

La perizia medica in Svizzera

Quinta edizione, rivista e aggiornata
(2026)



Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine d'assurance suisse
Medicina assicurativa svizzera

La SIM ringrazia il Dr. Bruno Soltermann, autore del manoscritto di base iniziale. Questo è stato rielaborato dal gruppo di giuristi della SIM sulla base dell'evoluzione del diritto e delle revisioni legislative dal 2023. Le modifiche tengono conto della legislazione e della giurisprudenza in data del 2026.

Traduzione italiana a cura di Kristhian Binda e Massimiliano Gini.

1	Introduzione	5
2	Ruolo del perito medico e importanza della perizia medica in Svizzera	7
2.1	Storia della perizia medica in Svizzera	7
2.2	La formazione del perito medico	10
2.3	La qualità della perizia medica	12
2.4	Linee guida sulla perizia in Svizzera	15
2.5	Registrazione del colloquio su supporto audio	16
2.6	Indipendenza dei periti medici	19
3	Tematiche di perizia particolari	21
3.1	Perizia di valutazione della capacità/incapacità lavorativa	21
3.2	Requisiti formali per le perizie mediche	21
3.3	Requisiti materiali per le perizie mediche	24
3.3.1	Dossier preliminare/estratto del dossier	24
3.3.2	Considerazione di tutti i referti (anche non medici)	25
3.3.3	Requisiti in materia di diagnosi	25
3.3.4	Requisiti relativi alle perizie dell'assicurazione invalidità	26
3.3.5	Valutazione della performance globale/capacità globale	26
3.3.6	Ulteriori requisiti in merito al contenuto	28
4	Diversi tipi di perizie	32
4.1	Perizie di causalità	32
4.1.1	Assicurazioni causali e finali	32
4.1.1.1	Nesso di causalità naturale e adeguata	32
4.1.2	Perizia in ambito di responsabilità civile	34
4.1.3	Consiglio peritale congiunto (GGK)	35
4.1.4	Procedura extragiudiziale in caso di presunta colpa medica	36
4.2	Perizia sulle indennità giornaliere in caso di malattia e perizia sull'invalidità nell'assicurazione privata	37
4.3	Perizie psichiatriche medico-legali	38

1

Introduzione

5	Perizia in caso di malattia psichica nel diritto della sicurezza sociale	40
5.1	Retrospectiva sul tema: la pratica della superabilità	40
5.2	La nuova giurisprudenza in materia d'indicatori	41
6	Temi specifici del diritto dell'assicurazione infortuni	45
6.1	Lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio	45
6.2	Malattie professionali (MP)	47
6.3	Menomazione dell'integrità	48
6.4	Perizia in caso di sequele psichiche di un infortunio e di distorsioni della colonna cervicale (note come «colpo di frusta»)	51
7	Ruolo dei tribunali e degli assicuratori per la perizia	55
7.1	Attribuzione dei mandati di perizie mediche in Svizzera	55
7.2	Gerarchia del valore probatorio delle perizie	57
8	Bibliografia	62

La medicina assicurativa si colloca all'incrocio tra medicina e diritto. La comprensione reciproca di entrambe le discipline è una condizione preliminare per stabilire una valutazione *lege artis*, sia per il perito medico che per il giurista. Un esempio è rappresentato dalla giurisprudenza del Tribunale federale in materia di indicatori, sviluppata per la valutazione dei disturbi psichici nel diritto delle assicurazioni sociali.¹ Le esigenze normative corrispondenti costituiscono il denominatore comune tra il diritto e la medicina, a cui devono fare riferimento sia i periti medici che i servizi incaricati dell'applicazione della legge durante le loro valutazioni e considerazioni riguardanti la capacità lavorativa.

L'analisi, talvolta complessa, della natura e della gravità del danno alla salute, delle sue possibili cause, dell'esistenza di una violazione dell'obbligo di diligenza o dei problemi di delimitazione tra i rami assicurativi rende necessarie le perizie mediche, soprattutto nel campo del diritto delle assicurazioni sociali e della responsabilità civile.

Si tratta innanzitutto di determinare le cause del danno alla salute (causalità naturale nell'assicurazione contro gli infortuni e nell'assicurazione di responsabilità civile) e, di conseguenza, la decisione di quale assicurazione (invalidità, infortuni, responsabilità civile, d'indennità giornaliera) debba erogare le prestazioni. Occorre inoltre valutare quali limitazioni delle capacità fisiche o mentali siano effettivamente imputabili al danno alla salute e quali prestazioni assicurative siano dovute.

La giurisprudenza ripartisce i compiti tra la medicina e il diritto come segue «Spetta al medico (incaricato della perizia), innanzitutto, valutare lo stato di salute e, se necessario, descriverne l'evoluzione nel tempo. Ciò implica l'accertamento di riscontri oggettivi attraverso un esame medico approfondito e specializzato, tenendo conto dei disturbi soggettivi riportati, e la definizione della diagnosi su tale base».²

1. DTF 141 V 281.

2. DTF 140 V 193 consid. 3.2.

2 Ruolo del perito medico e importanza della perizia medica in Svizzera

Infatti, secondo la giurisprudenza, «una limitazione della capacità lavorativa [...] è decisiva solo se è la conseguenza di un danno alla salute che è stato diagnosticato in modo irreprensibile da un medico specialista».³

Il presente testo offre una panoramica sulla perizia medica in Svizzera

2.1

Storia della perizia medica in Svizzera

La storia della perizia medica in Svizzera è più che centenaria.⁴ Nel 1912, dei medici svizzeri specializzati in medicina degli infortuni hanno fondato a Berna la «Società svizzera dei medici specialisti in infortuni» per esaminare questioni importanti riguardanti gli infortuni e la loro professione. Nel 1928, la società ha cambiato nome ed è diventata la «Società svizzera di medicina degli infortuni e delle malattie professionali» (SGUB). Nel 1992, la SGUB è diventata la «Società Svizzera di Traumatologia e Medicina Assicurativa» (SSTMA). Questa nuova società aveva l'obiettivo di riunire medici di tutte le discipline che si dedicavano particolarmente alla traumatologia, alla riabilitazione, nonché a questioni di carattere giuridico e relative alla medicina assicurativa in questo contesto.

Nel 1978, è stato creato a Basilea il primo Servizio di accertamento medico per l'assicurazione invalidità (SAMAI) per effettuare perizie mediche per l'assicurazione invalidità. Successivamente, tali SAMAI sono stati progressivamente istituiti in tutta la Svizzera.

Il primo studio sulla qualità delle perizie in Svizzera è stato condotto nel 1998 dal capo del servizio medico dell'Associazione Svizzera delle Assicurazioni (ASA) dell'epoca, il Dr. Jacques Meine. Dalla sua valutazione di 262 perizie mediche del settore privato dell'assicurazione infortuni risultò che il 35% di queste era impeccabile, il 36% presentava lacune e il 29% era scadente. Si rivelò quindi necessario intervenire per migliorare la qualità delle perizie. Nello stesso anno, la CNA (Cassa nazionale svizzera di assicurazione contro gli infortuni) e l'ASA (Associazione Svizzera delle Assicurazioni) organizzavano e realizzavano il primo corso per periti nel settore dell'assicurazione infortuni. Il corso fu criticato da rappresentanti degli assicurati che ritenevano fosse troppo unilateralmente influenzato dagli assicuratori. Per questo motivo, questi corsi furono successivamente posti sotto il patrocinio della Federazione dei medici svizzeri (FMH). Nel 2003, è stata creata la Swiss Insurance Medicine (SIM) in qualità di comunità di interesse interprofessionale per la medicina assicurativa in Svizzera.

3. DTF 141 V 281 consid. 2.1.

4. Bruno Soltermann, *Versicherungsmedizin - eine Auslegeordnung aus schweizerischer Sicht* 2015, n. 67, fascicolo 3. Edizione francese 2019: *Les expertises médicales en Suisse*, opuscolo SIM, *Rôle de l'expert médical et de l'expertise médicale en Suisse*, capitolo 2, 2019.

La formazione in perizie mediche le è stata delegata dalla FMH, con l'incarico di estenderla agli altri settori assicurativi, di strutturarle in moduli e di continuare a migliorare la qualità mantenendo al contempo la sua indipendenza ed escludendo ogni forma di sponsorizzazione.

Nell'ambito della 4^a revisione dell'AI nel 2004, l'art. 59 della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI) ha di fatto permesso la creazione dei servizi medici regionali (SMR) che da allora possono consigliare gli uffici AI cantonali dal punto di vista medico e convocare gli assicurati per un esame medico. Prima del 2004, i medici degli uffici cantonali dell'assicurazione invalidità non erano autorizzati ad esaminare personalmente gli assicurati.

La perizia medica è, tra l'altro, fortemente influenzata dall'evoluzione del diritto delle assicurazioni sociali, in particolare dalle revisioni della LAI. Con la 4^a e la 5^a revisione, nonché con la 6^a revisione, primo insieme di misure (revisione 6^a dell'AI), l'assicurazione invalidità è stata chiaramente riorientata affinché la reintegrazione abbia la precedenza sulle rendite.

Gli obiettivi di reinserimento e mantenimento del posto di lavoro rimangono invariati anche dopo la 7^a revisione dell'AI.⁵ Lo sviluppo continuo dell'AI attraverso la 7^a revisione della LAI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, ha introdotto misure volte a garantire la qualità e ad aumentare la trasparenza nel campo delle perizie mediche. L'art. 44 cpv. 7 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) ha posto le basi legislative per uniformare le norme applicabili ai periti medici. Per i periti sono inoltre state introdotte alcune nuove normative a livello di ordinanza: l'art. 7m dell'ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA) stabilisce oramai le direttive e le condizioni in materia di perizia medica.

Al fine di migliorare la qualità delle perizie mediche, il Consiglio federale ha creato nel 2021 una Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche (COQPM), il cui compito è quello di elaborare raccomandazioni relative al processo di perizia e di garantire che queste vengano seguite (LPGA art. 44 cpv. 7 let. c).

⁵ Messaggio relativo alla modifica della legge federale sull'assicurazione invalidità (Ulteriore sviluppo dell'AI) del 15 febbraio 2017, FF 2017 2363 segg.

Art. 7m OPGA Requisiti per i periti

1. I periti medici possono allestire perizie secondo l'articolo 44 capoverso 1 LPGA, se:
 - a. dispongono di un titolo di perfezionamento secondo l'articolo 2 capoverso 1 lettere b e c dell'ordinanza del 27 giugno 2007 sulle professioni mediche;
 - b. sono iscritti nel registro di cui all'articolo 51 capoverso 1 della legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche (LPMéd);
 - c. sono in possesso di un'autorizzazione valida all'esercizio della professione o hanno adempiuto l'obbligo di annunciarsi, se questo è necessario secondo l'articolo 34 o 35 della legge sulle professioni mediche; e
 - d. dispongono di almeno cinque anni di esperienza clinica.
2. I medici specialisti in medicina interna generale, psichiatria e psicoterapia, neurologia, reumatologia, ortopedia, chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore devono disporre del certificato dell'associazione Medicina assicurativa svizzera (Swiss Insurance Medicine, SIM). Sono esclusi i primari e i medici responsabili di servizi di cliniche universitarie.
3. I periti in neuropsicologia devono adempiere i requisiti di cui all'articolo 50b dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).
4. Con il consenso dell'assicurato, è possibile derogare a singoli requisiti di cui ai capoversi 1–3, se questo è oggettivamente necessario.
5. Nell'ambito della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento, possono allestire perizie anche le persone che non adempiono ancora tutti i requisiti di cui ai capoversi 1–3. L'allestimento delle perizie avviene sotto la supervisione diretta e personale di medici specialisti o neuropsicologi che adempiono i requisiti di cui ai capoversi 1–3.

In sintesi, i punti salienti della 7ª revisione della LAI possono essere presentati come segue:

- D'ora in poi, oltre alle perizie multidisciplinari, anche le perizie bidisciplinari sono assegnate in modo casuale.
- In caso di assegnazione diretta delle perizie monodisciplinari, l'ufficio AI ha l'obbligo di trovare un accordo con la persona assicurata sul perito scelto.
- Il contenuto della perizia medica deve essere conforme alle direttive rigorosamente elaborate.
- La registrazione audio deve essere effettuata nell'ambito della perizia medica ai sensi della legge sulle assicurazioni sociali, a meno che la persona assicurata non rinunci preventivamente alla registrazione audio.⁶
- È stata istituita una commissione federale extraparlamentare indipendente per garantire la qualità nel campo della perizia medica.

2.2 La formazione del perito medico

Dopo la creazione della Swiss Insurance Medicine (SIM) nel 2003, quest'ultima ha sviluppato, sotto l'egida della FMH, dei moduli di formazione con l'obiettivo di migliorare la qualità delle perizie, mantenendo al contempo la neutralità ed escludendo qualsiasi tipo di sponsorizzazione. Per garantire questa neutralità, l'intero programma di formazione SIM per i periti è stato elaborato da un gruppo di lavoro con la partecipazione dei rappresentanti delle società di disciplina medica. I docenti e i relatori provengono, in particolare, da facoltà universitarie di diritto e di medicina, da studi medici e d'avvocati indipendenti, da centri peritali e da assicuratori sociali e privati. La commissione per la formazione continua e il perfezionamento della SIM (CFP) è responsabile del contenuto dei moduli, del loro insegnamento, dell'assegnazione dei crediti e dell'organizzazione dell'esame. La formazione, che termina con il conferimento di un certificato, è suddivisa in cinque moduli, ciascuno della durata di due giorni.

I primi quattro moduli di formazione sono indipendenti l'uno dall'altro. Il corso inizia con il **modulo base** (modulo 1) che tratta principalmente gli aspetti giuridici e le conoscenze assicurative necessarie per la realizzazione delle perizie. Allo stesso modo, la partecipazione al modulo 1 è prevista per i candidati al titolo di specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, in neurologia, in reumatologia e in chirurgia della mano. Le condizioni richieste per l'ottenimento di ciascun titolo di specialista sono indicate nei rispettivi programmi di formazione postgraduata.

