

TI_GERICHTE 35.2014.61 vom 18. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.61

FR: TI_GERICHTE 35.2014.61 du 18 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2014.61 del 18 giugno 2015

Regeste

Caduta con danno ortopedico a spalla sx. Negata violazione diritto di essere sentito. Det. prest.in esecuzione di una precedente STCA. Diritto a rimborso spese di trasferta. Interessi moratori. Confermato rifiuto assunzione ricaduta dell'infortunio. Determinazione IMI: rinvio atti per piede sx

Erwägungen

E. 1

ha chiesto al TCA di "... voler aggiornare un dibattimento, in occasione del quale le parti potranno esporre le proprie argomentazioni. Tale richiesta é soprattutto motivata dalla complessità della vertenza, che ha portato a questo annoso contenzioso con la CO 1, in particolare dovuto alla difficoltà di comprensione della corposa documentazione agli atti." (doc. I, p. 6). Il Tribunale ha accolto la richiesta di pubblico dibattimento, che si é svolto conformemente alle modalità definite dalla giurisprudenza. Al riguardo, va comunque ricordato che, secondo il Tribunale federale, l'art. 6 CEDU non garantisce il diritto all'audizione dei testimoni proposti dall'assicurato e nemmeno quello all'interrogatorio delle parti (cfr., in questo senso, STF 8C_63/2015 del 20 maggio 2015, consid. 1.1 e 1.4; STF 8C_242/2014 del 27 maggio 2014, consid. 3 in SZS/RSAS 2014 apg. 455; STF 8C_307/2013 del 6 marzo 2014 consid. 2.2, 8C_743/2011 del 20 dicembre 2011 consid. 2.3.1 e SVR 2010 UV Nr. 3 consid. 2; si veda pure la STF 8C_426/2014 del 23 aprile 2015 consid. 2.3). 2.2. Violazione del diritto di essere sentito? 2.2.1. Dal profilo formale, RI 1 fa valere che l'Istituto resistente non avrebbe risposto a una serie di censure da lui sollevate con l'opposizione del 13 maggio 2014, violando in tal modo l'obbligo di motivare le decisioni e, quindi, il suo diritto di essere sentito (cfr. doc. I, p. 18). L'art. 29 cpv. 2 Cost. e l'art. 42 LPGa garantiscono alle parti il diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto d'essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto dell'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 129 II 497 consid. 2.2 con riferimenti; 126 V 130 consid. 2b con riferimenti). D'altro canto, la giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito anche l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione affinché il destinatario possa capirla, eventualmente contestarla e l'autorità di ricorso esercitare il proprio controllo. Per soddisfare tali esigenze, é sufficiente che l'autorità menzioni almeno succintamente i motivi su cui essa ha fondato la propria decisione; essa non ha dunque l'obbligo di esporre e di pronunciarsi su tutti i fatti, i mezzi di prova e le censure invocate dalle parti; essa può per contro limitarsi ai punti essenziali per la decisione da rendere (cfr. DTF 133 III 439 consid. 3.3 e i riferimenti ivi citati). Di regola, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla

complessità del caso da giudicare, dal margine di apprezzamento di cui gode l'autorità e dalla potenziale gravità delle conseguenze della sua decisione (cfr. DTF 112 Ia 107 consid. 2b). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale di carattere formale, la cui violazione comporta l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere delle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b e i riferimenti ivi citati). Secondo la giurisprudenza, la violazione del diritto di essere sentito - a condizione che non sia di una particolare gravità - è sanata se la parte lesa ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode di un pieno potere cognitivo. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa). Deve inoltre essere evidenziato che, secondo la giurisprudenza federale, è la decisione impugnata che costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STF 8C_360/2010 del 30 novembre 2010 consid. 1 e 2; DTF 131 V164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294).

