

## **TI\_GERICHTE 35.2013.31 vom 9. Januar 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-01-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2013.31](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.31)

FR: TI\_GERICHTE 35.2013.31 du 9 janvier 2014

IT: TI\_GERICHTE 35.2013.31 del 9 gennaio 2014

### **Regeste**

TCA ritiene che la situazione medica dell'assicurato non sia stata approfondita in maniera adeguata attraverso la perizia SAM svolta in ambito AI. Atti rinviati all'assicuratore LAINF affinché predisponga una perizia pluridisciplinare

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 consid. 3e, 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss. consid. 4-6). Il TFA ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. 2.6.1. Nei casi di infortunio insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. 2.6.2. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lucrativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. Secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica. 2.6.3. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione a sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura

medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Al riguardo cfr. STF 8C\_991/2009 del 6 maggio 2010, consid. 4.3. e 7; STCA 35.2009.111 del 31 maggio 2010, consid. 2.6. In questo contesto è utile segnalare che, nella DTF 134 V 109, il Tribunale federale ha precisato la propria giurisprudenza in materia di traumi del tipo "colpo di frusta" al rachide cervicale e, in questo ambito, ha parzialmente modificato i criteri di rilievo che, a dipendenza della gravità dell'infortunio, devono eventualmente essere considerati nella valutazione dell'adeguatezza. L'Alta Corte non ha per contro modificato i principi applicabili in caso di sviluppo psichico anormale post-infortunistico (cfr. DTF 134 V 109, consid. 6.1 e STF 8C\_209/2007 del 7 marzo 2008, consid. 1.2).

2.6.4. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Inoltre un solo criterio può, in tutta la categoria degli infortuni di grado medio, essere sufficiente se riveste un'importanza particolare o decisiva. Nel caso in cui nessuno dei criteri di rilievo riveste un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più quanto meno grave sia l'infortunio in questione (cfr. DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.7. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA 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 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA 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 LPGGA. 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.

2.8. 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 che 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 che 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 . 2.9. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata, l'assicuratore LAINF ha negato all'assicurato il diritto ad una rendita di invalidità, rilevando che "sulla base della documentazione medica, per l'assicurato sarebbe pertanto possibile e accettabile svolgere un'attività adeguata per la sua residua capacità al lavoro. Secondo la perizia del Servizio Accertamento Medico dell'Ospedale regionale di Bellinzona del 29 agosto 2011, il grado di capacità al lavoro per un'attività adeguata sarebbe pari al 100%", aggiungendo che, dal raffronto dei redditi, emerge un grado di invalidità del 2%, insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita (doc. A1). Nella presente fattispecie, per stabilire l'esigibilità lavorativa dell'assicurato, dal profilo medico, l'assicuratore LAINF si è rifatto integralmente alle risultanze della perizia pluridisciplinare SAM eseguita su incarico dell'Ufficio AI. In quell'occasione, i medici del SAM hanno valutato la patologia reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), di chirurgia della mano (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) (doc. 7.19 classeur 2). Nel referto peritale del 29 agosto 2011, i medici del SAM hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "CRPS (sindrome dolorosa regionale complessa) tipo I con/su: pregresso trauma distorsivo al polso sin. il 17.2.2006; pregressa artroscopia al polso sin. e sinoviectomia artroscopica il 2.7.2007; riduzione della mobilità del cingolo omero-scapolare sin.; limitazione della mobilità attiva a carico del polso e del gomito sin.; pregressi blocchi dello stellato, gennaio-febbraio 2008" e, quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa, quelle di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); sindrome cervico-lombovertebrale oligosintomatica; iperglicemia (sospetto diabete mellito di tipo 2); obesità (BMI ca. 31.9 kg/m<sup>2</sup>); cardiopatia ischemica con/su: trattamento medicamentoso (conservativo)" (doc. 7.19 classeur 2). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività di aiuto-cucina e in attività simili (doc. 7.19 pag. 19 classeur 2), ma ancora abile al lavoro al 100%, con un rendimento variabile dal 50% al 100%, in un'attività molto leggera e adeguata, rispettosa dei limiti funzionali posti dal consulente in chirurgia della mano (doc. 7.19 pag. 19 classeur 2). 2.10. 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 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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.