Il secondo modulo si concentra principalmente sulla perizia nei casi di problematiche psicosomatiche. I moduli 3 e 4 sono specifici per le discipline mediche e vengono realizzati in stretta collaborazione con le società di disciplina medica. Nel modulo 5, le conoscenze acquisite nei moduli precedenti vengono approfondite attraverso esempi pratici e applicate in modo interattivo. In questo modulo, diverse sequenze relative alla perizia di varie malattie e conseguenze di incidenti vengono presentate tramite filmati e audio appositamente realizzati per questo scopo e successivamente discusse utilizzando l'Audience Response System (ARS).

Informazioni dettagliate su ciascun modulo sono disponibili sul sito web della SIM al seguente indirizzo:
<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/formation>

Fino al 2013, per ottenere il certificato, era necessario presentare alla SIM un referto peritale redatto personalmente affinché fosse valutato da un collega specializzato e da un giurista. Dal 2014, invece, è stato introdotto un esame con domande a scelta multipla. Oltre alla partecipazione ai cinque moduli, è necessario superare l'esame per ottenere il titolo di «perito medico certificato/a SIM». L'esame comprende conoscenze generali di medicina assicurativa e domande specifiche relative al campo di specializzazione dei diversi candidati. Lo svolgimento dell'esame avviene in collaborazione con l'Istituto di insegnamento medico dell'Università di Berna (IML, Institut für Medizinische Lehre). Per il rinnovo del

6. Art. 7k OPGA Registrazione del colloquio su supporto audio.

certificato, la formazione continua deve essere attestata tramite dei crediti e mediante la fornitura degli attestati di formazione continua, analogamente alla formazione continua legata al titolo di specialista o al rinnovo degli attestati di formazione complementare.

Dal 1° gennaio 2022, con l'entrata in vigore dell'art. 7m cpv. 2 OPGA, relativo ai requisiti per i periti, i medici specialisti in medicina interna generale, psichiatria e psicoterapia, neurologia, reumatologia, ortopedia, chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore devono essere in possesso del certificato SIM (Swiss Insurance Medicine). Sono esclusi da tale obbligo i medici primari e i medici dirigenti delle cliniche universitarie. A tal fine, il Consiglio federale ha previsto un periodo transitorio di cinque anni che scadrà nel 2027.

Anche i neuropsicologi e i chiropratici possono partecipare ai corsi, rendendo possibile il conseguimento, oltre al certificato di perito medico, dei certificati di perizia neuropsicologica o chiropratica.

È possibile consultare la lista dei periti medici certificati dalla SIM visitando il sito internet della SIM (www.swiss-insurance-medicine.ch).

Ogni cinque anni, i periti devono sottoporsi ad una riqualificazione. A tal fine, è necessario fornire la prova di una formazione continua in medicina assicurativa riconosciuta dalla SIM.⁷

2.3 La qualità della perizia medica

Come già evidenziato, la garanzia della qualità della perizia medica in Svizzera è iniziata solo nel 1998, a seguito della pubblicazione del Dr. Meine, che dimostrava che solo un terzo delle perizie realizzate nel campo dell'assicurazione infortuni erano utilizzabili.

La Suva ha pubblicato un altro studio sulla qualità nel 2006 (Ludwig). Da questo studio è emerso che l'89% degli utenti primari, in particolare l'amministrazione e i giuristi della Suva nelle vesti di committenti, erano soddisfatti della qualità delle perizie. La valutazione riguardava il rispetto dei tempi di consegna della perizia, la risposta a tutte le domande poste e un pronunciamento appropriato e motivato.

Gli utenti secondari, cioè gli avvocati, i giudici, i periti supervisor e i medici assicurativi, erano tuttavia soddisfatti solo al 51% dei referti di perizia, in quanto solo in questa misura le perizie rispettavano i principi di valore probatorio definiti dal Tribunale federale nella sentenza pubblicata in DTF 125 V 351. Ne è risultata la conclusione che la soddisfazione dei committenti non era necessariamente correlata al valore pratico di una perizia e che la qualità non può essere raggiunta senza conoscenze medico-assicurative.

Uno studio su larga scala a livello svizzero, volto a valutare la situazione del mercato e a promuovere la trasparenza di quest'ultimo e la garanzia di qualità delle perizie mediche (Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz, MGS), è stato realizzato nel 2009 e pubblicato nel 2011 (Auerbach). Questo studio è stato condotto su iniziativa della SIM e sostenuto in particolare dall'Associazione Svizzera delle Assicurazioni (ASA), dalla Suva, dalla Conferenza degli uffici AI (CUAI) e dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), che hanno fornito i dati di studio sulle perizie. Lo studio è stato realizzato dall'Istituto di economia della salute di Winterthur (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, WIG) e dall'Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) di Basilea.

Durante il periodo di tre mesi concesso per la consegna delle perizie, sono state valutate 3'165 perizie relative alle assicurazioni invalidità, infortuni, indennità giornaliera per malattia e responsabilità civile delle tre regioni linguistiche. Le perizie più frequenti riguardavano i settori della psichiatria e della reumatologia. Le analisi hanno mostrato che i committenti erano soddisfatti per l'80% della qualità delle perizie. La valutazione della qualità da parte degli specialisti

7. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/experts-certifies/recertification> (consultato il 22 settembre 2024)

periti medici ha portato a una valutazione molto buona nel 29% dei casi, a una valutazione da buona a sufficiente nel 48% dei casi e a una valutazione insufficiente nel 23% dei casi, a causa di esami superficiali e incompleti e di una discussione medico-assicurativa con conclusioni ritenute insufficienti.

Nel rapporto Suva Medical 2012 (Ludwig, Schaumann), è stato evidenziato che la qualità delle perizie commissionate era migliorata di anno in anno dall'introduzione del sistema di clearing interno da parte della Suva. Si tratta di una valutazione interna chiara e trasparente delle perizie. Dal punto di vista degli esaminatori, l'86% delle perizie risultava convincente e presentava un'argomentazione conforme ai criteri di attendibilità probatoria definiti dai tribunali delle assicurazioni sociali. Questi dati sono stati confermati negli anni successivi.

Ebbene, si può sottolineare che, nel corso dei vent'anni osservati, la percentuale di perizie utili e convincenti è passata dal 35% (Meine 1998) al 51% (Suva 2006), poi al 77% (Auerbach 2011) e infine all'86% (Ludwig, Schaumann 2012). Non si sa con precisione cosa abbia portato a questo miglioramento della qualità. Si può tuttavia supporre che tale incremento sia legato, da un lato, ai corsi di formazione continua della SIM in ambito peritale, dall'altro, alle linee guida sulle perizie elaborate da diverse società specialistiche (v. paragrafo 2.4), nonché al fatto che le perizie vengono sempre più monitorate e che i periti medici che non soddisfano i requisiti non ricevono più mandati.

Nel 2017, la Segreteria generale del Dipartimento federale dell'interno ha incaricato la società Interface di Lucerna (Laubereau et al.) e il Servizio di psichiatria forense (FPS) dell'Università di Berna di condurre uno studio sulla formazione medica, sul perfezionamento e sull'aggiornamento dei periti medici. La motivazione risiedeva nel fatto che la qualità delle perizie e l'indipendenza dei periti medici venivano regolarmente messe in discussione dall'opinione pubblica e dai media.

Gli autori dello studio hanno formulato sei raccomandazioni volte a migliorare la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento dei periti medici, al fine di accrescere la qualità delle perizie. La SIM ha presentato queste raccomandazioni durante la sua giornata di formazione continua nel novembre 2018 (Soltermann, Ebner)⁸ e le attua nella misura in cui rientrano nel suo ambito di competenza.

Negli ultimi anni, un gruppo guidato da Regina Kunz (Evidence-based Insurance Medicine EbIM presso l'Ospedale universitario di Basilea) ha condotto una serie di studi sulle perizie orientate all'esame funzionale ed il loro impatto sulla qualità della decisione peritale (studi RELY1/2/3), con l'obiettivo di fornire conoscenze fondamentali per il continuo sviluppo della qualità delle perizie. Oltre al documento di protocollo (2016), è stata pubblicata all'inizio del 2017 una revisione sistematica, che dimostra che l'affidabilità delle perizie è generalmente bassa, ma che esiste una relazione altamente significativa tra un approccio più standardizzato della perizia ed il grado di accordo tra i periti.⁹

2.4

Linee guida sulla perizia in Svizzera

In Svizzera, esistono già da diversi anni linee guida per la perizia medica, in particolare per le specialità di psichiatria (2004, 2012 e 2016), reumatologia (2007 e 2016), neuropsicologia (2011, 2016), ortopedia (2017) e neurologia (2020). Inoltre, sono state elaborate linee guida interprofessionali per la perizia in medicina assicurativa (2020) e linee guida per le perizie pluridisciplinari (2020). A differenza delle direttive, le linee guida mediche non sono vincolanti dal punto di vista giuridico per i medici e non impegnano né esonerano la loro responsabilità. Le linee guida mediche mirano a garantire la qualità del processo decisionale. Da un punto di vista giuridico, le linee guida mediche riflettono il consenso medico delle attuali conoscenze di base.

8. Bruno Soltermann/Gerhard Ebner, Formation des experts médicaux et qualité des expertises, BMS, 17.10.2018.

9. <https://www.unibas.ch/de/Aktuell/News/Uni-Research/Arbeitsfaehigkeit-Training-verkleinert-Unterschiede-bei-Gutachten-.html> (consultato il 22 settembre 2024); R. Kunz et al.: The reproducibility of psychiatric evaluations of work disability: Two reliability and agreement studies. BMC Psychiatry (2019). DOI : 10.1186/s12888-019-2171-y.

La sentenza del Tribunale federale BGE 143 V 418 ha esteso questa giurisprudenza a tutti i disturbi psichici, e l'applicazione degli indicatori standard è stata parimenti estesa ai disturbi da dipendenza con la sentenza BGE 145 V 215, mentre l'approccio peritale che ne deriva risulta conforme alle direttive attuali. Le linee guida attualmente in vigore sono le seguenti:¹⁰

- Linee guida sulla qualità per le perizie psichiatriche in ambito assicurativo (2016)
- Linee guida per la valutazione consensuale nelle perizie bi- e pluridisciplinari in medicina assicurativa (2020)
- Linee guida generali per la perizia in medicina assicurativa (2020)
- Linee guida per la perizia reumatologica (2016)
- Linee guida per la perizia ortopedica (2017)
- Linea guida per la valutazione in medicina assicurativa, parte specifica per la neurologia (2020)
- Linee guida per la perizia neuropsicologica (2011)
- Criteri per definire il grado di gravità di un disturbo neuropsicologico e classificazione per capacità funzionale e capacità lavorativa (2016) e versione 2021 (Verdon, Caudal-Zürcher)

2.5 Registrazione del colloquio su supporto audio

La 7^a revisione della LAI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, ha un impatto sul contenuto delle perizie nel diritto delle assicurazioni sociali. Le disposizioni contenute nell'ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA) si applicano solo al diritto delle assicurazioni sociali e non alle perizie effettuate nell'ambito del diritto privato e della previdenza professionale. In particolare, le registrazioni sonore devono essere effettuate solo per le perizie che rientrano nel diritto delle assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 44 cpv. 6 LPGA, i colloqui tra l'assicurato ed il perito devono essere oggetto di registrazioni sonore che vengono conservate nel fascicolo dell'assicuratore. L'art. 7k cpv. 1 OPGA stabilisce che il colloquio conforme-

mente all'art. 44 cpv. 6 LPGA comprende l'intero colloquio dell'esame. Quest'ultimo comprende l'anamnesi e la descrizione dei disturbi da parte dell'assicurato, ma non la parte della valutazione psicologica mediante dei test effettuati per gli esami clinici psichiatrici, neurologici e neuropsicologici. L'assicurato è informato dall'assicuratore che il colloquio sarà oggetto di una registrazione sonora. Prima della perizia o fino a dieci giorni dopo, l'assicurato può dichiarare di voler rinunciare alla registrazione sonora o richiederne la distruzione. L'assicurato può, prima del colloquio, revocare la sua rinuncia presso l'organo di esecuzione (art. 7k cpv. 4 OPGA). I periti sono informati dall'assicuratore e devono fare riferimento a tale situazione in caso di rinuncia tardiva. La registrazione sonora può essere ascoltata solo dall'assicurato, dall'assicuratore che ha commissionato la perizia e dalle autorità decisionali nell'ambito delle procedure amministrative e

Art. 7k OPGA Registrazione del colloquio su supporto audio

1. Il colloquio secondo l'articolo 44 capoverso 6 LPGA comprende l'intero colloquio dell'esame. Questo consta dell'indagine anamnestica e della descrizione dei disturbi da parte dell'assicurato.
2. All'annuncio della perizia, l'assicuratore deve informare l'assicurato circa la registrazione secondo l'articolo 44 capoverso 6 LPGA, il suo scopo e la possibilità di rinunciarvi.
3. L'assicurato può, mediante una dichiarazione scritta rivolta agli organi esecutivi:
 - a. rinunciare alla registrazione, prima della perizia;
 - b. chiedere la distruzione della registrazione, nei dieci giorni successivi al colloquio.
4. Prima del colloquio l'assicurato può comunicare all'organo esecutivo la revoca della rinuncia di cui al capoverso 3 lettera a.
5. La registrazione su supporto audio deve essere effettuata dal perito secondo prescrizioni tecniche semplici. Gli assicuratori vegliano affinché le prescrizioni tecniche nei mandati peritali siano uniformi. Il perito deve garantire che la registrazione del colloquio sia effettuata correttamente dal punto di vista tecnico

¹⁰. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-lexpertise-medicale> (consultato il 22 settembre 2024).

