver descritto i dati anamnestici e gli atti, aver riportato il complemento eteroanamnestico e l'esame psicologico, lo specialista ha concluso: " (...) L'esame clinico (che concorda con i precedenti dei medici curanti della paziente dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, che ci leggono in copia e che ringraziamo anticipatamente per dare seguito ai suggerimenti diagnostici) depone per uno stato

psicopatologico serio; dal profilo psichiatrico, è possibile ipotizzare un episodio depressivo medio-grave (ICD-10 F32.11/32.2) con sintomi biologici, ma sia clinicamente che testisticamente (anzi, soprattutto a livello di test come la Figura Complessa di Rey e l'ENB) emerge il forte sospetto di una componente psicoorganica o eventualmente somatogena da investigare ulteriormente. A prescindere dall'eziologia del quadro clinico, esso è di gravità tale da giustificare una totale incapacità lavorativa della paziente a tempo indeterminato (almeno, è chiaro, fino a totale delucidazione dell'eziologia e delle cure del caso). Alla luce di quanto esposto, riteniamo che la valutazione medico psichiatrica della capacità lavorativa della dottoressa \_\_\_\_\_ del 26.07.2022 debba essere riconsiderata "de funditu". (doc. 7) Il 26 settembre 2022 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha esaminato il referto del dr. med. \_\_\_\_\_, contestandolo. La psichiatra ha affermato: " (...) Per quanto riguarda l'anamnesi il collega \_\_\_\_\_ non aggiunge elementi nuovi o diversi da quelli già riportati nel mio rapporto. Non riporta complicazioni intervenute nel decorso, ne nuovi eventi stressanti intercorsi dopo la mia valutazione che abbiano potuto aggravare lo stato psicopatologico dell'assicurata tra la mia e la sua valutazione. Riporta lo status dell'assicurata senza precisare il grado di deflessione timica da lui oggettivata (" l'affettività è decisamente orientata in senso negativo "); non rileva disturbi psicotici, ne deficit cognitivi (" Le funzioni cognitive appaiono globalmente e a un esame superficiale nella norma "). Scrive "... sufficientemente curata ". Nel rapporto di valutazione di Figura Complessa di Rey e ENB eseguito dalla psicologa \_\_\_\_\_ nel capitolo atteggiamento durante la prova si legge " si è presentata alla valutazione in condizioni consone. Igiene personale e abbigliamento risultano curati ". Il collega, ad 1 settimana e a 2 settimane dopo la mia valutazione ipotizza la diagnosi di " episodio depressivo medio-grave ICD 10 F32.11/32.2 con sintomi biologici ", senza elencare quali criteri siano soddisfatti e quanti sintomi del criterio B e C siano presenti. La natura del disturbo psichico sviluppato dall'assicurata è senza dubbio reattivo come già riferito dallo psichiatra \_\_\_\_\_ (valutazione del 23.07.2020) e da me (26.07.2022). La diagnosi sindrome da disadattamento da me formulata perché erano soddisfatti i criteri, era stata formulata 3 giorni prima della mia valutazione dello psichiatra curante \_\_\_\_\_ che nel suo rapporto del 23.07.2022 poneva diagnosi di " reazioni a gravi stress e Sindrome da Disadattamento (ICD 10 F43) ". Il collega \_\_\_\_\_, senza specificarne assolutamente il motivo, in modo assolutamente categorico, classifica il disturbo psichico dell'assicurata come episodio depressivo medio-grave con sintomi biologici: diagnosi assolutamente non dettagliata, non specificata e non condivisibile. Faccio inoltre notare che aldilà della diagnosi categoriale sono i deficit funzionali mentali e psichici rilevabili nel paziente oggetto di valutazione (valutazione oggettiva) che possono incidere sulla funzionalità in ambito lavorativo se gravi. Il collega \_\_\_\_\_ non specifica in alcun modo quali siano i deficit mentali e psichici presentati dall'assicurata (eppure ha letto il mio rapporto in cui citavo il Mini ICF-APP quale strumento valutativo) che eventualmente incidono sulla capacità lavorativa dell'assicurata ed in maniera imperativa la considera inabile al 100%. La sua valutazione pertanto non può essere considerata esaustiva ed in particolare la stessa non risponde in maniera dettagliata sull'eventuale compromissione della capacità lavorativa dell'assicurata. Pertanto sulla base del contenuto del suo rapporto del 18.08.2022 non vi sono elementi che possono giustificare un'incapacità lavorativa totale o parziale dell'assicurata. I test psicologici e somministrati all'assicurata sono inoltre discutibili. Lo psicologo \_\_\_\_\_ somministra l'Esperimento di Associazione Verbale secondo C. G. Jung. Tale test fu formulato a metà del XX secolo da Carl Gustav Jung, con un obiettivo