2.2.2. Nel caso concreto, il TCA constata che, in sede di decisione su opposizione, l'amministrazione ha pertinentemente ricordato che essa era legittimata "... unicamente ad esprimersi in merito alle prestazioni previste dalla LAINF (art. 10 e segg. LAINF)." (cfr. doc. I/446, p. 2). Ciò corrisponde a quanto stabilito dalla giurisprudenza federale appena citata (cfr. consid. 2.2.1. in fine). A giusta ragione l'amministrazione non si è dunque pronunciata sulle pretese inerenti la "messa in riserva per ass. perdita di salario", il "danno per mancato versamento indennità giornaliera disoccupazione adeguata", il "danno perdita AD", il "danno perdita oneri sociali e prev. prof.", il "mancato versamento contributi LPP + relativi interessi di mora", la "traduzione testi N° 30 traduzioni" e le "spese preparazione materiale", proprio perché non si tratta di pretese contemplate dalla legislazione sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Al riguardo, questa Corte rileva che tali pretese potrebbero eventualmente essere fatte valere nell'ambito di un'azione di responsabilità giusta l'art. 78 LPGA, così come ha correttamente segnalato l'CO 1 nel suo scritto del 2 luglio 2014 (cfr. doc. I/448: "Le comunichiamo che le richieste da lei formulate in tal senso, essendo sostanzialmente estranee alle procedure in materia LAINF, verranno trattate direttamente dalla _____ dalla persona di cui a margine. (...). Partendo dall'idea che lei si riferisca alla procedura di cui all'art. 78 LPGA, da un primo esame non vediamo come siano date le condizioni per il riconoscimento di una nostra responsabilità, mancando di tutta evidenza l'atto illecito, il danno e il relativo nesso causale. Ove reputasse di dover continuare a rivendicare un qualsivoglia risarcimento danni, al fine di poterci determinare in conformità della procedura sopra menzionata, la invitiamo a sostanziare, se del caso, le sue richieste." - il corsivo è del redattore). Per quanto attiene allo scritto del 2 luglio 2014 appena citato, in occasione del pubblico dibattito, rispondendo al presidente del TCA, il quale si è chiesto se realmente tutte le pretese contenute nell'allegato di opposizione "... sono state formulate tenendo ben presente la giurisprudenza relativa all'art. 78 LPGA, ...", l'avv. RA 1 ha dichiarato "... di avere già informato sia l'assicurato sia il precedente patrocinatore che alcune di queste pretese andranno riformulate." (doc. XVIII, p. 2). Al riguardo, questo Tribunale invita l'amministrazione, dopo avere ricevuto la domanda di risarcimento, ad evaderla nel rispetto del principio di celerità. In conclusione, secondo il TCA, all'assicuratore convenuto non può dunque essere imputata una violazione del proprio obbligo di motivare la decisione. D'altro canto, non essendo oggetto della decisione su opposizione impugnata, in ossequio alla giurisprudenza menzionata al considerando 2.2.1. in fine, le pretese fondate sull'art. 78 LPGA vanno dichiarate irricevibili in questa sede. Con

l'opposizione, l'assicurato ha pure formulato la richiesta di convocare "... un tavolo di discussione, a _____ con un membro designato della Direzione Centrale, entro il 01 giugno 2014 ...". Al riguardo, il TCA osserva che, con la propria opposizione, RI 1, per il tramite del suo patrocinatore, ha avuto modo di far valere ampiamente le proprie ragioni in merito alle disposizioni contenute nella decisione formale del 4 febbraio 2014 (cfr. doc. II/238). In tal modo, il suo diritto di essere sentito gli è stato garantito, precisato che, secondo l'art. 42 LPGA, le parti non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. D'altronde, la garanzia costituzionale derivante dall'art. 29 cpv. 2 Cost. non conferisce il diritto di essere sentito oralmente (cfr. DTF 134 I 140 consid. 5.3 e 130 II 425 consid. 2.1). Così come già esposto in occasione del pubblico dibattito, questa Corte chiede comunque all'CO 1 di "... valutare la possibilità di un incontro preliminare con la controparte, soprattutto se un incontro in questo senso era già stato preso con l'avv. _____." (cfr. doc. XVIII, p. 2). Per il resto, deve essere ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, il fatto che l'autorità non abbia risposto esaurientemente a tutte le censure delle parti non implica necessariamente una violazione del diritto di essere sentito; essa può infatti limitarsi alle questioni decisive (STF 9C_610/2011 del 31 gennaio 2012 consid. 3.3.2; si veda pure la STCA 35.2001.37+38 del 10 dicembre 2012 consid. 2.3.5. cresciuta incontestata in giudicato). 2.3. Prestazioni dovute in esecuzione della STCA 35.2007.23 del 7 agosto 2008 . 2.3.1. Nella concreta evenienza, con la propria impugnativa, l'assicurato sostiene che, in esecuzione della sentenza 35.2007.23 del 7 agosto 2008, l'Istituto convenuto avrebbe dovuto corrispondergli un importo pari a fr. 108'903.25, così composto: - fr. 51'719.05 derivanti dal seguente conteggio: • periodo