6. L'inizio e la fine del colloquio devono essere confermati oralmente sia dall'assicurato che dal perito, indicando i rispettivi orari all'inizio e alla fine della registrazione su supporto audio. Le interruzioni della registrazione su supporto audio devono essere confermate nello stesso modo.
7. I periti e i centri peritali trasmettono all'assicuratore le registrazioni su supporto audio in forma elettronica sicura insieme con la perizia.
8. Se, dopo aver ascoltato la registrazione su supporto audio e constatato difetti tecnici, l'assicurato contesta la verificabilità della perizia, l'organo esecutivo e l'assicurato tentano di accordarsi su come procedere.

Art. 71 OPGA Impiego e distruzione della registrazione del colloquio su supporto audio

1. La registrazione su supporto audio può essere ascoltata dall'assicurato, dall'assicuratore committente e dalle autorità decisionali soltanto nel quadro di una procedura amministrativa, di una procedura d'opposizione (art. 52 LPGGA), in sede di revisione e riconsiderazione (art. 53 LPGGA), nel quadro del contenzioso (art. 56 e 62 LPGGA) nonché nel quadro della procedura di preavviso di cui all'articolo 57a della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità.
2. La Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche può ascoltare la registrazione su supporto audio nel quadro dello svolgimento dei propri compiti secondo l'articolo 7p capoversi 4 e 5.
3. Non appena la procedura per la quale è stata commissionata la perizia è conclusa e la relativa decisione è passata in giudicato, l'assicuratore può distruggere la registrazione su supporto audio, d'intesa con l'assicurato.

Per ulteriori informazioni:

- Bollettino dei medici svizzeri – Come devono essere redatte ora le perizie mediche?¹¹
- Bollettino dei medici svizzeri – Ciò che bisogna sapere sulle registrazioni sonore¹²
- FAQ sulle registrazioni sonore nel quadro delle perizie mediche¹³

giudiziarie (art. 71 cpv. 1 OPGA). Inoltre, la commissione federale per la qualità delle perizie mediche può, in determinati casi, ascoltare le registrazioni sonore. Non appena la procedura per cui la perizia è stata commissionata è terminata e la decisione risultante è passata in giudicato, l'assicuratore può distruggere la registrazione sonora con il consenso dell'assicurato.

2.6

Indipendenza dei periti medici

La giurisprudenza del Tribunale federale impone standard elevati di imparzialità e assenza di pregiudizi ai periti medici. I fatti devono essere presentati in modo oggettivo e valutati in maniera imparziale.¹⁴ Vista l'importanza considerevole delle perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, l'imparzialità del perito deve essere soggetta a criteri rigorosi.¹⁵ I periti medici sono soggetti agli stessi motivi di ricusazione e astensione applicabili ai giudici.

In DTF 132 V 93 consid. 7.1, il Tribunale federale ha precisato che un perito è considerato prevenuto quando sussistono circostanze tali da far sorgere dubbi sulla sua imparzialità. Tuttavia, si tratta di uno stato interiore difficile da provare. Per questo motivo, non è necessario dimostrare che la prevenzione sia effettiva per ricusare un perito. È sufficiente che le circostanze diano l'impressione di prevenzione e suscitino timori di parzialità da parte del perito. La valutazione delle circostanze non deve basarsi esclusivamente sulle impressioni della

11. <https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2021.20428/>

12. <https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2022.20908/>

13. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/FAQs-Tonaufnahmen_aktuelle_Meldungen/SIM_FAQs_Enregistrements%20sonores_FR.pdf

14. Christian A. Ludwig, Exigences relatives aux évaluations/exigences pour les évaluateurs, Bulletin des médecins suisses 2006 ; 87 : 23, 1035.

15. DTF 125 V 351 consid. 3b/ee.

3 Tematiche di perizia particolari

persona valutata; al contrario, la diffidenza nei confronti del perito deve apparire fondata su fattori oggettivi.

Esempi concreti tratti dalla giurisprudenza:¹⁶

- Il fatto che un perito si sia già occupato di una persona non esclude a priori un suo successivo intervento in qualità di perito.
- Il semplice fatto che un primo perito di un centro peritale abbia svolto in precedenza il ruolo di esaminatore non consente di concludere ad una successiva parzialità dei periti dello stesso centro in una seconda valutazione.
- Spetta al perito descrivere il comportamento osservato, motivo per cui non è possibile dedurre da ciò un'apparenza di parzialità. Pertanto, l'annotazione del perito secondo cui la persona assicurata ha manifestato in modo dimostrativo limitazioni e disturbi durante l'esame non è, di per sé, tale da suscitare sospetti sulla sua imparzialità e assenza di pregiudizi (a tal proposito, si veda anche la decisione del Tribunale federale 9C_699/2019 del 17 febbraio 2020, consid. 3.2).
- Il fatto che una perizia non sia neutrale e obiettiva deve essere considerato un indice di parzialità (decisione del Tribunale federale 8C_35/2014 del 16 giugno 2014, consid. 2.3).
- Il comportamento di un perito nei confronti di una parte può dare l'impressione di parzialità se, da un punto di vista oggettivo, il contenuto o la natura della comunicazione lasciano trasparire particolari simpatie o antipatie, oppure un trattamento disuguale delle parti coinvolte nella procedura. A tale proposito, contatti unilaterali di un perito giudiziario con una parte o i suoi rappresentanti possono fondare l'apparenza di parzialità (decisione del Tribunale federale 8C_491/2020 del 27 novembre 2020, consid. 7.3).
- Giudizi di valore offensivi riguardo al contesto culturale o espressioni come «l'assicurata estremamente desiderosa di ottenere una rendita» possono, ad esempio, suggerire una parzialità.
- Sussiste parzialità quando il perito ha un interesse personale nella questione, oppure è parente o affine in linea retta o fino al terzo grado in linea collaterale con una parte, o è legato alla stessa da matrimonio, fidanzamento o adozione di un figlio.

16. DTF 9C_579/2013 del 3 dicembre 2013, consid. 4..

3.1

Perizia di valutazione della capacità/incapacità lavorativa

La valutazione della capacità lavorativa è uno degli incarichi più frequenti nei mandati di perizia. Non si tratta di giungere ad una conclusione generale sulla capacità lavorativa a partire da una diagnosi, bensì di descrivere in dettaglio le ragioni mediche che potrebbero ridurre la capacità funzionale al lavoro e le risorse psichiche da un punto di vista qualitativo, quantitativo e temporale.¹⁷ Anche le altre attività personali, familiari e sociali della persona assicurata devono essere prese in considerazione a fini di verifica e plausibilità. È necessario determinare se esistono limitazioni uniformi del livello di attività nei settori comparabili della vita quotidiana.¹⁸

I mandati di perizia più frequenti riguardano l'assicurazione invalidità (AI). Le perizie per l'AI devono rispettare rigorosamente i requisiti formali prescritti dall'UFAS.¹⁹

3.2

Requisiti formali per le perizie mediche

I requisiti formali per le perizie nell'ambito dell'AI sono pubblicati nella Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPA):

- Circolare relativa alla procedura nell'assicurazione per l'invalidità, in vigore a partire dal 1° gennaio 2022²⁰
- Struttura della perizia (Allegato IV)
- Struttura della valutazione consensuale per le perizie bidisciplinari e pluridisciplinari (Allegato V)

Nel campo di applicazione della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), la struttura predefinita della perizia deve essere rispettata. Si raccomanda di seguire questo schema anche quando si forniscono perizie in altri ambiti giuridici, in quanto garantisce che tutti gli aspet-

17. DTF 145 V 361 consid. 4.3.

18. DTF 141 V 281 consid. 4.4.1.

19. Si noti che la struttura del questionario si riferisce alle perizie dell'assicurazione invalidità. Tuttavia, questa struttura può essere utilizzata anche nel campo dell'assicurazione infortuni, con l'aggiunta di altri temi specifici da trattare (ad es., causalità naturale, statu quo ante, ecc.).

20. <https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/6440/download> (consultato il 16 ottobre 2024).

ti rilevanti siano trattati in modo strutturato, contribuendo così alla completezza e alla coerenza di una perizia.

A questo proposito, si veda: CPAI Modello di perizia per l'assicurazione invalidità / Modello di perizia LAINF²¹

Nel campo delle assicurazioni sociali, i colloqui devono essere obbligatoriamente registrati, a meno che la persona assicurata non rinunci espressamente nei confronti dell'assicuratore sociale (art. 44 cpv. 6 LPGGA). L'organo legislativo richiede la registrazione sonora solo del «colloquio» (cfr. capitolo 2.5). È importante notare che una dichiarazione di rinuncia non può essere fatta al perito medico, ma al committente.

Secondo il rapporto di SwissMED@P del 4 novembre 2021:

- Le registrazioni sonore comprendono l'anamnesi e la descrizione, del danno alla sua salute da parte dell'assicurato. Se è necessaria l'assistenza di un interprete, le sue traduzioni devono essere anch'esse registrate. Per analogia, gli interpreti devono essere informati della registrazione sonora al momento dell'assegnazione dell'incarico.
- Per garantire che il colloquio sia stato registrato correttamente e nella sua integralità, l'inizio e la fine dello stesso devono essere confermati oralmente dall'assicurato e dal perito, con l'indicazione dell'orario di inizio e di fine della registrazione. Le interruzioni della registrazione sonora devono essere confermate nello stesso modo.

Le esigenze relative ai periti sono regolate conformemente all'art. 7m dell'OPGA.²²

Nel caso di perizie pluridisciplinari, è in linea di principio il centro peritale a determinare le discipline mediche necessarie. Non è lo stesso per le perizie monodisciplinari e bidisciplinari. In questi casi, è l'assicuratore a determinare le discipline mediche (art. 44 cpv. 5 LPGGA).

21. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-leexpertise-medicale> (consultato il 16 ottobre 2024).

22. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/569/fr#art_7_m (consultato il 16 ottobre 2024).

Dopo aver comunicato il nome del perito all'assicurato, di norma non è possibile delegare la perizia ad un altro perito all'interno del centro peritale. In tal caso, il nome del nuovo perito deve essere preventivamente comunicato all'assicurato affinché quest'ultimo possa, se necessario, far valere i propri diritti.

La perizia deve essere firmata dal perito incaricato. Lo stesso vale per la valutazione consensuale (valutazione interdisciplinare).

Comprensione linguistica: al momento della comunicazione del nome del centro peritale e dei periti, l'ufficio AI deve informare l'assicurato, che è suo compito segnalare all'AI se è necessaria un'assistenza linguistica. Nella pratica, gli assicurati omettono regolarmente di farlo. È quindi raccomandato di precisare nuovamente questa informazione nella convocazione al colloquio peritale. Inoltre, la decisione di procedere ad un esame medico nella lingua madre dell'assicurato o di ricorrere ad un interprete deve essere presa dal perito nell'ambito del corretto svolgimento del suo mandato.²³

Raccomandazione: se, dopo la convocazione, risulta che la persona assicurata necessita di un'assistenza linguistica, è necessario consultare innanzitutto l'ente d'assicurazione sociale o l'assicuratore che ha conferito l'incarico al fine di ottenere una garanzia per la copertura dei costi dell'interprete.

Ricorso ad un interprete: Per quanto riguarda il ricorso ad un eventuale interprete, è vietato affidare tale compito a familiari o a conoscenti della persona sottoposta a perizia. All'inizio della perizia, l'interprete viene presentato, si chiarisce la sua eventuale parzialità e si spiegano dettagliatamente le regole di collaborazione (segreto professionale, traduzione integrale, ecc.). L'interprete è informato che deve effettuare una traduzione il più letterale e completa possibile e segnalare eventuali punti da chiarire. Deve inoltre esprimersi sulle particolarità linguistiche, come il vocabolario, i dialetti, i disturbi evidenti del pensiero, e indicare (e chiarire) eventuali incertezze e particolarità culturali che potrebbero portare a malintesi in caso di traduzione alla lettera, ecc.

23. Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI), stato al 1° gennaio 2024, cifra 3151.

Non esistono, in linea di principio, direttive riguardanti la **durata** dell'esame. Secondo il Tribunale federale, non è la durata dell'esame a determinare il contenuto di una perizia. Ciò che risulta determinante è sapere se il contenuto della perizia è completo e conclusivo (DTF 9C_660/2021 del 30 novembre 2022, consid. 5.3.4 e i riferimenti; DTF 8C_86/2015 del 6 maggio 2015, consid. 5.2 e i riferimenti).

3.3 Requisiti materiali per le perizie mediche

3.3.1 Dossier preliminare/estratto del dossier

Un **riassunto del dossier** deve essere redatto. Gli elementi medici pertinenti devono essere citati in ordine cronologico: indicazioni sull'autore, la data del referto, l'eventuale committente o destinatario, le diagnosi e i risultati rilevanti. Lo stesso vale per tutti i contenuti utilizzati in una giustificazione successiva. Una semplice enumerazione dei dossier precedenti senza un riassunto del loro contenuto non è sufficiente (v. linee guida generali per le perizie in medicina assicurativa).²⁴

I commenti sulle parti del dossier devono, in linea di principio, essere evitati nel riassunto del dossier. Tali valutazioni devono normalmente essere inserite nel capitolo «Riassunto della valutazione nel contesto della medicina assicurativa». Tuttavia, osservazioni brevi e rilevanti possono essere fatte eccezionalmente, indicandole in modo appropriato (ad es., iniziando con: «Osservazione del perito: ...»). Ciò è necessario, ad esempio, in caso di contraddizioni evidenti nel referto in questione.