molto chiaro: svelare l'inconscio. Comprendere le sue manifestazioni e fornire i canali adeguati per leggere, comprendere e infine portare alla luce quei problemi che limitano la libertà e il benessere del paziente. È un test proiettivo ed in quanto tale, se utilizzato in maniera esclusiva, non ha di per sé un valore diagnostico affidabile. Deve essere associato ad altre risorse, altri test e interviste per giungere a conclusioni chiare e corrette. Faccio inoltre notare che quale test proiettivo è maggiormente utilizzato il test di Rorschach. Lo psicologo afferma: " in gravi difficoltà nell'esame di realtà ". Mai è stato oggettivo né dallo psichiatra curante, né da me, né dallo psichiatra \_\_\_\_\_ una dissociazione o la presenza di elementi di psicosi! La psicologa \_\_\_\_\_ utilizza a sua scelta quali test da somministrare all'assicurata la figura Complessa di Rey e l'ENB. Il test della Figura complessa di Rey-Osterrieth è uno dei compiti di prassia visuo-costruttiva e di memoria spaziale. L'ENB è una batteria di test, somministrabile in circa 60-90 minuti, che ha la finalità di sondare varie aree cognitive in modo preliminare, con particolare attenzione alle funzioni esecutive. Entrambi sono puri test di screening. Va rilevato che l'utilizzo di 2 soli test neuropsicologici come valutazioni strumentali delle funzioni neuropsicologiche da indagare non validati da ulteriori test di verifica delle funzioni indagate (per la memoria verbale per es. racconto di Babcock, lista delle 15 parole di Rey ecc; per la memoria visuospatiale Test di Corsi; per l'attenzione Trail Making test ecc.) senza passare altri test quali il SIMS con conclusione finale " Presenta delle difficoltà neuropsicologiche di una certa importanza, il profilo generale risulta deficitario, con il punteggio globale di 57 ottenuto all'esame psicologico breve (cut-off 73) Le difficoltà riguardano diverse aree, in particolar modo si segnala una problematica visuo spaziale, di elaborazione visiva, di pianificazione e velocità psicomotoria. Memoria e attenzione sono anch'esse deteriorate. Il ragionamento astratto risulta precario. Altrettanto significativa la quasi totale assenza di critica rispetto alle sue performance. Sugeriamo per la signora ulteriori approfondimenti quali l'indagine strumentale neuroradiologica per affinare il processo eziopatologico " è altamente discutibile. Sulla base pertanto del rapporto redatto dal collega \_\_\_\_\_ non vi sono elementi atti a modificare la mia valutazione di considerare l'assicurata abile dal lato medico psichiatrico al 100%." (doc. 8) Con referto del 23 novembre 2022 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha contestato la presa di posizione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Lo psichiatra ha affermato: " (...) Ho riportato numerosi elementi anamnestici che la collega non ha esplorato; non ho riportato "complicazioni intervenute nel decorso né nuovi eventi stressanti intercorsi dopo la mia valutazione" perché tra la valutazione della collega e la mia erano passati soltanto pochi giorni. È vero che avevo scritto "le funzioni cognitive appaiono globalmente e a un esame superficiale nella norma" ma la citazione fatta dalla collega è incompleta poiché aggiungevo "anche se suscita qualche sospetto il fatto che la paziente non riesca a dirmi l'anno di morte del padre che è morto quando lei aveva 12 anni ( il che impone un approfondimento )". Omettere questo complemento è fuorviante. E difatti abbiamo provveduto ad approfondire la questione. L'esame superficiale, evidentemente, non è quello da me effettuato ma quello precedente della collega, la quale non si è resa conto di difetti, a livello cognitivo, apparsi in modo chiaro e inconfutabile dagli esami effettuati dalla psicologa \_\_\_\_\_ e successivi (v. sotto). Non è vero che nel mio rapporto non riferisco fatti che la collega non avesse già valutato; ho riportato i dati autoanamnestici che sia la collega che il dottor \_\_\_\_\_ non avevano considerato e che, mettendo in rilievo vissuti psicotraumatici remoti (potenzialmente?) rilevanti nella biografia sono atti per lo meno a revocare in dubbio la valutazione del disturbo attuale della paziente come semplicemente reattivo a problemi sul posto di lavoro. Questa valutazione è