2.11. Chiamata ora pronunciarsi, questa Corte ritiene di non potere considerare l'assicurato totalmente abile al lavoro nello svolgimento di attività adatte alle sue condizioni di salute, come ritenuto dall'assicuratore LAINF sulla base delle risultanze peritali del SAM, dato che, come meglio verrà illustrato qui di seguito, la questione medica non è stata approfondita in maniera adeguata attraverso la perizia pluridisciplinare SAM svolta in ambito AI. Il TCA rileva, innanzitutto, che, nonostante nello svolgimento di attività molto leggere e rispettose dei limiti posti dal perito in chirurgia della mano, dr. \_\_\_\_\_, i medici del SAM abbiano chiaramente indicato che l'assicurato presenti un rendimento variabile tra il 50% e il 100%, questa riduzione del rendimento non è poi stata minimamente tenuta in considerazione da parte dell'assicuratore LAINF, il quale nella decisione impugnata ha per contro indicato che in un'attività adatta al suo stato di salute, l'interessato presenta una capacità lavorativa completa. A tale proposito, va infatti rilevato che per consolidata giurisprudenza se un rapporto medico quantifica il grado della (in)capacità lavorativa entro due limiti di valore è corretto di norma fondarsi sul valore medio per evitare delle disparità di trattamento risultanti da questo genere di valutazione (cfr. consid. 4.2 non pubblicato in DTF 137 V 71 ma in SVR 2011 IV n. 69 pag. 207 [9C\_280/2010]; STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012; 9C\_226/2004 del 19 agosto 2009). La conclusione alla quale è giunto l'assicuratore LAINF, pertanto, è già di per sé errata e non può essere condivisa da questo Tribunale. Il TCA ritiene, poi, che le conclusioni alle quali sono giunti i medici del SAM non possano essere considerate esaustive, essendo state le stesse superate, come verrà esposto qui di seguito, da un

peggioramento dello stato di salute dell'interessato dal profilo somatico e, in ambito psichiatrico, da una successiva nuova valutazione peritale CPAS ordinata dallo stesso Ufficio AI. In primo luogo, va evidenziato che nel suo referto peritale del 31 maggio 2011, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, dopo aver posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "stato dopo distorsione del polso sinistro il 17 febbraio 2006 con lesione TFCC in presenza di una variante ulna plus; sinovialectomia 27 luglio 2007; successivo sviluppo di un'algodistrofia (malattia di Sudeck, CRPS) ora regredita; blocco stellato febbraio 2008" e, quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di "sindrome dissociativa motoria (conversione, isteria) con emisindrome dolorosa a sinistra", ha rilevato che "il paziente ha presentato il 17.2.2006 una distorsione del polso sinistro. Le indagini radiologiche realizzate hanno messo in evidenza una lesione del legamento triangolare trattata chirurgicamente. Dopo l'intervento si è sviluppata un'algodistrofia nel frattempo regredita", concludendo che "tali problematiche non spiegano nemmeno parzialmente il quadro clinico attuale e soprattutto il risparmio totale dell'arto superiore sinistro". Lo specialista in reumatologia ha quindi considerato che "dal punto di vista reumatologico l'assicurato è totalmente abile al lavoro per qualunque attività. Eventuali limitazioni determinate dalla sindrome dissociativa motoria sono di competenza psichiatrica" (doc. 7.19 classeur 2). Il TCA rileva, tuttavia, che al momento di emanazione della decisione su opposizione qui impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ non erano più attuali, essendo subentrato un successivo peggioramento della CRPS che affligge l'interessato. Dall'attento studio della documentazione medica agli atti emerge che l'algodistrofia dell'assicurato - che al momento della valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_ era regredita - è in seguito progredita. Dal referto dell'11 giugno 2012 del dr. \_\_\_\_\_, chirurgo dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, emerge, infatti, che l'algodistrofia - in passato di stadio 1, poi passata allo stadio 2 e a un certo momento ritornata allo stadio 1 (cfr. relazione medica del dr. \_\_\_\_\_ dell'8 settembre 2009, redatta su incarico dell'assicuratore infortuni, doc. 2.72 classeur 1) - è evoluta, tanto da raggiungere lo stadio 3 (doc. 7.33 classeur 2). Già solo questo dato è sufficiente per rendere indispensabile una nuova accurata ed aggiornata valutazione medico-peritale. Inoltre, la valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_ ha escluso la presenza di disturbi somatici in grado di spiegare i dolori risentiti dall'assicurato, sottolineando che eventuali limitazioni erano di competenza psichiatrica. Questa conclusione, tuttavia, è scaturita dal fatto che, al momento della sua valutazione peritale, il perito aveva constatato che l'algodistrofia dell'interessato era "nel frattempo regredita", circostanza che tuttavia, come detto sopra, si è poi modificata a seguito del peggioramento della CRPS, evoluta fino a raggiungere lo stadio 3. A comprova del peggioramento dello stato di salute dell'interessato e della gravità delle sue condizioni, vi è il fatto che, con la decisione impugnata, l'assicuratore infortuni stesso ha attribuito all'interessato un'IMI importante del 45%, tenuto conto della perdita anatomico funzionale del 90% all'arto superiore sinistro (cfr. doc. 2.72 classeur 1). Inoltre, nella valutazione peritale del 22 luglio 2011, il dr. \_\_\_\_\_, Capo-Servizio di chirurgia della mano dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, ha ritenuto che "il paziente, pur presentando dei sintomi atipici, presenta a mio modo di vedere una CRPS tipo I a tutto l'arto superiore sinistro", spiegando che "la situazione è andata incontro ad un progressivo peggioramento. Confrontando i valori di particolarità già solo del polso in base al referto del dr. \_\_\_\_\_ (maggio 2008) ci confrontiamo con una mobilità attiva di 50-0-50° contro una mobilità attiva attuale di 0° ed una passiva in flessione-estensione di 40-0-30°, notevolmente sintomatica. Evidente è la