Di norma, non è richiesto che tutti gli elementi delle cartelle cliniche precedenti siano discussi in dettaglio; ad esempio, non è necessario discutere dettagliatamente i referti sommari dei medici di famiglia. Tuttavia, è importante che essi siano menzionati nell'elenco dei documenti a disposizione. I tribunali partono dal presupposto che il perito li abbia presi in considerazione. Al contrario, se i

referti dei medici curanti si discostano diametralmente dalla valutazione del perito (ad es., per quanto riguarda la diagnosi o la capacità lavorativa), ciò deve essere discusso in dettaglio nella perizia con una giustificazione chiara e motivata.

3.3.2 Considerazione di tutti i referti (anche non medici)

È inoltre opportuno prendere in considerazione e discutere i referti relativi alle misure d'integrazione attuate (valutazione della capacità funzionale, della riabilitazione, ecc.). Secondo la giurisprudenza, spetta allo specialista perito medico la valutazione finale di un danno alla salute che comporta una limitazione della capacità funzionale. Tuttavia, se la valutazione della capacità funzionale presenta una divergenza evidente e significativa rispetto ad una prestazione effettivamente realizzata durante una valutazione professionale dettagliata, con un comportamento/impegno impeccabile da parte dell'assicurato e oggettivamente realizzabile secondo la valutazione degli specialisti professionali, ciò può giustificare seri dubbi sulle ipotesi mediche e rendere necessaria, in linea di principio, la richiesta di una chiarificazione dell'opinione medica (DTF 8C_217/2023 del 1° settembre 2023, consid. 4.1.1).

È quindi necessario valutare tutti i referti medici (precisando che le valutazioni dei SMR sono anch'esse dei referti medici) ed altri referti pertinenti (ad es., referti d'osservazione professionale). L'analisi dell'intero dossier è determinante. Il centro peritale è autorizzato – nella misura in cui esistono indizi di un dossier incompleto – a ottenere informazioni aggiuntive da terzi. Ciò è valido solo nel campo del diritto delle assicurazioni sociali, a condizione che esista una procura valida e irrevocabile (raccomandazione: informarsi prima presso l'ente di sicurezza sociale, se quest'ultimo è il committente). Nel diritto delle assicurazioni private, è necessario un consenso esplicito della persona esaminata.

²⁴ <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-lexpertise-medicale> (consultato il 16 ottobre 2024)

3.3.3 Requisiti in materia di diagnosi

Deve trattarsi di una deduzione basata su dei criteri e di una giustificazione comprensibile delle diagnosi secondo un sistema di classificazione riconosciuto, nonché di una descrizione dettagliata e giustificata dal punto di vista medico delle ripercussioni funzionali dei problemi di salute, se del caso. Se è stata effettuata una valutazione secondo l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, secondo l'OMS), o una valutazione delle capacità funzionali (FCE), questa deve essere chiaramente integrata e discussa.

Gli eventuali strumenti di valutazione devono essere allegati alla perizia. Le «diagnosi sospette» non possono essere utilizzate di per sé per legittimare una riduzione della capacità lavorativa, in quanto non permettono di giustificare una verosimiglianza preponderante. Se ci sono indizi di una diagnosi che esula dal campo di specializzazione ma che è rilevante per le domande della perizia, la procedura da seguire deve essere discussa con il committente.

3.3.4 Requisiti relativi alle perizie dell'assicurazione invalidità

Per le perizie dell'AI esistono, sulla base delle decisioni del Tribunale federale (in particolare la DTF 141 V 281 con l'introduzione del metodo di valutazione basato su degli indicatori), delle direttive delle autorità competenti (UFAS o uffici AI) che stabiliscono in modo dettagliato sia la struttura della perizia che le domande da porre. Per quanto riguarda l'esistenza di un danno alla salute, occorre tenere conto di quanto segue: nell'AI, si tratta innanzitutto della valutazione medica della capacità lavorativa, ovvero della riduzione della performance giustificata dal punto di vista medico nell'attività lavorativa finora svolta, così come in un'attività ragionevolmente esigibile o nelle mansioni consuete (cfr. art. 8 LPGGA).

Affinché un'invalidità sia riconosciuta a livello giuridico, è necessario che siano soddisfatte tre condizioni:

1. Un danno alla salute fisica o mentale di lunga durata (danno alla salute di lunga durata);
2. Un'incapacità totale o parziale di svolgere un lavoro ragionevolmente esigibile;
3. Un nesso causale tra il danno alla salute e l'incapacità di svolgere un lavoro ragionevolmente esigibile (art. 7 e 8 LPGGA; art. 4 LAI).

3.3.5 Valutazione della performance globale/capacità globale

La valutazione medica della capacità lavorativa comprende la stima del tempo di presenza giustificata dal punto di vista medico. I periti medici devono esprimersi sulla componente temporale (capacità quantitativa, ad es. in ore al giorno) e stimare la capacità di rendimento qualitativa durante tale tempo di presenza, tenendo conto di aspetti quali la produttività, i limiti del carico di lavoro, il profilo e i limiti qualitativi, nonché il rallentamento rispetto ad una persona in buona salute.

Di norma, le due componenti (tempo e produttività) vengono combinate per determinare la capacità lavorativa globale. Questa valutazione deve essere comprensibile, in particolare se si riferisce a un grado di occupazione parziale o completo.²⁵

Per quanto riguarda la determinazione delle capacità funzionali da parte dell' SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 1bis OAI, è fondamentale, secondo il rapporto di SuisseMED@P del 16 dicembre 2021, che tutte le limitazioni qualitative e quantitative dell'assicurato siano considerate in una perizia medica per valutare la capacità lavorativa o la prestazione attesa dall'assicurato. Inoltre, dalla perizia deve risultare chiaramente quali restrizioni qualitative e quantitative concrete sono state prese in considerazione (ad es., necessità di pause aggiuntive, bisogno di un'assistenza costante da parte del datore di lavoro, impossibilità di

²⁵. Si veda anche, a questo proposito, il rapporto esplicativo sull'Ulteriore sviluppo dell'AI (pag. 61).

svolgere lavori sopra la testa, ecc.). Tuttavia, le diverse limitazioni non devono essere quantificate e sommate separatamente, ma devono essere ponderate nell'ambito di una valutazione globale della capacità lavorativa.

Un profilo di requisiti, positivo e negativo, deve essere redatto sia per l'attività finora svolta che per quella adeguata allo stato di salute; ne risulta la capacità lavorativa esigibile. Le restrizioni devono essere presentate in modo comprensibile per coloro che sono chiamati ad applicare il diritto.

È importante garantire che la perizia si basi sull'attività effettivamente svolta finora. Nella pratica si osserva con frequenza che nella descrizione dell'ufficio AI o dell'SMR l'attività svolta finora non viene esposta correttamente.

È opportuno precisare che il carattere ragionevolmente esigibile della capacità lavorativa è una questione giuridica. L'identificazione e l'elenco dei fattori non correlati all'invalidità devono invece essere esposti dal perito.²⁶

Nota: nel campo dell'assicurazione invalidità, le perizie sono in linea di principio sottoposte all'SMR per esame. Il SMR verifica in particolare:

- Il rispetto delle linee guida specifiche delle società specializzate in materia di medicina assicurativa.
- Se le dichiarazioni e le spiegazioni mediche in merito agli indicatori standard ai sensi della DTF 141 V 281 sono sufficienti per il caso in questione.
- La valutazione della perizia basandosi sul ragionamento assicurativo e sulla sua coerenza (interrogatorio, raccolta e valutazione delle informazioni, risposta alle domande).
- L'esistenza di eventuali omissioni significative al principio di neutralità nella perizia (ad es., dichiarazioni palesemente denigratorie o offensive nei confronti di persone o gruppi di persone).

3.3.6

Ulteriori requisiti in merito al contenuto

Le spiegazioni di un perito che si riferiscono all'ambito giuridico sono considerate come eccedenti il suo campo di competenza ed essere suscettibili di dare adito a dubbi significativi sulla coerenza della perizia (DTF 8C_448/2015 del 17 dicembre 2015, consid. 4.2).

È fondamentale assicurarsi che il perito non formuli **dichiarazioni contraddittorie** nella sua perizia. Tali contraddizioni possono spesso costituire la base per un'efficace contestazione legale della coerenza di una perizia.

Non è **neppure** opportuno effettuare una valutazione assicurativa **al di fuori del proprio campo di specializzazione medica**.

In caso di perizia bidisciplinare o pluridisciplinare, è necessario redigere una sintesi globale in **modo unanime**, con la partecipazione di **tutti i periti** specialisti.

A volte capita che una perizia non si pronunci retrospettivamente sulla capacità lavorativa. Tuttavia, questo aspetto deve essere necessariamente presente nella perizia, purché possa essere valutato, motivo per cui è importante prestarvi attenzione. Se la capacità lavorativa non può essere valutata retrospettivamente, è necessario specificarlo esplicitamente e spiegare perché ciò non è possibile.

26. Si veda a questo proposito le linee guida sulla qualità per le perizie psichiatriche in ambito assicurativo della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia, 6ª edizione.

CHECKLISTE	
DOS	DON'TS
Rispettare scrupolosamente la struttura stabilita nella circolare dell'UFAS	
Effettuare una registrazione sonora del colloquio, la quale includa l'anamnesi e la descrizione da parte dell'assicurato del danno alla propria salute (solo nel diritto delle assicurazioni sociali)	
	Non presentare motivi di riconsolazione o motivi di parzialità
Organizzare la traduzione, se necessario	
	Non consentire a conoscenti/parenti di fungere da interpreti
Valutare tutti gli elementi contenuti nelle cartelle cliniche	
Tenere conto dei referti sulle misure di riadattamento (soprattutto in relazione alla capacità funzionale)	
	Non effettuare una valutazioni giuridiche
Nel diritto privato: ottenere il consenso del paziente per richiedere altri referti (non necessario nel diritto delle assicurazioni sociali)	
	Non contraddirsi
Redigere all'inizio della perizia un estratto cronologico degli atti del dossier	

CHECKLISTE	
DOS	DON'TS
Soprattutto in caso di patologie psicosomatiche, effettuare un'anamnesi dei dolori cronici e un'anamnesi familiare	
Effettuare una discussione critica e fornire una giustificazione comprensibile delle diagnosi secondo un sistema di classificazione riconosciuto	
Fornire un parere dettagliato sugli indicatori standard del Tribunale federale da un punto di vista medico	
	Non effettuare valutazioni assicurative al di fuori del proprio campo di specializzazione
Fornire un parere dettagliato sulla coerenza e sulla plausibilità	
Effettuare una valutazione medica dell'idoneità al lavoro, comprese le componenti di tempo e produttività.	
Fare una descrizione dell'attività finora svolta e di un'attività adeguata allo stato di salute	
In caso di perizie bidisciplinari e pluridisciplinari, effettuare una valutazione complessiva concordata da tutti i periti	
Firmare la perizia	

4 Diversi tipi di perizie

4.1 Perizie di causalità

4.1.1 Assicurazioni causali e finali

Nel diritto assicurativo si distinguono le assicurazioni causali e le assicurazioni finali. Per queste ultime, l'obbligo di fornire prestazioni non dipende dall'esistenza di un nesso di causalità con l'evento assicurato (esempio: l'assicurazione invalidità).

Nel diritto delle assicurazioni sociali, l'assicurazione infortuni e l'assicurazione militare sono concepite su base causale. Esistono inoltre diversi tipi di assicurazioni private regolate da un modello causale e per le quali le questioni di causalità rivestono un ruolo importante.

4.1.1.1 Nesso di causalità naturale e adeguata

L'obbligo di erogare prestazioni nell'ambito delle assicurazioni causali si basa su due condizioni cumulative: un nesso di causalità naturale e un nesso di causalità adeguata. Questi due tipi di nesso causale sono fondamentalmente distinti.

Il nesso di causalità naturale riguarda la questione di sapere se l'evento assicurato, generalmente un danno alla salute, è la conseguenza diretta di un fatto. La valutazione di questo nesso si concentra sulla relazione causa-effetto da un punto di vista fattuale e medico. Si tratta di una questione che devono risolvere i medici, e non i giuristi. Le cause, nel contesto del nesso di causalità naturale, comprendono tutte le circostanze senza le quali il risultato non si sarebbe verificato o non si sarebbe verificato allo stesso modo o nello stesso momento.²⁷

I periti medici devono limitarsi a valutare il nesso di causalità naturale.²⁸ Non devono esprimersi sul nesso di causalità adeguata, la quale riguarda l'attribuzione giuridica nell'ambito assicurativo (cfr. infra).

27. Si veda in particolare: DTF 129 V 177 risp. DTF 117 V 359.

28. Il Tribunale federale arriva persino a considerare le dichiarazioni sui nessi di causalità adeguata da parte dei professionisti della salute come un indizio di possibile parzialità.

L'obbligo di prestare servizi da parte di un assicuratore contro gli infortuni o di un assicuratore per la responsabilità civile richiede innanzitutto che esista un legame di causalità naturale tra l'incidente o il sinistro ed il danno subito. Se il danno si sarebbe verificato in toto o in misura minore, anche senza l'incidente, allora quest'ultimo non è considerato la conseguenza diretta.²⁹ Si tratta quindi di stabilire se i disturbi dichiarati dall'assicurato e le presunte diagnosi sono conseguenze dell'incidente o di una malattia.