E. 02

maggio / 31 luglio 2005 > 85'514.23:12 mensilità x 3 mesi = fr. 21'378.55

■ periodo 01 agosto / 31 dicembre 2005 > 85'514.23:12 mensilità x 5 mesi = fr. 35'630.93
x 46% = fr. 16'390.22

■ periodo 01 gennaio / 31 agosto 2006 > 87'652.10:12 mensilità x 8 mesi = fr. 58'434.73 x
46% = fr. 26'880

■ (16'390.22 + 21'378.55 + 26'880) = fr. 64'648.75 x 80% = fr. 51'719.05;

-fr. 57'184.20 risultanti da una rivalutazione delle indennità giornaliere a partire dall'ottenimento da parte di RI 1 della maturità federale, quindi dal 14 giugno 2003 (doc. I/444, p. 22s. a cui rinvia l'atto di ricorso).

E. 2

maggio 2007 quelli relativi alle indennità giornaliere arretrate, con la precisazione che gli interessi sono stati riconosciuti "... sull'ammontare unico dei due totali indicati in precedenza, senza scomporre gli stessi pro rata temporis. Ciò significa che l'interesse di ritardo sarà applicato sull'importo totale sin dal giorno della decorrenza segnato poc'anzi ...". D'altro canto, gli interessi sono stati versati sino al 30 giugno 2011, ovvero tre mesi dopo l'incontro con l'ex rappresentante legale dell'assicurato. Con il proprio ricorso, RI 1 censura l'agire dell'amministrazione limitatamente al fatto che il calcolo degli interessi di mora è stato limitato al 30 giugno 2011 (cfr. doc. I, p. 20). Tutto ben considerato, questa Corte ritiene invece che l'operato dell'CO 1 meriti tutela. Dalle tavole processuali risulta infatti che l'amministrazione, perlomeno a partire dal mese di maggio 2011 (in realtà, già in

precedenza essa aveva sollecitato l'insorgente a comunicare i dati necessari per effettuare il pagamento - cfr. doc. I/364, 372, 376 e 390), ha cercato più volte di versare all'assicurato l'importo di fr. 38'402.65 stabilito con il conteggio prodotto sub doc. I/393, senza però riuscirci a causa dell'atteggiamento dell'assicurato, il quale, nel corso del dicembre 2011, ha addirittura respinto un vaglia postale (cfr. doc. I/410). In questo contesto, deve ancora essere segnalato che l'assicuratore ha dichiarato per iscritto che il ritiro da parte dell'assicurato della somma in questione non sarebbe stato interpretato quale "... accettazione da parte sua della nostra liquidazione. Potrà sempre presentare un'ulteriore richiesta di rimborso come da nostra lettera del 29.11.2011." (cfr. doc. I/409). Nonostante ciò, RI 1 ha preteso che la sua pratica rimanesse ulteriormente in sospeso, in quanto sprovvisto di rappresentante legale (cfr. doc. I/411), trovato soltanto nel corso del mese di gennaio 2014 (cfr. doc. I/429). In simili circostanze, secondo il TCA, non sarebbe corretto condannare l'Istituto assicuratore a conteggiare gli interessi di mora oltre la data da esso indicata (30 giugno 2011). In merito alla pretesa violazione del diritto all'autodeterminazione legata al fatto che la fine degli interessi moratori coinciderebbe con la data in cui ebbe luogo il colloquio con l'avv. _____, in un periodo in cui l'assicurato era però assente all'estero (cfr. doc. I, p. 20), questo Tribunale osserva che - a prescindere che la citata DTF 136 V 117 riguarda tutt'altra fattispecie (in quel caso, la violazione del diritto all'autodeterminazione [e del diritto di essere sentito] era stata ammessa siccome l'assicurata, a sua insaputa, durante un soggiorno riabilitativo, era stata periziata su ordine dell'assicuratore) -, l'assicuratore convenuto ha in realtà posto termine agli interessi di mora tre mesi dopo quel colloquio, e ciò proprio per tener conto dell'assenza dell'insorgente. Del resto, grazie agli attuali mezzi di comunicazione (e-mail), non sarebbe invero stato un problema per l'ex patrocinatore contattare RI 1 (e sottoporgli il conteggio elaborato dall'CO 1), addirittura prima del suo rientro in patria.