superficiale e inverte probabilmente il rapporto causale: non è il problema sul posto di lavoro a causare il disturbo della paziente, ma il disturbo (documentato anche dai test, di cui diremo) a condizionare l'incapacità di lavoro (temporaneamente tollerata dal datore di lavoro), iniziata molto prima della sospensione dello stesso e testimoniata dalle fonti citate nel mio rapporto e bellamente ignorate dalla collega. Basta leggere – possibilmente in modo sereno – il mio rapporto per rendersi conto che gli elementi sui quali il mio giudizio di incapacità lavorativa completa si fonda sono elencati e discussi. Li ripeto: (...) Certo, non faccio riferimento a strumenti “oggettivi” come il sistema AMDP o il Mini ICF APP; essi infatti, a mio giudizio (che credo condivisibile da molti) NON rappresentano per nulla strumenti “oggettivi”, ma soltanto guide – utili ma non indispensabili e men che meno vincolanti – per una valutazione “esaustiva” ma comunque tributaria della capacità di osservazione clinica dell'esaminatore. Se giungo alla diagnosi di “ episodio depressivo medio-grave (ICD-10 F32.11/32.2) con sintomi biologici ” non è certo in modo arbitrario, e le censure sollevate dalla collega esprimono, più che una critica sostanziale, un formalismo che poco ha a che fare con l'accertamento dei fatti e che ritroviamo nelle critiche ai test da noi somministrati (v. sotto). Infatti, se si legge serenamente il mio rapporto, si trovano elencati (senza – e non lo ritengo una lacuna – riferimenti ai già discussi strumenti AMDP e Mini ICF APP) i sintomi clinicamente evidenti (e meno evidenti) nonché le lamentele soggettive (piuttosto esplicite, tanto che da sole – se non si parte dal presupposto che il soggetto stia simulando, v. sotto – basterebbero a far seriamente dubitare della Sua capacità di lavoro). Ad abundantiam, li elenco nuovamente: Sintomi . Funzioni cognitive compromesse (v. sopra); . Mimica povera se non spenta; . Gestualità ridotta; . Tono di voce monocorde; . Eloquio ridotto, la comunicazione deve essere stimolata; . Ideazione povera; . Affettività decisamente orientata in senso negativo; . Ripetuti accessi di pianto; . Rapporto interpersonale senza partecipazione emotiva; . Coscienza di malattia presente ma critica di malattia carente. e Lamentele soggettive . . Sarebbe totalmente inappetente e mangerebbe soltanto a forza; . Si sentirebbe vuota; . Passerebbe mediamente due giorni su tre a letto “a guardare in aria” e ciò da due mesi. . Si sentirebbe scoraggiata; . Non avrebbe più voglia di fare niente mentre che prima sarebbe andata a sciare, in piscina, in bicicletta. Ultimamente eviterebbe anche i contatti con le amiche perché “non se la sente”. Riuscirebbe a cucinare e, lentamente, a fare la pulizia di casa di cui sarebbe “un po' maniaca”, ma impiegherebbe più tempo del solito. (...) Per la diagnosi di episodio depressivo di media gravità si richiede la presenza di “almeno due dei tre sintomi più tipici”, vale a dire “il tono dell'umore depresso, la perdita della capacità di provare interesse e piacere e l'affaticabilità, ai quali dovrebbero aggiungersi almeno due degli altri sintomi descritti, e ciò per almeno due settimane. Devono inoltre essere presenti quattro o più sintomi biologici (se sono presenti solo due o tre sintomi “biologici”, ma essi sono di gravità insolitamente accentuata, può essere giustificata l'utilizzazione di questa categoria)”. Nel suo caso, almeno i sintomi “biologici” 1,2,6 e 7 sono indiscutibilmente presenti e marcati, ragion per cui la diagnosi da me formulata è giustificata. Veniamo ora alla presa di posizione della collega a proposito dei test da noi utilizzati. È forse bene ricordare che la mia valutazione della paziente era avvenuta in una situazione di disagio e di “pressione del tempo” dovuta alla decisione di “CO 1” di non riconoscere l'incapacità lavorativa e le relative IPG. Sin dal primo colloquio sorgevano dubbi sull'eziologia del disturbo, presente ma non chiarissimo nel quadro clinico, che mi allarmavano al punto da chiedere l'intervento del dottor \_\_\_\_\_, psicologo e psicoterapeuta di lunghissima esperienza nella somministrazione e nell'elaborazione dell'Esperimento di Associazione Verbale secondo C.G. Jung (test che,