Nel quadro della valutazione del nesso di causalità nell'ambito dell'assicurazione infortuni, è necessario verificare se il nesso di causalità naturale, sebbene accettato, sarebbe venuto meno. Ciò avviene quando lo stato di salute dell'assicurato è simile a quello che sussisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante) o a quello che sarebbe sopravvenuto anche senza l'infortunio come risultato di un'evoluzione ordinaria (status quo sine). Spesso è molto difficile rispondere alle domande legate alla causalità e di frequente è impossibile stabilire i criteri ad essa legati con assoluta certezza. A causa di questa nota difficoltà nel provare il nesso di causalità naturale, si applica il grado di prova della verosimiglianza preponderante.³⁰ La verosimiglianza preponderante implica che, da un punto di vista obiettivo, vi siano motivi rilevanti a favore della veridicità di un'asserzione, senza che altre possibilità abbiano un'importanza significativa o possano essere ragionevolmente considerate (DTF 144 V 427 consid. 3.2; DTF 139 V 176 consid. 5.3; DTF 135 V 39 consid. 6.1). Se più varianti sono possibili, è necessario cercare quella più probabile. Questa valutazione delle prove secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante può essere effettuata solo conoscendo tutti gli elementi del dossier e tutti i fatti. A tal fine, è necessario definire come evidenze tutti i mezzi di prova medica a favore e contro, tenendo conto di tutti i fatti medici, cioè dello stato completo del dossier, dell'anamnesi personale della persona sottoposta a perizia, dei risultati degli esami clinici, dei risultati di imaging e delle analisi di laboratorio, valutando in modo critico le discrepanze e le concordanze, basandosi scientificamente sulle migliori prove mediche disponibili. Si tratta quindi di determinare se, tenendo conto di tutte queste fonti di informazione, l'evento nocivo invocato sia davvero il più plausibile tra tutte le spiegazioni possibili. Nella pratica,

29. DTF 4A_444/2010 del 22 marzo 2011 consid. 4.4.

30. Sia nel diritto delle assicurazioni sociali che in quello delle assicurazioni private e della responsabilità civile.

può accadere che vi sia convergenza di più cause. In tal caso, la questione di una causalità parziale deve essere indagata e debitamente spiegata.

La causalità naturale deve quindi essere riconosciuta anche se l'incidente rappresenta solo una causa parziale dei disturbi esistenti, purché tale nesso sia accertato secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. È sufficiente che l'evento dannoso, in associazione ad altre condizioni, abbia compromesso l'integrità fisica o mentale di una persona.³¹

Al contrario, nella valutazione del nesso di causalità adeguata, occorre stabilire se, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, una causa è idonea a provocare un risultato simile a quello verificatosi, rispettivamente se l'insorgenza del risultato appare come generalmente favorita da tale causa.³² Si tratta di una valutazione strettamente giuridica volta a determinare e valutare i fatti disponibili in base alla catena causale naturale.

4.1.2 Perizia in ambito di responsabilità civile

La perizia si concentra sull'esame della causalità naturale tra l'evento scatenante e la sua responsabilità nell'alterazione dello stato di salute. Per quanto riguarda l'incapacità lavorativa e la sua causa, diversamente dalla valutazione prevista nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, la perizia medica non deve basarsi in questo caso su ciò che una persona assicurata di mezza età è oggettivamente e teoricamente in grado di fare dal punto di vista medico. Nel diritto della responsabilità civile, ci si orienta, in linea di principio, sulle condizioni reali, includendo gli elementi personali della persona lesa, ed è opportuno tener conto di eventuali elementi soggettivi individuali che interferiscono con la capacità funzionale.

La valutazione non deve quindi utilizzare come metro di confronto un'oggettiva persona generica lesa, ma basarsi in modo concreto e individuale sulla persona lesa stessa, esaminata durante la perizia. Ciò è particolarmente importante quando si valuta il nesso di causalità nel caso di parti lese vulnerabili e nei casi di malattie croniche, poiché la giurisprudenza del tribunale federale esige che la persona che ha causato il danno indennizzi la persona lesa come essa si presentava al momento del danno.

Attenzione: nelle perizie in ambito di responsabilità civile è fondamentale attenersi esclusivamente alle domande poste, soprattutto nel caso di perizie giudiziarie, evitando di trattare argomenti non sottoposti ai periti.

Poiché il principio del «tutto o nulla» non si applica in materia di responsabilità civile, è importante prestare particolare attenzione alle condizioni preliminari, poiché gli assicuratori o i giudici possono tenerne conto nella valutazione della riparazione riducendo il risarcimento danni (art. 44 CO).

Durante l'esame della causalità adeguata nell'assicurazione responsabilità civile, compito che spetta esclusivamente al giurista, i criteri del campo delle assicurazioni sociali devono essere ignorati.

Nell'ambito della responsabilità civile la causalità adeguata è definita come segue: un evento è considerato causa adeguata di un risultato quando, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, è di per sé idoneo a causare un risultato simile a quello verificatosi. La causalità adeguata è quindi un correttivo – in termini di responsabilità – della causalità naturale, ma viene applicata in modo diverso nel diritto dell'assicurazione infortuni e nel diritto della responsabilità civile. Anche una corrispondenza molto debole può portare ad una responsabilità totale.

31. DTF 117 V 206.

32. DTF 129 V 117.

4.1.3 Consiglio peritale congiunto (GGK)

In alcuni casi di responsabilità civile, può accadere che la procedura si protragga per diversi anni. Questa situazione si spiega, da un lato, con il fatto che spesso occorre molto tempo per trovare un perito accettato da entrambe le parti e, dall'altro, con la necessità di effettuare perizie e controperizie. Per ridurre questi tempi e favorire l'accettazione delle valutazioni dei periti, si ricorre talvolta, nei casi di responsabilità medica, all'istituzione di un consiglio di periti congiunti, come avviene in Francia sulla base della legge Badinter per le vittime di incidenti stradali con danni corporali. Si tratta di un consiglio consultivo comunitario misto (GGK, *Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium* in tedesco) in un ambito extragiudiziale. In questo tipo di procedura, la persona lesa e l'assicuratore per la responsabilità civile designano uno o più periti, i quali si riuniscono per discutere del caso con le parti interessate nel quadro di una tavola rotonda. Le loro conclusioni vengono presentate oralmente in presenza delle parti, e i periti rispondono ad eventuali domande supplementari. Se necessario, l'esito delle discussioni può anche essere messo per iscritto. Questa prassi è particolarmente indicata per le questioni di responsabilità civile legate ai trattamenti medici.

Per ulteriori informazioni:
<http://www.medimal.org/ggk/>

4.1.4 Procedura extragiudiziale in caso di presunta colpa medica

In Svizzera, è possibile ricorrere ad una procedura extragiudiziale in caso di presunta colpa medica. La Federazione dei medici svizzeri (FMH) dispone di un ufficio peritale incaricato di esaminare i presunti errori medici, sia a livello diagnostico che terapeutico. In collaborazione con le società di disciplina, essa incarica un perito quando un paziente sospetta un errore diagnostico o terapeutico che abbia causato un danno alla salute.

In queste perizie, si tratta innanzitutto di stabilire se il medico o la persona sotto la sua responsabilità abbia commesso un errore diagnostico o terapeutico (accertamento dell'errore). In caso di errore, occorre chiarire il nesso di causalità tra l'errore ed il danno alla salute rivendicato. Infine, bisogna determinare l'entità dell'eventuale danno alla salute. Questo danno deve essere descritto confrontandolo con l'evoluzione presunta dello stato di salute qualora la diagnosi e/o il trattamento fossero stati correttamente prescritti e applicati.

Conformemente al regolamento, le parti hanno la possibilità di optare per il Consiglio peritale congiunto della FMH (GGK, *Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium*) in alternativa alla procedura di perizia scritta. Il GGK della FMH è stato introdotto come progetto pilota fino al 31 dicembre 2023.

Ulteriori informazioni:

<https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/organisation/fmh-gutachterstelle.cfm>

4.2

Perizia sulle indennità giornaliere in caso di malattia e perizia sull'invalidità nell'assicurazione privata

La definizione d'invalidità è regolata, in linea di principio, dalle condizioni generali d'assicurazione (CGA). Per stabilire un diritto alle prestazioni di invalidità nelle assicurazioni private, le perizie in questo ambito non sono soggette alla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Tuttavia, le direttive del Tribunale federale possono essere applicate se le condizioni d'invalidità indicate nelle CGA corrispondono alla formulazione d'invalidità ai sensi dell'art. 8 LPGA e se le CGA fanno esplicitamente riferimento al concetto d'invalidità del diritto delle assicurazioni sociali.

Spesso, il capitale d'invalidità è stabilito in base a delle tabelle precisate nelle CGA o concordate individualmente con il contraente al momento della conclusione del contratto. In questo caso, il perito medico deve innanzitutto determinare l'entità del danno alla salute e confrontarla con la tabella fornita insieme al

mandato di perizia. Quando si effettua una perizia per l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, è importante distinguere innanzitutto se l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia rientra nel campo di applicazione della legge sull'assicurazione malattia (LAMal, diritto delle assicurazioni sociali) o nella legge sul contratto di assicurazione (LCA, diritto delle assicurazioni private). Nel caso di una perizia relativa ad un'assicurazione d'indennità giornaliera disciplinata dalla LAMal, devono essere prese in considerazione le disposizioni della LPGA.

Sia nell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia ai sensi della LAMal, sia nell'assicurazione ai sensi della LCA, il concetto d'incapacità lavorativa a causa di malattia è centrale. La definizione d'incapacità lavorativa si trova all'art. 6 LPGA, e la maggior parte delle assicurazioni private adotta questa definizione per analogia nelle loro CGA. Ai sensi dell'art. 6 LPGA, è considerata incapacità lavorativa ogni perdita, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere, nella propria professione o nel campo d'attività abituale, il lavoro che può ragionevolmente essere richiesto, e questo se tale perdita è conseguenza di un danno alla salute fisica, mentale o psichica. In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, l'attività che può essere richiesta può riguardare anche un'altra professione o un altro ambito di attività.

Dal punto di vista della medicina assicurativa, ciò significa che la perizia deve esprimere un parere, da un lato, sulla capacità lavorativa nell'occupazione finora svolta e, dall'altro, in un'attività teorica adeguata allo stato di salute. Concretamente, il perito deve determinare le limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute e questo dopo aver valutato l'insieme dei referti medici ed aver effettuato un esame approfondito comprensivo di anamnesi ed esame obiettivo, in modo da permettergli di formulare una diagnosi ed una stima dell'incapacità lavorativa.

Nell'ambito dell'assicurazione per indennità giornaliere in caso di malattia, è altresì importante stabilire se il trattamento sia adeguato (eventuale obbligo di

seguire un trattamento medico nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno) e fornire una prognosi riguardante il recupero della capacità lavorativa con il trattamento.

4.3 Perizie psichiatriche medico-legali

Dal 2014 la Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Forense (SSPF) offre, una formazione approfondita in psichiatria e psicoterapia forense. Questa formazione specifica post-laurea ha una durata di 2 anni. Essa dà diritto al titolo di specialista nel campo forense e permette agli psichiatri che l'hanno completata di realizzare in autonomia perizie e trattamenti di psichiatria forense, in particolare le psicoterapie.

La psichiatria e psicoterapia forense è un ambito della psichiatria e della psicoterapia in cui le conoscenze cliniche e scientifiche vengono applicate alle questioni giuridiche. Questo comprende la ricerca in psichiatria, la pratica clinica e l'insegnamento, operando nel quadro del diritto penale e dell'esecuzione delle pene e delle misure, nonché nell'ambito del diritto civile e del diritto assicurativo. Questo ambito richiede conoscenze e competenze professionali specifiche che vanno oltre la specializzazione in psichiatria e psicoterapia. Gli psichiatri e psicoterapeuti forensi sono specialisti in psichiatria e psicoterapia la cui attività si concentra principalmente sulle perizie e i trattamenti di psichiatria forense. Essi mettono le loro conoscenze a disposizione di altri specialisti, delle istituzioni e della popolazione, collaborando strettamente con altre discipline, in particolare con il settore giuridico.

Ulteriori informazioni:

https://www.siwf.ch/files/pdf19/forensische_psychiatrie_version_internet_f.pdf

Al termine della formazione post-laurea, i candidati devono poter dimostrare di aver eseguito almeno 20 perizie penali supervisionate e 10 perizie in altri ambiti giuridici (senza necessità di supervisione da parte di titolari di un titolo di formazione approfondita).

5 Perizia in caso di malattia psichica nel diritto della sicurezza sociale

In caso di disturbi somatoformi dolorosi così come per le malattie psichiche, la pratica della perizia medica deve rispettare precise linee guida emanate dal Tribunale federale. Una perizia medica soddisfa i requisiti giuridici se si basa su esami completi, tenendo conto dei disturbi espressi dalla persona esaminata, se è stata redatta con piena conoscenza dell'anamnesi, se la descrizione del contesto medico e la valutazione della situazione medica sono chiare e, infine, se le conclusioni sono debitamente motivate.³³

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, l'accettazione di un danno alla salute psichica ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, nonché dell'art. 3 cpv. 1 e dell'art. 6 LPGGA, presuppone una diagnosi psichiatrica stabilita a regola d'arte sulla base di un sistema di classificazione riconosciuto.³⁴ Tuttavia, una malattia psichica diagnosticata in maniera univoca da un medico specialista non è di per sé sufficiente a stabilire un'invalidità. In ogni caso specifico, deve essere dimostrata una riduzione della capacità lavorativa e se ne deve determinare l'entità, indipendentemente dalla diagnosi e, in linea di principio, senza considerare l'eziologia. Ciò che è determinante è sapere se si possa ragionevolmente esigere dalla persona assicurata che fornisca una prestazione lavorativa, una questione che deve essere risolta sulla base di prove ampiamente oggettive.³⁵

5.1 Retrospettiva sulla prassi del carattere sormontabile del disturbo

Nel 2004, il Tribunale federale ha emesso una sentenza decisiva in DTF 130 V 352, introducendo in Svizzera la pratica della cosiddetta «esigibilità» o «sormontabilità». L'elemento centrale di questa sentenza era rappresentato dall'idea che il disturbo fosse fondamentalmente sormontabile. Di conseguenza, la sormontabilità del disturbo somatoforme da dolore persistente era considerata la regola, mentre l'incapacità lavorativa o la rendita d'invalidità rappresentavano l'eccezione.

³³. DTF 134 V 231 consid. 5.1, DTF 125 V 351 consid. 3a e DTF 122 V 157 consid. 1c.

