

TI_GERICHTE 35.2012.15 vom 13. März 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-03-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2012.15

FR: TI_GERICHTE 35.2012.15 du 13 mars 2013

IT: TI_GERICHTE 35.2012.15 del 13 marzo 2013

Regeste

Caduta da una scala con frattura della gamba destra. Valutazione entità del grado dell'invalidità e della menomazione all'integrità. Rinvio all'amministrazione per disporre ulteriori accertamenti su entrambi gli aspetti

Erwägungen

E. 18

cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del

E. 22

giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un

esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età

vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.3.3. A margine della visita medica di chiusura del 23 febbraio 2011, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia generale e della mano, ha dichiarato l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile a partire da inizio maggio 2011 in attività medio-leggere dal punto di vista del sollevamento di pesi e del maneggio di attrezzi, da svolgere in posizione alternata seduta/eretta, con capacità di deambulazione sulle brevi distanze e su terreno regolare (cfr. doc. 200, p. 4s.). Dalle tavole processualie si evince che, sempre nel corso del mese di febbraio 2011, RI 1 era stato visitato dal Prof. dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, già Primario presso l'Ospedale cantonale di _____. Secondo lo specialista, l'assicurato non era più in grado di esercitare la sua precedente professione, mentre in attività adeguate - ovvero in lavori leggeri dal profilo dell'impegno fisico da svolgere in posizione alternata seduta/eretta/deambulazione -egli presentava una capacità lavorativa parziale a partire dal 1° aprile 2011 (cfr. doc. 199, p. 2: "Andererseits wäre er in einem angepassten Beruf eigentlich ab etwa 1-2 Monaten Teilarbeitsfähigkeit, z.B. ab 1° April 2011. Allerdings braucht es dabei eine Arbeit, bei der er teils sitzen und teils stehen und teils gehen kann, und bei der keine grossen Lasten getragen werden müssen."). Con apprezzamento del 20 gennaio 2012, il dott. _____ ha preso posizione sul contenuto della relazione medicolegale del dott. _____, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a _____ (allegato al doc. 225), ribadendo, per quanto qui d'interesse, che una "attività lavorativa di tipo medio-leggero con le restrizioni previste possono essere senz'altro svolte in misura completa." (doc. 227, p. 3). In corso di causa, questa Corte ha preso contatto con il Prof. _____, al quale, con riferimento alla sua certificazione del 14 febbraio 2011, ha rivolto le seguenti domande: " (...). 1. Quando lei sostiene che l'assicurato presentava una capacità lavorativa limitata anche in attività adeguate, ciò é da intendere in modo transitorio oppure definitivo ? 2. Nella prima ipotesi, a partire da quando l'assicurato avrebbe verosimilmente ritrovato una piena capacità lavorativa in attività adeguate? 3. Nella seconda ipotesi, voglia precisare il grado d'incapacità lavorativa in attività adeguate. 4. In occasione della visita medica di chiusura del 23.2.2011, il medico _____ dell'CO 1 ha dichiarato l'assicurato abile al lavoro al 100% in attività medio-leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e del maneggio di attrezzi, da svolgere in posizione alternata (seduta, eretta e mobilizzazione per un massimo di 30 minuti) e in cui egli non debba camminare per lunghi tratti e su terreno accidentato. Condivide questa valutazione? Se no, voglia indicarne i motivi. (...)." (doc. IX) Su sua richiesta, in data 3 dicembre 2012, il TCA ha trasmesso al dott. _____ copia del referto del dott. _____ relativo alla visita di chiusura del 23 febbraio 2011 nonché della relazione medicolegale 11 novembre 2011 del dott. _____ (cfr. doc. XII). Con rapporto dell'8 gennaio 2013, il Prof. dott. _____ ha in sintesi sostenuto che, a suo avviso, RI 1 presenta un'abilità lavorativa massima dell'80% in attività leggere, posto che

la problematica al ginocchio destro (risultante da un pregresso infortunio assicurato) limita temporalmente la capacità di mantenere la posizione seduta e che, a causa dei postumi residuali al piede destro, la capacità di deambulazione non é illimitata, nemmeno sulle brevi distanze (doc. XIII, p. 4s. e risposta al quesito n. 4). Lo specialista in questione ha pure rilevato che la determinazione dell'esigibilità lavorativa da parte del medico _____, ha avuto luogo troppo presto e che non tiene conto delle conseguenze dell'infortunio del 1984 interessanti il ginocchio destro. D'altro canto, a proposito della valutazione del dott. _____, egli ha fatto valere che essa é molto incompleta, fondata sulle dichiarazioni del paziente e che, pertanto, non consente alcuna valida deduzione dal profilo medico. In conclusione, egli ha auspicato l'esecuzione di una nuova perizia (doc. XIII, p. 5s.).

2.3.4. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

2.3.5. Chiamato ora pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale ritiene che le obiezioni sollevate dal Prof. dott. _____ a proposito della valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico _____, non possano essere semplicemente ignorate, ma che meritino invece di essere verificate mediante l'esecuzione di una perizia specialistica (così come del resto da lui stesso auspicato). In questo contesto, il TCA non può esimersi dal sottolineare che il dott.

_____ é uno specialista di livello universitario proprio nella materia che qui interessa, al quale l'CO 1 medesimo ha nel passato regolarmente fatto capo, con incarichi peritali. D'altro canto, non può nemmeno essere ignorato che il Prof. _____ é perfettamente a conoscenza dei trascorsi valetudinari dell'insorgente. Infatti, é stato lui stesso ad occuparsi del piede destro dell'insorgente sin dal mese di febbraio 2009 (cfr. doc. 58).