anche se ormai poco conosciuto e poco utilizzato perché di valutazione molto impegnativa, ha dato, nella mia lunga collaborazione con il dottor \_\_\_\_\_ – oltre trent’anni – ottime prove tanto in ambito clinico che peritale). La collega, evidentemente, non ha conoscenza di questo strumento (a due riprese sbaglia addirittura il nome del suo “inventore”, scrivendo “Joung”) e le frasi con cui lo commenta con una percettibile sufficienza non sono sue; sono tratte – come è facile scoprire – da un articolo divulgativo “ad usum delphini” della psicologa \_\_\_\_\_, reperibile in Google con un “click”; sarebbe stato decente citarne la fonte. (...) Un caso fortunato ha voluto che il dottor \_\_\_\_\_ fosse disponibile immediatamente ad eseguire il test, la cui elaborazione può richiedere, se il caso (come il Suo) è problematico, decine di ore di lavoro. Tra l’altro, il dottor \_\_\_\_\_ segnala la compromissione dell’esame di realtà, che la collega contesta asserendo che né lei né “lo psichiatra curante” né “lo psichiatra \_\_\_\_\_” avessero osservato sintomi dissociativi o di psicosi, come se questi fossero le uniche condizioni in cui esso può essere alterato, “dimenticando” che lo può essere nei disturbi affettivi, nelle intossicazioni, nelle demenze, in certi disturbi di personalità... Trovo di cattivo gusto, per non dire altro, cercare di “squalificare” uno strumento diagnostico che (evidentemente) non si conosce ricorrendo a citazioni parziali e non dichiarate anziché prendere atto delle sue risultanze, che sono allarmanti e impongono di prendere sul serio la condizione valetudinaria dell’esaminata. Fuori luogo è anche la frase (sempre estrapolata dall’articolo della signora \_\_\_\_\_) che dice che il test deve essere validato con la clinica e altri test, quasi che, nel caso in esame, ciò non fosse stato fatto! La stessa procedura “squalificante” viene poi applicata ai due test somministrati dalla psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_: “Entrambi sono puri test di screening” - viene scritto con una certa sufficienza. È vero, sono indiscutibilmente test di screening. E cos’altro si sarebbe dovuto fare, in un intervento di accertamento diagnostico, concentrato in tre giorni? “Accusarci” di non aver fatto altri test è sbagliato: i test di screening servono a stabilire l’eventuale indicazione a ulteriori indagini, poi effettuate (v. sotto). Desto particolare perplessità il rimprovero di non averLa sottoposta al SIMS “(Structured inventory of Malingered Symptomatology)”. Il SIMS infatti è un test volto a mettere in evidenza la SIMULAZIONE (e/o disturbi neuropsicologici). Noi non abbiamo avuto nessun motivo di sospettare, da parte Sua, una simulazione, mentre che i disturbi neuropsicologici erano già – almeno ipoteticamente – emersi dall’esame clinico e dai test effettuati. (...) Infine, sostenere che “ Sulla base pertanto del rapporto redatto dal collega \_\_\_\_\_ non vi sono elementi atti a modificare la mia valutazione di considerare l’assicurata abile dal lato medico psichiatrico al 100% ”. è negazione dell’evidenza. Gli “elementi” ci sono; oltre a quanto detto sopra, ricordo che la signora \_\_\_\_\_ ha elencato molto chiaramente tutti gli ambiti problematici che – come si vede se si vuol vedere – non sono né pochi né trascurabili: . Linguaggio: esso risulta minimale, la fluenza non è conservata e non vi sono strategie di ricerca. . Memoria: la memoria a breve termine risulta compromessa come la memoria con compito interferente. Conservata la memoria a lungo termine, anche grazie ad un fattore di apprendimento. . Attenzione