E. 2.4

Rimborso delle spese di trasferta e degli altri costi .

E. 2.4.1

Secondo l'art. 12 LAINF, l'assicurato ha diritto al risarcimento dei danni causati da infortunio agli oggetti che sostituiscono una parte del corpo od una sua funzione. Le spese di sostituzione di occhiali, apparecchi acustici e protesi dentarie sono prese a carico solo se il pregiudizio fisico abbisogna di cure. Giusta l'art. 13 cpv. 1 LAINF, sono rimborsate le spese di viaggio, di trasporto e di salvataggio necessarie. Per spese di viaggio si intendono i costi relativi agli spostamenti necessari all'assicurato per la fornitura delle prestazioni previste agli articoli 10 e 11 LAINF. Si tratta ad esempio di recarsi presso un luogo di cura oppure di consultare uno specialista (medico, chiropratico, ecc.). In pratica, l'CO 1 rimborsa l'equivalente del valore del biglietto ferroviario di seconda classe per l'itinerario più diretto (cfr. Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 79).

E. 2.4.2

), il TCA ribadisce che l'amministrazione ha definito le proprie prestazioni in funzione dei dati forniti direttamente dall'assicurato (cfr. doc. I/368) D'altro canto, esso rileva che, già a margine del colloquio del 28 marzo 2011, il funzionario incaricato aveva informato l'avv. _____ che, trattandosi delle note fatture _____, l'CO 1 non avrebbe rimborsato "viaggi e spese concernenti altre circostanze (...), non di pertinenza CO 1" e, più in

generale, che dalla pretesa sarebbe stato dedotto quanto già pagato (cfr. doc. II/175). Questo Tribunale non può infine seguire l'assicurato neppure quando sostiene che l'Istituto non avrebbe chiarito il metodo di calcolo, ritenendo che il conteggio prodotto sub doc. I/393 sia sufficientemente chiaro e puntuale.

E. 2.5

Interessi moratori .

E. 2.5.1

Secondo l'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto. L'art. 7 cpv. 1 OPGA recita che il tasso per l'interesse di mora è del 5 per cento all'anno. Il cpv. 2 prevede, in particolare, che il decorso dell'interesse di mora inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. 2.5.2. Nella concreta evenienza, dal documento denominato " Ricapitolazione prestazioni ancora da corrispondere " (cfr. doc. I/393, p. 2) risulta che l'assicuratore convenuto ha riconosciuto gli interessi di mora sul residuo pagato a titolo di "trasferte e altre spese" (fr. 2'713) in ragione di fr. 90.45, nonché sulle indennità giornaliera stabilite in esecuzione della sentenza cantonale del 7 agosto 2008 (fr. 29'360.15) in ragione di fr. 6'239.05 Per quanto concerne le modalità di calcolo, l'CO 1 ha fatto decorrere dal 23 dicembre 2010 (ossia 24 mesi dopo l'ultimo versamento eseguito a quel titolo) gli interessi moratori sull'importo inerente le "trasferte e altre spese" e dal

E. 2.6

"Ricaduta" del 29 novembre 2007 . 2.6.1. L'art. 11 OAINF stabilisce che le prestazioni assicurative sono accordate anche in caso di ricadute o conseguenze tardive, i beneficiari di rendite d'invalidità dovendo tuttavia soddisfare le condizioni previste all'articolo 21 della legge. Secondo la giurisprudenza, si è in presenza di una ricaduta quando un danno alla salute, che si presumeva guarito, si riacutizza, di modo che esso necessita di cura medica e causa incapacità lavorativa. Per contro, si parla di postumi tardivi quando un danno alla salute apparentemente guarito produce, nel corso di un periodo di tempo prolungato, delle modificazioni organiche o psichiche, comportanti sovente uno stato patologico differente (cfr. DTF 118 V 296 consid. 2c e riferimenti, 105 V 35 consid. 1c e riferimenti). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). 2.6.2. Giusta l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, cura i cui elementi costitutivi sono, in seguito, precisati alle lett. a) a e) dello stesso capoverso. Nondimeno, l'assicuratore LAINF è tenuto a corrispondere prestazioni a titolo di spese di cura soltanto qualora ci si possa attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71ss.; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 274; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1994, p. 186 n. 10). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del " sensibile miglioramento " di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità

lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). D'altro canto, l'art. 54 LAINF istituisce il principio dell'economicità del trattamento - previsto pure dall'art. 56 cpv. 1 LAMal - recitando che chi pratica per l'assicurazione contro gli infortuni deve limitarsi a quanto richiede lo scopo del trattamento quando procede a una cura, prescrive e fornisce medicinali, ordina o effettua trattamenti o analisi. La cura medica deve, dunque, essere adeguata ed economica, ciò che implica una ricerca d'adeguatezza fra il trattamento eseguito e lo scopo perseguito, secondo gli insegnamenti della scienza e dell'esperienza, così come una scelta oculata fra i mezzi diagnostici e terapeutici a disposizione. Conformemente alla giurisprudenza federale, l'assicurato non può esigere illimitatamente che si faccia ricorso a tutti i mezzi possibili e immaginabili per eliminare i postumi del danno alla salute. Al contrario, l'obbligo contributivo dell'assicuratore contro gli infortuni è vincolato al precetto della proporzionalità (cfr. STFA del 16 dicembre 1982 nella causa J. Z., il cui estratto è pubblicato in Estr. INSAI 1985 n. 5, p. 9).

E. 2.6.3

Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGa, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGa, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e 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. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91).

2.6.4. Nel caso di specie, è utile ricordare che, con la sentenza 35.2007.23 del 7 agosto 2008 (confermata dal TF), il TCA ha, da una parte, (implicitamente) stabilito che, a contare dal 1° settembre 2006, lo stato di salute infortunistico dell'assicurato era ormai stabilizzato, cosicché l'amministrazione era