³⁴. DTF 145 V 215 consid. 5.1, 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 consid. 5.3 e consid. 6.

³⁵. DTF 145 V 215 consid. 5.3.2, 143 V 409 consid. 4.2.1, 141 V 281 consid. 3.7, 139 V 547 consid. 5.2, 127 V 294 consid. 4c; cfr. art. 7 cpv. 2 LPGGA

Il Tribunale federale ha stabilito un elenco di criteri di esclusione per i disturbi che non sarebbero superabili, basandosi su alcuni criteri di Winckler e Förster:

- Comorbidità psichica di gravità altamente rilevante, d'entità e durata significative;
- Malattie fisiche croniche concomitanti;
- Decorso cronico su diversi anni;
- Ritiro sociale;
- Beneficio primario della malattia;
- Fallimento di un trattamento ambulatoriale o ospedaliero condotto a regola d'arte, nonostante la buona collaborazione della persona assicurata.

Negli anni successivi, altre sindromi prive di patogenesi o eziologia chiare e senza deficit organici oggettivabili, spesso indicate con l'acronimo «SPECDO» o «PÄUSBONOG» in tedesco («pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlagen»), sono state sottoposte a questa pratica della superabilità (DTF 136 V 279).

5.2

La nuova giurisprudenza in materia d'indicatori

Nel 2014, lo studio legale indemnis ha incaricato Henningsen di realizzare una perizia dal punto di vista psicosomatico e psichiatrico. Conformemente alle considerazioni di Henningsen, il tribunale ha adottato la Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF) dell'OMS e l'ha applicata nella valutazione peritale. Questo approccio, a lungo richiesto da medici e giuristi, è stato integrato nella giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. linee guida medico-giuridiche per le perizie interdisciplinari, Riemer-Kafka 2018, oppure Jeger ed Ebner nei numeri 2017/2 e 2018/1 di Infoméd). La perizia di Henningsen è stata ampiamente discussa negli ambiti specializzati. Il 3 giugno 2015, con una sentenza di principio DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha abbandonato la prassi stabilita nel 2004. Al suo posto, ha introdotto una griglia di indicatori standardizzata come mezzo di prova.

Inoltre, il Tribunale federale ha esortato le società di disciplina medica ad elaborare linee guida peritali corrispondenti.

Gli indicatori si concentrano sulla gravità delle ripercussioni funzionali della malattia e sulla persistenza della disabilità in tutti gli ambiti della vita. È fondamentale presentare e discutere sia i deficit che le risorse. Una sintesi approfondita e convincente che integri questi indicatori costituisce un criterio di qualità indispensabile nella valutazione peritale.

La procedura probatoria strutturata utilizza indicatori standard per valutare la capacità lavorativa reale. Questa valutazione tiene conto di due aspetti: i vincoli esterni che influenzano la capacità e le risorse disponibili per compensare tali vincoli.³⁶ Per il riconoscimento di un'incapacità lavorativa che giustifica una rendita, è necessario dimostrare in modo chiaro e non contraddittorio, secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante, che le conseguenze della malattia sulla capacità funzionale sono provate medicalmente nel caso in questione. Questa prova deve basarsi sugli indicatori standard. Se questa prova manca, la persona assicurata, a cui spetta l'onere della prova, deve assumersi le conseguenze di tale mancanza.³⁷ I periti medici (in ambito psichiatrico in base alla giurisprudenza attuale) e gli organi incaricati dell'applicazione del diritto devono quindi obbligatoriamente seguire le direttive normative, ossia gli indicatori standard, quando valutano la capacità funzionale.³⁸

Secondo la DTF 141 V 281, consid. 4.3.1, in caso d'affezioni psicosomatiche, per valutare la capacità lavorativa, è necessario utilizzare gli indicatori standard. Il Tribunale federale ha stabilito una procedura probatoria strutturata come segue:

- Categoria «Gravità funzionale» (consid. 4.3)
 - Complesso «Danno alla salute» (consid. 4.3.1)
 - Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi (consid. 4.3.1.1)

³⁶. DTF 141 V 281 consid. 2, consid. 3.4-3.6 e 4.1.

³⁷. DTF 141 V 281 consid. 6; cfr. DTF 144 V 50 consid. 4.3.

³⁸. Le persone incaricate dell'applicazione del diritto esaminano liberamente i dati medici, in particolare per verificare se i medici hanno rispettato le condizioni quadro normative di riferimento. Da un punto di vista giuridico, si tratta di stabilire se e in che misura le osservazioni mediche consentano di concludere, sulla base degli indicatori giuridicamente rilevanti, che esiste un'incapacità lavorativa, così come è stata valutata in modo definitivo dal perito medico o dall'insieme dei periti sul piano medico-psichiatrico.

- Successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione (consid. 4.3.1.2)
- Comorbidità (consid. 4.3.1.3)
- Complesso «Personalità» (diagnosi della personalità, risorse personali; consid. 4.3.2)
- Complesso «Contesto sociale» (consid. 4.3.3)
- Categoria «Coerenza» (aspetti del comportamento; consid. 4.4)
 - Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili (consid. 4.4.1)
 - Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione (consid. 4.4.2)

La valutazione della coerenza comportamentale è un elemento decisivo per la valutazione probatoria.³⁹ In DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha esteso la sua giurisprudenza a tutti i disturbi psichici. Da allora, tutte le malattie psichiche devono essere sottoposte alla procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 per la valutazione della capacità lavorativa.⁴⁰

Le conseguenze di una recente sentenza (DTF 148 V 49) del Tribunale federale non sono ancora chiare. In questa sentenza, il Tribunale federale ha precisato: «Un disturbo depressivo di grado leggero fino a medio senza interferenza notevole con una comorbidità psichiatrica non può essere generalmente definito come una malattia psichica grave. Se al riguardo dovesse esserci inoltre un potenziale terapeutico significativo, ne risulta che è messo in discussione in modo particolare anche il carattere durevole del danno alla salute. In tale eventualità devono essere adempiute importanti ragioni perché si possa concludere comunque a una malattia invalidante. Se, in questa costellazione, gli specialisti in psichiatria attestano senza spiegazione concludente (eventualmente in seguito a una domanda) una diminuzione considerevole della capacità lavorativa malgrado l'assenza di un disturbo psichico grave, l'assicuratore o il tribunale dispongono di un motivo per negare la valenza giuridica alla valutazione medico-psichiatrica dell'impatto.»

³⁹. DTF 141 V 281 consid. 4.4; v. DTF 8C_604/2017 consid. 7.4 del 15.03.2018.

⁴⁰. DTF 141 V 281, consid. 6 e 7, cambiamento di giurisprudenza; cfr. DTF 143 V 409 consid. 4.5.2, in particolare per quanto riguarda le depressioni lievi a moderate.

6 Temi specifici del diritto dell'assicurazione infortuni

Dal punto di vista della perizia, è importante considerare le seguenti spiegazioni del Tribunale federale: «I periti devono collegare tutti gli elementi noti (estratto del fascicolo, anamnesi, risultati, diagnosi, ecc.) facendo riferimento in dettaglio ai risultati medico-psichiatrici raccolti e al proprio esame clinico, e condurre un'esplorazione professionale che rientra nel loro ambito di competenza. Il medico deve dunque esporre in dettaglio le ragioni medico-psichiatriche per cui i risultati ottenuti sono suscettibili di ridurre le capacità funzionali e le risorse psichiche, in termini qualitativi, quantitativi e temporali. Prendendo l'esempio delle evoluzioni depressive ricorrenti di grado leggero a medio, frequentemente riscontrate nelle valutazioni per il diritto all'invalidità secondo l'AI, la persona interessata non può essere considerata invalida. Non è sufficiente che il perito psichiatrico deduca dall'evento depressivo diagnosticato l'esistenza di un'incapacità lavorativa, indipendentemente dal suo grado; deve ancora dimostrare, sulla base dei propri accertamenti (tristezza, disperazione, mancanza di motivazione, stanchezza, difficoltà di concentrazione e di attenzione, capacità d'adattamento ridotta, ecc.), in che misura la capacità lavorativa sia ridotta sul piano professionale. A fini di confronto, di coerenza e di controllo, devono essere prese in considerazione anche le altre attività personali, familiari e sociali della persona esaminata nell'ottica del diritto ad una rendita. Se i periti svolgono questo compito in modo convincente, tenendo conto degli indicatori standard ai sensi della DTF 141 V 281, la valutazione medico-psichiatrica e le sue conseguenze sul piano della capacità funzionale saranno valide anche dal punto di vista giuridico per l'organo decisionale o il tribunale».

6.1

Lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio

La revisione della legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), entrata in vigore il 1° gennaio 2017, ha modificato in particolare il trattamento di alcune lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio. Da allora, per le lesioni elencate all'art. 6 cpv. 2 LAINF, l'assicuratore contro gli infortuni è obbligato a fornire prestazioni a meno che non dimostri, con una prova liberatoria, che tali lesioni sono dovute prevalentemente a usura o malattia. Inoltre, la concessione di prestazioni sulla base dell'art. 6 cpv. 2 LAINF non richiede più che il carattere straordinario del fattore esterno sia soddisfatto, purché gli altri elementi costitutivi dell'infortunio sussistano (art. 4 LPGa). Il semplice fatto che si tratti di una lesione corporale inclusa nell'elenco previsto dall'art. 6 cpv. 2 LAINF è sufficiente per presumere che si tratti di una lesione parificabile ai postumi d'infortunio e che debba perciò essere coperta dall'assicuratore contro gli infortuni.

Le lesioni elencate all'art. 6 cpv. 2 LAINF sono quelle che, per loro natura, risultano generalmente da una forza o sollecitazione fisica e che, di norma, non possono essere chiaramente attribuite a cause degenerative o patologiche.⁴¹ In una sentenza di principio, il Tribunale federale ha chiarito l'applicazione di queste disposizioni. Quando è riconosciuto un infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGa e l'assicurato soffre di una lesione elencata all'art. 6 cpv. 2 LAINF, l'assicuratore contro gli infortuni deve farsi carico delle conseguenze sulla base dell'art. 6 cpv. 1 LAINF.⁴² Invece, in assenza di un infortunio in senso giuridico, il caso deve essere esaminato conformemente all'art. 6 cpv. 2 LAINF.

Perché una lesione inclusa nell'elenco sia coperta dall'assicurazione infortuni, essa deve derivare principalmente da un trauma in senso medico.⁴³ La questione di un evento iniziale riconoscibile e identificabile rimane sempre rilevante. Se l'assicurazione infortuni intende negare il proprio obbligo di erogare prestazioni in relazione ad una lesione inclusa nell'elenco di cui all'art. 6 cpv. 2 LAINF, deve provare che la causa è dovuta prevalentemente all'usura o ad una malattia. L'obbligo dell'assicurazione infortuni di versare prestazioni sussiste solo se la lesione dell'elenco rappresenta il riscontro principale.⁴⁴

⁴¹. Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Kommentar, Commento dell'art. 6 LAINF, n. 6.

⁴². DTF 146 V 51 consid. 9.1 segg.

⁴³. Nabold, Kommentar UVG, Commento dell'art. 6 LAINF, n. 45.

⁴⁴. DTF 116 V 152 consid. 4d.

In presenza di una diagnosi figurante nell'elenco, l'onere della prova è invertito. Spetta all'assicurazione infortuni dimostrare che la lesione è causata principalmente dall'usura o da una malattia preesistente. La questione centrale diventa allora determinare se si possa provare o escludere, secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante, che la lesione derivi dall'aggravamento di una malattia preesistente o da un processo degenerativo. L'assicuratore contro gli infortuni può essere esonerato dall'obbligo di prestazione solo se fornisce la prova di un'alterazione significativa dello stato di salute dovuta prevalentemente a fattori degenerativi o patologici.⁴⁵

Pertanto, secondo il Tribunale federale (traduzione letterale): «mentre in caso di infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA, l'obbligo dell'assicurazione infortuni di erogare prestazioni termina solo quando l'infortunio non costituisce più una causa parziale, anche minima, delle lesioni corporee, l'assicuratore contro gli infortuni è liberato dal suo obbligo di prestazione nel caso di una lesione di tipo infortunistico se quest'ultima è attribuibile per oltre il 50% ad un'usura o ad una malattia.»⁴⁶

Il Tribunale federale ha chiarito la questione della componente causale in relazione ad una lesione corporea compresa nell'elenco.⁴⁷ Quest'ultimo ha inoltre ricordato che il termine «preponderante» viene utilizzato anche nell'ambito del riconoscimento delle malattie professionali (art. 9 cpv. 1 LAINF).⁴⁸ Secondo la giurisprudenza in materia, una causa «preponderante» di malattia dovuta a sostanze nocive o a determinati lavori è considerata tale solo se pesa più di tutte le altre cause presenti, ovvero se rappresenta oltre il 50% dell'insieme delle cause.⁴⁹ Pertanto, la mera possibilità di una lesione degenerativa o patologica non è sufficiente a soddisfare i requisiti probatori. La prova della patogenesi principalmente patologica o degenerativa della lesione inclusa nell'elenco è fornita quando vi sono più indicatori a favore di una patologia degenerativa o patologica rispetto alla patogenesi traumatica.⁵⁰ Non vi è alcuna ragione per interpretare diversamente questa nozione nell'applicazione dell'art. 6 cpv. 2 LAINF.

⁴⁵. Evalotta Samuelsson, Nuova regolamentazione sulle lesioni corporali di tipo infortunistico: SZS 2018, 358.

⁴⁶. DTF 146 V 51 consid. 8.5.

⁴⁷. DTF 146 V 51.

⁴⁸. Samuelsson, 348.

⁴⁹. DTF 119 V 200 consid. 2a e riferimenti.

⁵⁰. Samuelsson, 356, e altri riferimenti, tra cui: DTF 133 III 321 consid. 3.3; Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Kommentar, Commento dell'art. 6 LAINF, n. 6 segg.