2.4. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura

amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Dalle tavole processuali si evince che la valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatore RI 1 è stata eseguita dal dott. _____.

Questo il tenore del suo apprezzamento 23 febbraio 2011: " (...). REFERTO Esiti da importante frattura/lussazione pluriframmentaria scomposta intrarticolare pilone tibiale destro su infortunio non professionale dell'11.1.2008 con esiti da riduzione e osteosintesi con fissatore esterno secondo Ilizarov e filo metallico peroneale (11.1.2008, fecit dott. _____ all'Ospedale _____). Per lo stesso trauma sviluppo di un'artrosi post-traumatica articolazione tibio-talare destra con posizione in valgo del pilone tibiale e fibula relativamente più lunga fra punta-fibula e talo, in data 15.4.2008 artrodesi articolazione tibio-talare destra con fissazione tramite viti, plastica di spongiosa dell'osso resecato (fecit prof. dott. _____, specialista ortopedia FMH il 15.4.2009). Problemi di neuroma del ramo laterale distale del nervo fibulare, in data 10.2.2010 asportazione materiale d'osteosintesi più neurolisi ramo distale del nervo fibulare caviglia destra (intervento chirurgico 10.2.2010, fecit prof. _____). A causa di persistenti problemi ed il subentrare di un'artrosi all'articolazione talo-calcaneare, artrodesi di questa articolazione con due viti sempre da parte del prof. _____ in data 13.10.2010. VALUTAZIONE 20% ARGOMENTAZIONE Si considera in particolar modo la tabella 5 (revisione 2000) che si occupa delle menomazioni della integrità fisica in stato di artrosi, presso il nostro assicurato per l'estremità inferiore destra; si considera lo stato di artrodesi sia dell'articolazione tibio-talare che talo-calcaneare (panartrodesi) riguardante la caviglia/piede destro per gli eventi infortunistici dell'infortunio non professionale dell'11.1.2008 e con stato ormai definitivo. Valutando appunto la tabella lo stato di panartrodesi delle due articolazioni citate fa valere un diritto IMI del 20%." (doc. 201)

Nell'ambito della procedura di opposizione, è stata prodotta una perizia di parte elaborata dal dott. _____, per il quale l'assicurato sarebbe invece portatore di una menomazione all'integrità del 25%, "... a causa della posizione viziata in supinazione del piede e della sovrapposta sofferenza nervosa periferica, con mezzi di sintesi permanentemente ritenuti." (cfr. allegato al doc. 225, p. 4). Invitato dall'amministrazione a pronunciarsi sul contenuto del rapporto del dott. _____, il dott. _____ si è riconfermato nel proprio apprezzamento del febbraio 2011, rilevando in particolare che "durante la mia visita medico-circondariale di valutazione dello stato attuale gamba destra rispettivamente caviglia destra del 23.02.2011, la posizione del retro-piede non mostrava nessuna posizione di ipervalgo o ipervalgo, quindi una posizione corretta. Viene quindi confermata la IMI del 20%, la problematica di neuroma del ramo laterale distale del nervo fibulare destro non dà diritto ad ulteriore IMI, si ricorda in data 10.02.2010 l'asportazione del materiale d'osteosintesi più neurolisi del ramo distale del nervo fibulare caviglia destra, eseguito dal prof. _____, specialista chirurgia ortopedica FMH. I mezzi d'osteosintesi sono quindi stati asportati." (doc. 227, p. 2). Da parte, questo Tribunale constata che, a margine della visita di controllo del 14 febbraio 2011, il Prof. dott. _____ aveva refertato la presenza di un piede equino (Spitzfuss), secondario all'intervento di artrodesi sottotolare dell'ottobre 2010 (cfr. doc. 199, p. 2). Analogo reperto è stato evidenziato anche dal dott. _____ nel mese di novembre 2011 (cfr. allegato al doc. 225, p. 3: "Evidente

deviazione in varo della caviglia (...) e del retro piede.”). Alla luce di quanto precede, sorprende quindi il fatto che nel rapporto afferente alla visita di chiusura del 23 febbraio 2011, il dott. _____ abbia indicato di non aver riscontrato alcuna “... posizione di varo o valgo del retro-piede.” (doc. 200, p. 4). Tutto ben considerato, il TCA ritiene che anche questo aspetto debba essere oggetto di un approfondimento peritale, con lo scopo di accertare l’esistenza o meno di una posizione in varo del piede destro e, nell’affermativa, la sua rilevanza dal profilo del diritto all’IMI. 2.5. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l’Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die

Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)". (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) é libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPG. Nella presente fattispecie, trattandosi della valutazione dell'esigibilità lavorativa e della menomazione all'integrità, tali aspetti non necessitano semplicemente di una precisazione o di un chiarimento. Va però rilevato che l'CO 1 ha fondato la propria decisione sul solo parere del dott. _____, suo medico _____. Per il TCA sono pertanto realizzati i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465). Per le ragioni già diffusamente esposte ai considerandi 2.3.6. e 2.4.5., si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. L'assicuratore LAINF resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento istruttorio (concretamente, una perizia medica da parte di uno specialista in chirurgia ortopedica) con lo scopo di appurare, da una parte, in quale misura (%) RI 1 é in grado di svolgere un'attività alternativa adeguata nonostante i postumi infortunistici di cui é portatore e, dall'altra, di accertare la presenza e la rilevanza dal profilo del diritto all'IMI, di una posizione viziata del piede destro. Sulla base delle relative risultanze, l'Istituto dovrà decidere di nuovo in merito all'entità del grado dell'invalidità e della menomazione all'integrità.

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