legittimata a passare al regime delle prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI) e, dall'altra, ha negato a RI 1 il diritto a una rendita d'invalidità, ritenendo segnatamente che "i postumi residuali dei sinistri assicurati non gli hanno impedito di conseguire la maturità federale, né gli avrebbero invero impedito di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lucrativa confacente al genere e al livello della sua formazione. Parimenti, egli non pretende - e d'altronde nemmeno sarebbe legittimato a pretenderlo -, che queste stesse sequele ostacolerebbero in qualche modo la formazione universitaria in corso, rispettivamente, l'esercizio di quelle professioni che la formazione in corso, nel caso in cui dovesse essere coronata da successo, consentirebbe. Il TCA condivide dunque l'opinione espressa dall'amministrazione secondo cui, citiamo: "... la controparte non é affatto diventata invalida: l'assicurato può infatti svolgere, senza pregiudizio, le professioni qualificate che non necessitano di forza fisica." (cfr. STCA succitata, consid. 2.5.2.). Dalle tavole processuali si evince che, verso la fine del mese di novembre 2007, l'insorgente ha consultato il dott. _____, Primario di ortopedia presso la _____ di _____, lamentando intermittenti contratture muscolari nella regione della spalla/collo a sinistra. In quell'occasione, il sanitario ha refertato una situazione stazionaria a livello della spalla sinistra (consigliando in proposito una temporanea ripresa della fisioterapia) mentre, per quanto riguardava i disturbi interessanti la spalla/collo a sinistra, ha disposto un approfondimento neurologico (cfr. doc. I/326). Con scritto del 16 gennaio 2008, l'avv. _____ ha quindi sollecitato una presa di posizione dell'CO 1 circa l'assunzione dei costi delle terapie indicate dal dott. _____ (cfr. doc. I/327). Il 19 febbraio 2008 ha avuto luogo la visita presso il dott. _____, il quale ha riscontrato una situazione di normalità dal profilo neurologico, fatta eccezione per i noti deficit di sensibilità interessanti il braccio sinistro, già ampiamente indagati. Egli ha consigliato una terapia miorellassante a base di magnesio (cfr. doc. I/331). Il 26 maggio 2008, RI 1 é stato sottoposto a RMN (senza liquido di contrasto) della spalla sinistra, esame che ha evidenziato un normale stato postoperatorio (doc. I/338). Nell'agosto 2008 é stata invece eseguita un' artro -RMN della spalla sinistra, la quale ha mostrato unicamente un diffuso assottigliamento della cartilagine gleno-omeroale senza indizi per una lesione cartilaginea. A fronte di questo referto, interpretato quale pre-artrosi gleno-omeroale, il dott. _____ ha escluso un procedere chirurgico e ha indirizzato l'assicurato alla reumatologa dott.ssa _____ (doc. I/342). Con rapporto dell'8 gennaio 2009, la specialista appena citata ha confermato che l'insorgente presentava un'incipiente omartrosi secondaria, proponendo al riguardo la somministrazione di un condroprotettore. La dott.ssa _____ ha indicato, d'altro canto, che a quel momento in primo piano vi erano i disturbi miofasciali, giudicando sensata la continuazione delle misure fisioterapiche (doc. I/347 a). A margine della consultazione del 13 luglio 2009, il dott. _____ ha refertato una mobilità della spalla sinistra praticamente libera, con flessione/elevazione di 160° da entrambi i lati, senza segni per una lesione della cuffia dei rotatori. In queste condizioni, egli ha ritenuto ormai inutile prescrivere della fisioterapia (cfr. doc. I/354). Interpellato dall'amministrazione, con rapporto del 18 settembre 2009, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha affermato che i disturbi alla spalla sinistra (ma non quelli al rachide cervicale) costituivano ancora una conseguenza naturale dell'infortunio del 30 luglio 2001 e si é dichiarato d'accordo con le proposte terapeutiche dei sanitari della _____, in pratica con la somministrazione di condroprotettori (cfr. doc. I/361). Il 10 giugno 2010, l'assicurato si é nuovamente recato presso il dott. _____, a causa di dolori a livello della parte prossimale del braccio sinistro con irradiazione ventrale, laterale e, in parte, anche dorsale,

ad insorgenza notturna e mattutina. Da parte sua, lo specialista ha refertato una spalla sinistra libera, con lievi segni per un impingement subacromiale. Egli ha quindi proposto di procedere con un'infiltrazione diagnostica a livello subacromiale, ciò che il ricorrente ha però rifiutato (cfr. allegati al doc. I/380). Con apprezzamento del 20 settembre 2010, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, preso atto della documentazione medica acquisita nel frattempo, ha negato che RI 1 sia portatore di un danno alla spalla sinistra, suscettibile di fondare il diritto all'IMI, precisando al riguardo che un'indennità del 5% viene corrisposta in presenza di un'artrosi (almeno) di grado medio (cfr. tabella n.