Si ritiene che l'assicuratore contro gli infortuni abbia fornito la prova contraria quando dimostra che la diagnosi indicata nell'elenco è attribuibile per oltre il 50% a usura o malattia. Per dimostrare tale prova, l'assicuratore deve basarsi su valutazioni mediche probanti. Queste valutazioni devono ponderare i vari indizi a favore o contro l'usura o la malattia da un punto di vista medico.

L'assicuratore deve dimostrare, secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante, che la lesione in questione è dovuta per la maggior parte (più del 50%) a usura o malattia, considerando tutti i fattori in causa.⁵¹ L'assicurazione infortuni è liberata dall'obbligo di erogare prestazioni quando la lesione è dovuta per oltre il 50% a usura o malattia. Se questa percentuale è inferiore al 50%, l'assicurazione infortuni è tenuta a fornire prestazioni. Per negare il diritto all'indennità, è necessario che dall'insieme degli elementi emerga una causa prevalentemente degenerativa o patologica. Un singolo elemento isolato non è sufficiente per escludere la lesione che rientra nell'elenco di cui all'art. 6 cpv. 2 LAINF. È inoltre importante distinguere l'onere della prova nei diversi contesti. In caso di infortunio ai sensi dell'art. 4 LPGA, spetta alla persona assicurata provare di essere stata effettivamente vittima di un incidente. Al contrario, per una lesione elencata nell'art. 6 cpv. 2 LAINF, spetta all'assicurazione infortuni dimostrare che non è competente in materia, ossia che il danno è dovuto in prevalenza a usura o malattia.

6.2 Malattie professionali (MP)

In Svizzera, l'art. 9 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) prevede due categorie di malattie professionali.

La prima categoria comprende le malattie sovvenute nel quadro di un'attività professionale causate esclusivamente o prevalentemente, da sostanze nocive o a determinati lavori (art. 9 cpv. 1 LAINF). Le sostanze e lavori, come pure le malattie provocate da quest'ultimi, sono elencati in modo esaustivo nell'allegato 1 dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF).

⁵¹. DTF 146 V 51 consid. 8.2.2.1.

Affinché una malattia sia riconosciuta come professionale in questa categoria, è necessario stabilire un nesso di causalità il minimo del 50% tra il danno alla salute e l'esposizione professionale (sostanza nociva o lavoro specifico). In altre parole, l'attività professionale deve essere responsabile della malattia per più del 50%. In questo contesto, il perito medico deve effettuare un'analisi dettagliata delle circostanze ed evidenziare gli elementi che consentono di concludere che la suddetta causalità supera la soglia del 50%.

La seconda categoria riguarda le altre malattie per le quali è provato che siano state causate esclusivamente o in modo nettamente preponderante (almeno il 75%) dall'esercizio dell'attività professionale (art. 9 cpv. 2 LAINF).

Il riconoscimento di queste malattie richiede non solo prove cliniche, ma anche solidi dati epidemiologici. Questi ultimi devono dimostrare che la malattia in questione è almeno quattro volte più frequente nel gruppo professionale e nella fascia d'età interessati rispetto alla popolazione generale.

6.3 Menomazione dell'integrità

L'indennità per menomazione dell'integrità è una compensazione finanziaria volta a risarcire le persone che hanno subito un danno alla salute. Questo concetto si ispira alla nozione di riparazione del danno morale presente nel diritto della responsabilità civile. Nel sistema svizzero delle assicurazioni sociali, tale indennità è prevista da due leggi: la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e la legge federale sull'assicurazione militare (LAM). Nell'ambito della legge sull'assicurazione contro gli infortuni, l'assicurato ha diritto ad un'indennità equa per menomazione dell'integrità se, a seguito di un infortunio, soffre di una menomazione importante e duratura alla propria integrità fisica, mentale o psichica (art. 24 cpv. 1 LAINF).

L'importo dell'indennità è calcolato in percentuale sull'importo massimo del guadagno annuo assicurato in vigore al momento dell'infortunio. Dal 1° gennaio 2016, tale guadagno massimo assicurato è fissato a CHF 148'200. L'allegato

3 dell'OAINF prevede la seguente tabella per il calcolo dell'indennità per menomazione dell'integrità:

	%		%
Perdita di almeno due falangi di un dito o di una falange del pollice	5	Perdita di una gamba all'altezza del ginocchio	40
Perdita totale di un pollice	20	Perdita di una gamba sopra il ginocchio	50
Perdita di una mano	40	Perdita di un padiglione auricolare	10
Perdita di un braccio all'altezza del gomito o al di sopra	50	Perdita del naso	30
Perdita di un alluce	5	Scotennatura	30
Perdita di un piede	30	Deturpazione molto grave del viso	50
Perdita di un rene	20	Compromissione grave della funzione masticatoria	25
Perdita della milza	10	Compromissione molto grave e dolorosa della funzione della colonna vertebrale	50
Perdita degli organi genitali o della capacità di riproduzione	40	Paraplegia	90
Perdita dell'olfatto o del gusto	15	Tetraplegia	100
Sordità completa di un orecchio	15	Compromissione molto grave della funzione polmonare	80
Perdita della facoltà visiva di un occhio	30	Compromissione molto grave della funzione renale concentrazione	80

Perdita totale della facoltà visiva	100	Epilessia post-traumatica con crisi o sotto medicinali senza crisi	30
Lussazione recidivante della spalla	10	Dislalia organica molto grave, sindrome motorica o psico-organica molto grave	80

La Suva ha effettuato un perfezionamento di queste tabelle nelle tabelle Suva relative all'indennità per menomazione dell'integrità. (<https://www.suva.ch/fr-ch/download>).

Occorre notare che il tasso di menomazione dell'integrità è limitato al 100%, indipendentemente dal numero o dalla gravità dei danni subiti. In presenza di più danni, è necessaria una valutazione complessiva. Tale valutazione comporta una ponderazione delle diverse menomazioni per determinare una percentuale totale, che non può superare il 100%.

Nell'assicurazione militare, se l'assicurato subisce un danno rilevante e duraturo alla propria integrità fisica, mentale o psichica, ha diritto ad una rendita per menomazione dell'integrità (art. 48 cpv. 1 LAM). La gravità della menomazione dell'integrità viene determinata equamente tenendo conto di tutte le circostanze (art. 49 cpv. 1 LAM).

Per esaminare e valutare una menomazione dell'integrità, devono essere soddisfatte le tre condizioni seguenti: responsabilità dell'assicurazione militare, carattere duraturo e stabilizzazione dello stato di salute. Una menomazione è considerata duratura quando è suscettibile di persistere per tutta la vita. Lo stato di salute è considerato stabile quando il trattamento medico è concluso o quando non si può più attendere un miglioramento significativo dalla sua prosecuzione. La prima condizione deve essere verificata dalla persona responsabile della gestione del dossier assicurativo, mentre le altre due sono di competenza del medico.

Per garantire un trattamento equo dei casi, l'assicurazione militare ha stabilito dei valori di riferimento che riflettono la natura e la gravità dei principali tipi di menomazioni. Il perito deve valutare se il caso specifico corrisponde a questi valori di riferimento o se è più o meno grave, tenendo conto degli handicap e degli svantaggi specifici nella vita quotidiana della persona assicurata. Tutte le circostanze del caso specifico sono quindi prese in considerazione, basandosi su valori di riferimento e casi comparativi di disturbi, handicap (limitazioni nelle attività quotidiane) e svantaggi (limitazioni nella partecipazione alla vita in società).

I valori di riferimento per la valutazione della menomazione dell'integrità nell'assicurazione militare derivano dall'art. 49 cpv. 2 LAM. Secondo questa disposizione, la perdita totale di una funzione vitale, come l'udito o la vista, corrisponde a una menomazione dell'integrità del 50%.

Un danno è considerato significativo ai sensi della legge quando i disturbi e gli handicap sono quotidiani, ovvero se non sono solo episodici o intermittenti o se non si verificano solo in presenza di determinate sollecitazioni, e quando, inoltre, hanno ripercussioni negative sulla vita in generale. Il danno deve corrispondere almeno ad un ventesimo della perdita totale di una funzione vitale, come l'udito o la vista (2,5%). La valutazione viene effettuata con incrementi del 2,5%.

I valori di riferimento nell'assicurazione militare sono generalmente la metà rispetto a quelli previsti nell'assicurazione infortuni. Ad esempio, mentre la perdita totale della vista corrisponde ad una menomazione dell'integrità del 100% nell'assicurazione infortuni, nell'assicurazione militare è valutata al 50%.

6.4 Perizia in caso di sequele psichiche di un infortunio e di distorsioni della colonna cervicale (note come «colpo di frusta»)

Osservazione preliminare: la presente sezione tratta il concetto di causalità adeguata. È importante ricordare che la valutazione di questo legame è di com-

petenza esclusiva dei giuristi e non dei periti medici. Sebbene questa analisi giuridica non rientri nelle responsabilità del perito, una conoscenza di base di tale concetto può rivelarsi utile per comprendere il contesto più ampio in cui si inserisce la perizia medica.

Il diritto a prestazioni dell'assicurazione infortuni presuppone l'esistenza di un legame di causalità adeguata tra l'incidente ed il danno alla salute. La causalità è adeguata se, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, il fatto in questione sarebbe idoneo a provocare un risultato simile a quello verificatosi, l'insorgenza di tale risultato apparendo quindi come generalmente favorita da tale circostanza.⁵²

Nel contesto di un infortunio, l'accertamento del nesso di causalità adeguata segue regole specifiche. Quando vengono riscontrate modifiche strutturali organiche oggettivamente verificabili e viene stabilito un nesso di causalità naturale, il nesso di causalità adeguata è generalmente riconosciuto senza difficoltà. Tuttavia, la situazione è più complessa quando i sintomi conseguenti ad un infortunio non sono oggettivabili dal punto di vista organico, così come nei casi di disturbi psichici conseguenti ad un infortunio. Per gestire queste situazioni in modo equo, il Tribunale federale ha sviluppato un approccio specifico, denominata «pratica psico-giuridica» («Psycho-Praxis» in tedesco).⁵³ Nell'ambito di questa pratica, il Tribunale federale ha stabilito una classificazione degli infortuni in tre categorie: lievi, medi e gravi.

È importante sottolineare che questo approccio giurisprudenziale relativo alla causalità adeguata è specifico al settore delle assicurazioni sociali. Non viene utilizzato nell'ambito della responsabilità civile, dove la valutazione della causalità adeguata segue principi distinti.

Il nesso di causalità adeguata viene valutato in modo diverso a seconda della gravità dell'infortunio. Per gli infortuni considerati insignificanti o di scarsa gravità, come una banale caduta o una caduta dalla propria altezza, l'esistenza di un nesso di causalità adeguata con disturbi psichici deve, di regola, essere nega-

ta sin dall'inizio. Al contrario, in caso di un infortunio grave, si ammette generalmente l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento e i disturbi psichici che potrebbero derivarne.

In presenza di un infortunio di gravità media, la giurisprudenza ha stabilito sette criteri:

- Circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o carattere particolarmente impressionante dell'infortunio;
- Gravità o natura particolare delle lesioni fisiche, tenendo conto in particolare del fatto che, secondo l'esperienza, queste sono idonee a causare disturbi psichici;
- Durata eccezionalmente lunga del trattamento medico;
- Dolore fisico persistente;
- Errori nel trattamento medico che comportano un aggravamento rilevante delle conseguenze dell'infortunio;
- Difficoltà emerse durante la guarigione e complicazioni importanti;
- Grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche.

Non è necessario che tutti questi criteri siano soddisfatti affinché la causalità adeguata venga riconosciuta. Anche uno solo di essi può essere sufficiente, in particolare se ci si trova al limite della categoria degli infortuni gravi. Al contrario, in presenza di un infortunio che si colloca al limite della categoria degli infortuni di scarsa gravità, le circostanze da prendere in considerazione devono sommersi o assumere un'intensità particolare affinché il carattere adeguato del nesso di causalità possa essere riconosciuto.

Per quanto riguarda le distorsioni della colonna cervicale, il Tribunale federale ha stabilito in DTF 117 V 359 una giurisprudenza specifica (la pratica nota come «colpo di frusta» o «Schleudertrauma-Praxis» in tedesco). L'esame viene effettuato sulla base di criteri specifici che non fanno distinzione tra gli aspetti fisici e psichici delle menomazioni e questo quando i sintomi attribuibili in modo credibile al quadro clinico tipico (mal di testa diffusi, vertigini, problemi di concentrazione e di memoria, nausea, affaticamento, disturbi della vista, irritabilità,

⁵². DTF 148 V 356 consid. 3; 139 V 156 consid. 8.4.2; 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5.

⁵³. DTF 115 V 133.

7 Ruolo dei tribunali e degli assicuratori per la perizia

depressione, modificazione del carattere, ecc.) sono predominanti. Successivamente, questa pratica è stata progressivamente inasprita. Nella sentenza DTF 119 V 325, il Tribunale federale ha aggiunto un requisito supplementare: la distorsione cervicale deve essere corroborata da dati medici affidabili per essere riconosciuta.

La sentenza DTF 134 V 109 del 2008 ha segnato un punto di svolta nella valutazione della causalità adeguata per gli infortuni di tipo «colpo di frusta». Per decidere l'esistenza o meno di un nesso di causalità adeguata in caso di infortunio di tipo «colpo di frusta», è necessario ragionare, per analogia, con la giurisprudenza in materia di disturbi psichici ed effettuare una classificazione degli infortuni in base al loro grado di gravità e applicare criteri oggettivi analoghi. L'esame dei criteri viene tuttavia effettuato senza fare distinzione tra le componenti fisiche e psichiche. Questi criteri, di cui il Tribunale ha riconosciuto il carattere esaustivo, sono formulati nel seguente modo:

- Circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o carattere particolarmente impressionante dell'infortunio;
- Gravità o natura particolare delle lesioni fisiche;
- Somministrazione prolungata di un trattamento medico specifico e gravoso;
- Intensità dei dolori;
- Errori nel trattamento medico che comportano un aggravamento rilevante delle conseguenze dell'infortunio;
- Difficoltà emerse durante la guarigione e complicazioni importanti;
- Importanza dell'incapacità lavorativa nonostante gli sforzi riconoscibili dell'assicurato.