situazione attuale per cui le complicazioni occorse in seguito agli interventi terapeutici eseguiti sono maggiori delle limitazioni funzionali che il paziente riferiva prima di tali procedure. L'estensione delle problematiche esistenti a tutto l'arto superiore sinistro fa pensare chiaramente ad una problematica riconducibile ad una CRPS, per quanto atipica, in concordanza con quanto scritto dal dr. \_\_\_\_\_" (doc. 7.19 classeur 2). Il dr. \_\_\_\_\_, specialista in medicina del dolore complementare dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, difatti, nel suo referto del 31 marzo 2011, aveva ritenuto la sintomatologia presentata dall'interessato non tipica per una CRPS (doc. 2.80 classeur 1). La diagnosi di CRPS, peraltro, era pure stata posta dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, nella sua relazione peritale dell'8 settembre 2009 svolta su incarico dell'Istituto assicuratore. In quell'occasione, il dr. \_\_\_\_\_ aveva pure evidenziato che "non sono ravvisabili fattori estranei all'infortunio che ci occupa o alle cure ad esso conseguite per i postumi all'arto superiore sinistro" (cfr. doc. 2.72 classeur 1). Alla luce di queste indicazioni, il TCA non può considerare corretta la scelta dell'assicuratore LAINF di fondare la propria decisione sulla valutazione peritale dei medici del SAM e, in particolare, su quella del 31 maggio 2011 del dr. \_\_\_\_\_, le cui conclusioni si sono basate sul presupposto – come visto poi superato dall'evolversi dell'algodistrofia dell'interessato – di una CRPS nel frattempo regredita (per un caso in cui la diagnosi di algoneurodistrofia, in un primo momento paventata, era poi invece stata esclusa, cfr. STF 8C\_172/2012 del 14 marzo 2013). Infine, con riferimento alla patologia psichiatrica, il TCA evidenzia che il consulto peritale eseguito dal dr. \_\_\_\_\_ nell'ambito della perizia pluridisciplinare del SAM non può essere ritenuto probante, posto che lo stesso è stato disatteso dalla successiva perizia del 26 ottobre 2012 eseguita dal Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali, su richiesta dello stesso Ufficio AI a fronte delle osservazioni presentate dalla patrocinatrice dell'assicurato contro il progetto di soppressione della rendita di invalidità di cui egli beneficiava. Nella valutazione peritale psichiatrica eseguita il 23 maggio 2011 nell'ambito della perizia SAM, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", era giunto alla conclusione di una totale capacità lavorativa dell'interessato (cfr. doc. 7.19 classeur 2). Nel referto peritale del 26 ottobre 2012, per contro, gli specialisti del CPAS (dr.ssa \_\_\_\_\_ / dr. \_\_\_\_\_), poste le diagnosi di "sindrome delirante (ICD10-F22.0); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", sono giunti alla conclusione che l'assicurato vada considerato totalmente inabile al lavoro nello svolgimento di qualsiasi attività (cfr. doc. 7.39 classeur 2). A seguito di tale referto peritale psichiatrico, con decisione del 21 novembre 2012, l'Ufficio AI ha pertanto ripristinato il diritto per l'assicurato di beneficiare di una rendita intera di invalidità (doc. 7.41 classeur 2). Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, il TCA ritiene che la valutazione, per quanto concerne l'esigibilità lavorativa, scaturita dalla valutazione peritale pluridisciplinare del SAM in ambito AI, fatta propria dall'assicuratore LAINF, non possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, ma risulti indispensabile rinviare gli atti all'assicuratore infortuni affinché predisponga una perizia pluridisciplinare atta a stabilire con esattezza quali siano le patologie che affliggono l'interessato e l'influenza che queste ultime hanno sulla sua eventuale capacità lavorativa residua. Spetterà poi all'assicuratore LAINF esprimersi nuovamente riguardo al diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato. Nel fare ciò, l'assicuratore infortuni, al momento dell'analisi dell'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra i disturbi psichici risentiti dall'interessato e l'infortunio, oltre all'analisi dei vari criteri, dovrà anche tener conto della giurisprudenza illustrata al consid. 2.6.4. relativa al fatto che, in tutta la categoria degli