E. 2.6.4

emerge in effetti che, dal profilo oggettivo, lo stato della spalla e del piede sinistro dell'assicurato non hanno subito modifiche di rilievo rispetto alla situazione che esisteva al momento in cui l'assicuratore gli ha negato il diritto alla rendita d'invalidità (2006). Il dott. _____ (cfr. doc. 7/HD) ha in particolare sottolineato che gli esami strumentali a cui l'insorgente è stato sottoposto tra il 2008 e il 2012, hanno mostrato "... insgesamt postoperativ korrekte Verhältnisse mit postoperativen Veränderungen bei Status nach Acromioplastik.", in presenza di esacerbazioni del dolore che necessitano di terapie sintomatiche. Trattandosi dei disturbi della sensibilità che interessano l'arto superiore sinistro, essi sono comparsi successivamente all'intervento artroscopico del mese di marzo 2002 e, pertanto, erano già presenti (e dunque pure considerati) al momento in cui a RI 1 è stato negato il diritto alla rendita. Da parte sua, il dott. _____ (cfr. doc. 7/Y), nuovamente consultato dall'assicurato nel corso del mese di novembre 2012 con lo scopo dichiarato d'ottenere la riapertura del caso d'infortunio dell'agosto 2002 ("Der Patient möchte nun von privater Seite her den Fall von damals nochmals aufrollen."; cfr. pure il rapporto 14 agosto 2014 del dott. _____, allegato al doc. IX), ha attestato che quest'ultimo aveva continuato a denunciare persistenti dolori al carico del piede sinistro, non necessitanti però di terapie analgesiche (in questo senso, si veda pure il succitato rapporto del dott. _____: "Wir haben die Situation, welche sich seit Jahren unverändert darstellt heute wieder mit dem Patienten diskutiert." - il corsivo è del redattore). Visto che le condizioni di salute infortunistiche sono rimaste sostanzialmente immutate, occorre concludere che anche l'esigibilità lavorativa definita nel 2006, è rimasta la medesima. Gli specialisti della Clinica _____ non hanno del resto certificato alcuna incapacità lavorativa durante il periodo successivo all'annuncio di ricaduta. Nel suo rapporto del 20 marzo 2014, il dott. _____ ha semplicemente dichiarato inesigibili attività lavorative gravose per la spalla sinistra (cfr. doc. 7/HD; analogamente a quanto fatto dal dott. _____ dell'CO 1 - cfr. doc. I/377), ribadendo di fatto quanto egli aveva certificato, ad esempio, già in occasione della consultazione del 5 settembre 2005 (cfr. doc. I/248). Ora, posto che, secondo la giurisprudenza federale citata al considerando 2.6.2., vi è diritto alla cura medica soltanto nella misura in cui essa serve a migliorare sensibilmente lo stato di salute dell'assicurato, dove la questione del "sensibile miglioramento" va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche, il fatto che l'insorgente abbia mantenuto una capacità lavorativa completa nelle attività sostitutive ritenute adeguate, anche dopo l'annuncio di ricaduta del novembre 2007, significa che le cure che gli sono state prestate (sostanzialmente della fisioterapia) non miravano a migliorare sensibilmente le sue condizioni di salute infortunistiche nel senso definito della giurisprudenza federale precedentemente menzionata, ma piuttosto a evitare un peggioramento (in questo senso, si veda d'altronde la certificazione 24 febbraio 2014 del

dott. _____ - allegato al doc. 7/Z: “Se dovesse interrompere la fisioterapia i suoi problemi si aggraverebbero .” - il corsivo é del redattore). Se ne deduce quindi che l’amministrazione era legittimata a negare l’esistenza di una ricaduta ai sensi dell’art. 11 OAINF e, più concretamente, a rifiutare il ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera). Deve ancora essere precisato che, a norma dell’art. 21 cpv. 1 lett. b LAINF, l’assicuratore può essere tenuto ad accordare le prestazioni sanitarie e il rimborso delle spese se, in presenza di una ricaduta o di postumi tardivi, le cure mediche servono segnatamente a impedire una notevole diminuzione della capacità di guadagno . Tuttavia, nel caso di specie, la disposizione appena citata non può trovare applicazione, in quanto, secondo la giurisprudenza federale , essa si applica soltanto a quell’assicurato che si trova già al beneficio di una rendita d’invalidità ai sensi dell’art. 18 LAINF (cfr. STF 8C_81/2013 del 16 aprile 2013 consid. 3.2; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, p. 382ss.; Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 112s.; Messaggio del Consiglio federale per una legge federale sull’assicurazione contro gli infortuni del 18.8.1976, p. 55), ciò che non è qui il caso. La circostanza che, in data 18 settembre 2009, il medico _____ dell’CO 1 abbia riconosciuto l’eziologia traumatica dei disturbi alla spalla sinistra e approvato la cura medica proposta a _____ (cfr. doc. I/361), é irrilevante ai fini del giudizio. Infatti, da una parte, l’Istituto assicuratore non ha mai contestato l’origine traumatica di tali disturbi e, dall’altra, il fatto che il medico fiduciario dichiarò medicalmente corretta una determinata terapia, non significa ancora che l’amministrazione ne assumerà i relativi costi. In effetti, nel caso concreto, la circostanza che l’assicurato ha conservato una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate, preclude il ripristino del diritto alle prestazioni di cura medica. Il TCA non ignora che, secondo il medico curante dell’assicurato, quest’ultimo presenterebbe un’inabilità lavorativa del 70% anche in attività leggere, ad esempio per lavori d’ufficio (cfr. doc. 7/Z + allegato). Esso non ritiene comunque che a tali certificazioni possa essere riconosciuto valore probatorio. A prescindere dal fatto che esse contraddicono il parere dello specialista curante dott. _____ , per il quale il ricorrente é limitato in attività che sollecitano la spalla (cfr. doc. 7/HD), il dott. _____ non ha minimamente spiegato le ragioni per le quali RI 1 risulterebbe ora pesantemente impedito anche in quelle attività la cui piena esigibilità era stata accertata al momento in cui gli era stato negato il diritto alla rendita d’invalidità. In conclusione, il ricorso dell’assicurato deve esser respinto anche nella misura in cui viene contestata la mancata assunzione da parte dell’assicuratore convenuto della “ricaduta” del novembre 2007. 2.7. Il ricorrente rimprovera all’CO 1 di non aver fatto nulla per favorire il suo reinserimento professionale , anzi quest’ultimo sarebbe stato persino ostacolato con la decisione di non assumere la ricaduta del novembre 2007. In proposito, il TCA osserva innanzitutto che l’assicuratore resistente era legittimato a negare l’assunzione della “ricaduta” annunciata nel mese di novembre 2007 (cfr. il consid. 2.6.5.). D’altro canto, va segnalato che la LAINF non prevede l’erogazione di provvedimenti d’integrazione (cfr. STFA U 329/01 e 330/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.3), di modo che la censura sollevata dall’insorgente appare priva di fondamento. 2.8. Con la propria impugnativa, RI 1 pretende inoltre che l’amministrazione venga condannata a pagargli un importo di fr. 437'694.50 a titolo di “danno permanente al piede” e altrettanto a titolo di “danno permanente alla spalla”, precisando che “... i danni enunciati devono essere intesi come rendita e non come indennità per menomazione dell’integrità.”. A suo avviso, “la concessione di una rendita sul primo e sul secondo infortunio capitalizzata a vita genererebbe il diritto ad una rendita del 20% sul primo infortunio e del 20% sul secondo