e ricerca visuo-spaziale: deficitarie. La paziente presenta delle difficoltà di ricerca visuo-spaziale, di attenzione selettiva, divisa e alternata. La velocità psicomotoria risulta anch’essa inadeguata. . Ragionamento: vi sono difficoltà nel ragionamento logico-astratto, conservata la capacità di stima. . Abilità prassico-costruttive: adeguate. . Profilo globale: al di sotto della norma (punteggio globale=57, cut-off=73) Anche il dottor \_\_\_\_\_, sia pure con uno strumento di altro tipo, va nella stessa direzione: espliciti i suoi riferimenti a difficoltà di memoria e di concentrazione, per limitarsi al solo ambito cognitivo e per non tornare

sull'esame di realtà. Davanti a un quadro clinico non chiaro ma preoccupante, non ho potuto non procedere ad approfondimenti, avvalendomi della collaborazione dei Suoi curanti. È così stata effettuata la RM encefalo (il 26.10.2022, alla \_\_\_\_\_) che ha fortunatamente escluso una lesione cerebrale organica; in presenza dei referti clinici e testistici già ampiamente illustrati, è apparso necessario effettuare anche uno studio funzionale mediante PET/CT cerebrale (21.11.2022, all'ISTITUTO \_\_\_\_\_) il cui referto si conclude con: "Quadro riferibile a modesto ipometabolismo in sede frontale bilaterale, da correlare al quadro clinico per escludere una malattia neurodegenerativa". Questo dato conferma la presenza di una problematica funzionale (che ci auguriamo non precluda a un'alterazione morfologica neurodegenerativa) ed è perfettamente coerente con le risultanze degli esami da noi precedentemente effettuati. Al momento attuale, la diagnosi più probabile (anche alla luce dei timidi segnali di miglioramento registrato da Lei e da Suo marito, di cui ci avete parlato nel colloquio odierno) è quella di una cosiddetta "pseudodemenza depressiva"; un'iniziale malattia neurodegenerativa non può essere del tutto esclusa. In ogni caso, le cure antidepressive in corso vanno continuate. (...)" (doc. 11)

Il 26 dicembre 2022 la medica fiduciaria, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha confermato le sue conclusioni (doc. 12). Il 31 gennaio 2023 il dottor \_\_\_\_\_, specialista neurologia, psichiatria e psicoterapeuta di \_\_\_\_\_, ha affermato: " (...) Ho avuto modo di rivedere la P. in tre occasioni dal mese di luglio. Nel frattempo si è sottoposta sia ad una serie di tests neuropsicologici, sia a consulto presso altra struttura (Ospedale \_\_\_\_\_) ed è stata altresì sottoposta a Visita Psichiatrica di controllo a fini assicurativi richiesta da CO 1. Dato il non concordante inquadramento diagnostico, la signora RI 1 è stata sottoposta, nel mese di novembre 22, a PET/CT encefalica (allegata) che ha evidenziato una modica ipocaptazione metabolica cerebrale potenzialmente suggestiva per iniziale patologia neurodegenerativa. L'esame va ripetuto nell'arco di 6/7 mesi rispetto al precedente per valutarne l'eventuale progressione nel tempo. Se si verificasse un peggioramento significativo il giudizio diagnostico e prognostico andrebbe totalmente rivisto. Dal punto di vista clinico, la P dopo un periodo di disforia timica, con umore altalenante, atteggiamenti bizzarri e illogici, episodici eccessi alcolici mai sperimentati in passato si è da qualche settimana meglio stabilizzata grazie anche a una più attenta adesione alla terapia. Tuttavia da parte dei familiari c'è il forte sospetto di una tendenza della P a comportamenti compulsivi (gioco d'azzardo, cleptomania) che la signora RI 1 minimizza o nega. Al colloquio la P appare collaborante e adeguata anche se traspare una certa fatuità di fondo e comunque una scarsa conoscenza critica della sua situazione clinica generale. La terapia farmacologica viene ora assunta regolarmente, senza particolari sintomi collaterali. Attualmente la P non è in grado di lavorare in modo proficuo e continuativo. È necessario prendere visione della PET programmata per meglio definire la complessità del quadro diagnostico e la sua eventuale progressività." (doc. N7) 2.5.

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 LPGGA, 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).

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