Il Tribunale federale ha esteso l'applicazione della sua giurisprudenza, sviluppata nell'ambito dell'assicurazione invalidità per i disturbi somatoformi dolorosi e i disturbi psichici (indicatori standard), al settore dell'assicurazione infortuni. Questa estensione riguarda in particolare i casi di sindrome senza patogenesi né eziologia chiare e senza riscontro di deficit organico. In concreto, ciò significa che gli indicatori standard utilizzati per valutare il diritto nell'assicurazione invalidità sono anch'essi applicabili, per analogia, durante l'esame del diritto alle prestazioni nell'ambito dell'assicurazione infortuni (DTF 141 V 574 consid. 5.2).⁵⁴

54. DTF 125 V 456.

7.1

Attribuzione dei mandati di perizie mediche in Svizzera

Nel sistema delle assicurazioni sociali svizzere, la responsabilità primaria di richiedere le perizie incombe agli assicuratori stessi. Questa prassi deriva dal principio dell'istruttoria, secondo cui gli assicuratori hanno il dovere di chiarire d'ufficio i fatti rilevanti per ogni caso (art. 43 LPG). Tuttavia, quando i fatti non sono stati sufficientemente chiariti, il tribunale dispone in linea di principio di due opzioni: rinviare il caso all'assicuratore per un complemento di istruttoria oppure svolgere in proprio tali indagini. In questo secondo caso, può essere necessaria una perizia giudiziaria, in particolare quando i dati raccolti dall'amministrazione durante l'istruttoria non presentano un valore probatorio sufficiente su dei punti decisivi del dossier (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.5).

Quando un assicuratore richiede una perizia ad un perito indipendente nell'ambito delle misure di istruttoria medica, deve, conformemente all'art. 44 LPG, comunicare il nome del perito alle parti. Queste ultime dispongono di un termine di 10 giorni per ricusare il perito per motivi validi e presentare delle controproposte. Il Tribunale federale riconosce in linea di principio come motivi di ricazione quelli di natura formale. Tra questi figurano, in particolare, l'interesse personale del perito nella causa, il fatto che il perito abbia agito nella causa con un altro ruolo (membro di un'autorità, consulente di una parte, perito o testimone), il fatto di essere parente o affine in linea diretta o, fino al terzo grado, in linea collaterale con una parte, il suo mandatario o una persona che abbia agito nella stessa causa come membro dell'autorità precedente, nonché il fatto di essere legato ad una parte o al suo mandatario da matrimonio, fidanzamento, unione registrata o adozione. Al contrario, i motivi di natura materiale, come la specializzazione professionale o la competenza, devono di norma essere trattati nell'ambito dell'apprezzamento delle prove (DTF 132 V 93 consid. 6.5).

Nell'ambito dell'assicurazione invalidità, l'attribuzione delle perizie bi- e pluridisciplinari è soggetta ad una regolamentazione rigorosa. Queste perizie devono essere affidate in modo casuale a centri peritali che abbiano stipulato una convenzione con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (art. 72bis OAI). Questo

processo di attribuzione avviene tramite la piattaforma internet «SuisseMED@P». Oltre a tutte le modalità di attribuzione che prevede, la convenzione stabilisce anche la garanzia della qualità e la tariffazione. **Nell'ambito dell'AI, l'attribuzione diretta delle perizie è possibile solo per le perizie monodisciplinari.**

Nel 2007, la Suva ha istituito un «ufficio centrale di clearing per le perizie». Questa iniziativa rientra nel ruolo particolare della Suva quale principale assicuratore contro gli infortuni in Svizzera, beneficiando di un monopolio parziale, in particolare nei settori dell'edilizia e dell'industria.

Questo ufficio centralizzato assegna mandati di perizie mediche a periti esterni per conto dei gestori dell'assicurazione e ne supporta l'esecuzione sul piano amministrativo. La rete di periti si è ampliata continuamente e comprende sia periti individuali che centri peritali.

In caso d'attribuzione diretta della perizia, devono essere rispettati i diritti di partecipazione dell'assicurato, ossia coinvolgerlo nella scelta del perito, il che implica, in caso di disaccordo, una decisione incidentale impugnabile davanti al tribunale cantonale (art. 44 cpv. 4 LPG). Durante l'esecuzione della perizia, l'assicuratore sottopone alla persona assicurata le domande che intende porre ai periti e le segnala la possibilità di presentare per iscritto ulteriori domande (art. 44 cpv. 3 LPG).

Nel campo dell'assicurazione privata, non esistono diritti di attribuzione definiti, ma gli assicuratori sono soliti coinvolgere le persone assicurate nella scelta del perito e nelle questioni relative allo stesso, al fine di accelerare il processo.

Fino ad ora, gli assicuratori privati hanno sempre rifiutato un servizio centrale di attribuzione o un centro di attribuzione per i mandati di perizia. Tuttavia, i criteri di attribuzione rivestono qui un'importanza minore rispetto al diritto delle assicurazioni sociali, poiché una perizia richiesta da un'assicurazione privata è considerata solo come un'allegazione di parte.

Nel contesto delle perizie giudiziarie, i tribunali godono di completa autonomia. I giudici hanno piena discrezionalità nella selezione dei periti che ritengono più appropriati per ogni caso. Hanno inoltre totale libertà nella formulazione delle domande da porre ai periti.

7.2 Gerarchia del valore probatorio delle perizie

Non esiste una regola rigida su come devono essere valutati i diversi mezzi di prova, ma si applica il principio del libero apprezzamento delle prove. Di conseguenza, gli assicuratori e i tribunali devono valutare le prove liberamente, ovvero senza essere vincolati da regole formali in materia di prova, in modo completo e conforme ai loro obblighi. Il giudice deve esaminare oggettivamente, in modo completo e rigoroso, tutti i mezzi di prova disponibili e poi decidere se essi consentano di emettere una sentenza valida sul diritto in controversia.

Successivamente, decide se i documenti disponibili permettono un apprezzamento affidabile della decisione contestata. In particolare, in caso di referti medici contrastanti, il giudice non può risolvere la questione senza indicare le ragioni per cui si basa su un'opinione piuttosto che su un'altra. Per quanto riguarda il valore probatorio di un referto medico, ciò che è determinante è che i punti controversi siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il referto si basi su esami completi, che prenda in considerazione anche le lamentele espresse dalla persona esaminata, che sia stato redatto con piena conoscenza dell'anamnesi, che la descrizione del contesto medico e la valutazione della situazione medica siano chiare, ed infine, che le conclusioni del medico di fiducia siano debitamente motivate. Il Tribunale federale ha adottato una posizione ponderata riguardo all'apprezzamento delle prove. Pur riconoscendo il principio fondamentale del libero apprezzamento delle prove, ammette la possibilità di stabilire dei criteri specifici per valutare il valore probatorio degli elementi presentati.

Il Tribunale federale ha stabilito delle linee guida per quanto riguarda il modo di valutare alcuni tipi di prove mediche in base alla persona o all'organo da cui provengono, senza però creare una gerarchia rigida tra i diversi mezzi di prova disponibili. In cima a questa gerarchia si trova la perizia medica giudiziaria, seguita dalla perizia esterna, dalle opinioni interne dell'assicuratore e dalla perizia privata. All'ultimo posto, l'opinione del medico curante si vede attribuita un valore probatorio molto limitato e serve, al massimo, a sollevare dei dubbi sulle altre documentazioni mediche.

Le linee guida attribuiscono un valore probatorio più elevato alle perizie giudiziarie rispetto alle perizie amministrative. Questo si spiega principalmente dal fatto che il perito giudiziario, a differenza del perito nominato dall'assicuratore sociale, è soggetto all'art. 307 CP.

La perizia amministrativa, realizzata su mandato ai sensi dell'art. 44 LPG, si vede conferire dal Tribunale federale un valore probatorio superiore a qualsiasi altro documento medico contenuto nel dossier della persona assicurata, a meno che una perizia giudiziaria giunga a conclusioni diverse o in presenza di vizi tali da renderne il valore probatorio nullo. L'amministrazione o il giudice non possono escludere una perizia amministrativa finché non vi sono indizi concreti che mettano in dubbio la sua fondatezza.

È essenziale adottare un approccio ponderato nella valutazione di alcune categorie di referti medici. Si raccomanda particolare prudenza nei confronti delle valutazioni interne alle assicurazioni, delle perizie commissionate dalle parti e delle valutazioni effettuate dai medici curanti, siano essi medici generici o specialisti. Questa riserva si spiega con il potenziale rischio di parzialità, che è particolarmente elevato nel caso dei medici curanti. Difatti, è spesso difficile per un medico passare dal ruolo di curante a quello di valutatore obiettivo. La relazione di fiducia stabilita con il paziente può influenzare il medico, rendendolo meno incline a mettere in discussione i disturbi espressi in un contesto terapeutico.

Se è vero che la particolare relazione di fiducia che lega un paziente al suo medico curante può influenzare l'oggettività o l'imparzialità di quest'ultimo, ciò non giustifica tuttavia di per sé l'esclusione di tutti i pareri provenienti dai medici curanti. Quando il medico curante adotta una posizione neutra, distinta dal suo ruolo terapeutico, la sua valutazione non può essere semplicemente ignorata. In particolare, quando le valutazioni sono condotte in modo meticoloso e ben argomentate, senza limitarsi a riprendere senza spirito critico le lamentele del paziente, il tribunale deve procedere ad una valutazione completa. Quest'ultimo deve ponderare attentamente i pro e i contro prima di decidere se sia giustificato escludere tali valutazioni esclusivamente a causa del loro valore probatorio teoricamente inferiore.

Affinché il referto peritale redatto dai periti medici assicurativi abbia il peso necessario nell'apprezzamento delle prove, questo dovrebbe essere accompagnato da un dossier completo che sia stato letto e riassunto all'inizio della perizia.

Il perito medico deve inoltre fornire un elenco dei documenti che ha ricevuto dal committente e fare riferimento a questi ultimi nelle sue conclusioni, in modo individuale e concreto, e dedurre da essi i fatti ed il suo apprezzamento. Allo stesso modo, la persona incaricata della perizia dovrebbe poter fare riferimento nelle sue conclusioni a studi, letteratura medica e linee guida. In questo modo, il perito può fornire la prova con una documentazione completa della situazione del paziente.

Una perizia esterna può avere pieno valore probatorio in una procedura civile se è stata richiesta da un'autorità in un'altra procedura e se è stato rispettato il diritto di essere sentiti (cfr. DTF 140 III 24 consid. 3.3.1.3):

«La ricorrente non sostiene che la perizia del Servizio di accertamento medico dell'AI non sarebbe appropriata per essere considerata una perizia giudiziaria ai sensi degli artt. 183 segg. CPC in un eventuale processo principale. La dot-

8 Bibliografia

trina ritiene – a ragione – che il giudice civile possa utilizzare come perizia giudiziaria una perizia commissionata da un'altra autorità e svolta nell'ambito di un'altra procedura (ad es., una perizia stradale richiesta nell'ambito di un procedimento penale o una perizia medica disposta da un ente d'assicurazione sociale). Il valore probatorio di tali perizie esterne non è messo in discussione dal fatto che alle parti debba essere garantito il diritto di essere sentite al riguardo nel processo principale. Questo diritto include non solo la possibilità di esprimersi sul contenuto della perizia esterna (art. 187 cpv. 4 CPC), ma anche quella di pronunciarsi successivamente sulla persona del perito (art. 183 cpv. 2 CPC) e di porre domande complementari (art. 185 cpv. 2 CPC) (...). Le perizie esterne sono dunque altrettanto probatorie di quelle disposte direttamente dal giudice civile, il loro valore probatorio essendo, ovviamente, soggetto al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 157 CPC). Una nuova perizia può essere ordinata sulle medesime questioni se le constatazioni e le conclusioni di una perizia esterna non reggono ad una valutazione critica (...).

Per approfondire il tema della garanzia di qualità nelle perizie, rimandiamo ai seguenti articoli, che possono essere utilizzati come base strutturale per la redazione di una perizia:

[L'utilisation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé \(CIF\) dans l'expertise somatique \(2e partie\)](#)

Jörg Jeger

Fonte: MEDINFO 2018/1

[CIF et expertise en psychiatrie - un exemple pratique](#)

Gerhard Ebner

Fonte: MEDINFO 2018/1

Assurance qualité dans l'expertise médicale des assurances

Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andreas Klipstein / Marc Oliver Koch / Hans Rudolf Stöckli

Fonte: [Bulletin des médecins suisses 2021;102\(1920\):655-656](#)

Lignes directrices pour l'évaluation du consensus lors d'expertises bi-et polydisciplinaires dans la médecine des assurances

Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andras Klipstein / Marc Oliver Koch

Fonte: [SZS cahier n° 3 2021 p. 132](#)

Si veda anche:

Points chauds de la pratique de l'expertise en médecine des assurances

Iris Herzog Zwitter

Fonte: [in Jusletter 30 août 2021 jusletter.weblaw.ch](#)

Letteratura e sentenze in medicina assicurativa:

<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools>



Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
Tel +41 (0)41 748 07 30
info@swiss-insurance-medicine.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Publicato da Swiss Insurance Medicine (SIM),
gruppo dei giuristi SIM
Quinta edizione, rivista e aggiornata dai
responsabili della formazione SIM (2026)

ISBN 978-3-907219-08-9 (PDF)