infortuni di grado medio, la presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità se riveste un'importanza particolare o decisiva. Da notare che gli specialisti del CPAS, pur non essendo un elemento rilevante in ambito AI, hanno indicato che "arduo è stabilire se l'alterazione della personalità attualmente oggettivata si sia costituita a seguito dell'infortunio (in linea quindi con la diagnosi di modificazione duratura della personalità diagnosticata dal dr. \_\_\_\_\_) o fosse preesistente", aggiungendo tuttavia che "la storia clinica, per come riferita dall'assicurato, non deporrebbe per la presenza di un'alterazione consistente della struttura di personalità poiché l'assicurato mantiene una relazione affettiva da molti anni e riferisce un buon adattamento rispetto alla Svizzera e ai vari contesti lavorativi (...)" (doc. 7.39 classeur 2). La dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, chiamata in corso di causa dall'assicuratore LAINF ad esprimersi in merito alla presa di posizione del 4 settembre 2013 dello psichiatra curante dell'interessato, nello scritto del 22 ottobre 2013, ha indicato che "considerata la diagnosi di CRPS posta, l'incapacità lavorativa nell'attività abituale attestata e l'IMI del 45% assegnata dagli specialisti in chirurgia, che denotano una certa gravità dell'affezione, è probabile che l'assicurato soffra di dolori e che questi sarebbero effettivamente spiegati da una malattia somatica" e, riguardo all'insorgenza della patologia psichiatrica, che "le caratteristiche personalologiche come pure l'età, la condizione intellettuale e le poche risorse psichiche dell'assicurato sono determinanti per lo sviluppo di questa patologia, ma dall'anamnesi si può dedurre che essa non sarebbe insorta senza l'infortunio in questione. Esiste quindi verosimilmente una relazione di causalità parziale tra il disturbo psichico descritto dal dr. \_\_\_\_\_ e le conseguenze fisiche dell'infortunio del 17 febbraio 2006" (doc. G). 2.12. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. 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 Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser

geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)". (DTF 137 V 263-265) In 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. La fattispecie sub iudice non richiede semplicemente una precisazione o un chiarimento. Va però rilevato che l'Istituto assicuratore si è fondato su una valutazione medica peritale eseguita in ambito AI inesatta ed incompleta, le cui incongruenze erano già state messe in luce dalla patrocinatrice in sede di opposizione, senza che l'assicuratore LAINF abbia provveduto a colmare le lacune riscontrate tramite un approfondito esame peritale atto a delucidare compiutamente un aspetto rilevante quale quello delle diagnosi che affliggono l'assicurato e il relativo influsso sulla sua eventuale residua capacità lavorativa. 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; si veda pure la STCA 35.2011.10 del 12 ottobre 2011, cresciuta in giudicato). Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.11. , si giustifica l'annullamento della decisione su opposizione impugnata. L'assicuratore LAINF resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre una perizia pluridisciplinare e, alla luce dei relativi esiti, definire di nuovo il diritto a prestazioni dell'assicurato. 2.13. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C\_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

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