infortunio. Capitalizzata a vita e liquidata come unico capitale genererebbe gli importi indicati nell'opposizionee calcolati sulla base del guadagno annuo stabilito dal TCA.” (doc. I, p. 30). Preso atto che il ricorrente pretende i succitati importi a titolo di rendita d'invalidità , questo Tribunale rileva che il relativo diritto gli era già stato negato con sentenza 35.2007.23 del 7 agosto 2008 (cfr. il consid. 2.5.2. in fine di quella pronunzia: “La decisione su opposizione impugnata merita di essere confermata, nella misura in cui a RI 1 é stato negato il diritto alla rendita d'invalidità .” - il corsivo é del redattore), confermata dal Tribunale federale con giudizio 8C_739/2008 del 13 maggio 2009, e che nel periodo successivo all'emanazione della decisione su opposizione del 17 novembre 2006, il suo stato di salute infortunistico non ha subito mutamenti tali da giustificare ora il riconoscimento di una rendita (al riguardo, si veda il consid.

E. 2.6.5

della presente sentenza). Precisato che un eventuale diritto alla rendita d'invalidità deve essere determinato in applicazione delle pertinenti disposizioni contenute nella LPGA e nella legislazione sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (in questo senso, la possibilità di versare all'assicurato un' indennità unica in capitale , prevista dall'art. 23 LAINF, presuppone in ogni caso che il beneficiario presenti un'incapacità lucrativa, ciò che non é qui il caso), le pretese dell'assicurato si rivelano infondate.

E. 2.9

Diritto all'indennità per menomazione all'integrità .

E. 2.9.1

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). 2.9.2. 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. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121). 2.9.3. 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).

2.9.4. 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).

2.9.5. Nel caso concreto, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha negato il diritto all'IMI fondandosi sull'apprezzamento espresso al riguardo dal proprio medico fiduciario (cfr. doc. II/242, p. 10s.: "... , in concreto, non sussiste motivo alcuno per mettere in dubbio il fondamento delle conclusioni del dott. _____, il quale, tenuto conto della documentazione a sua disposizione, ha spiegato in modo chiaro e convincente, per quali motivi l'assicurato non lamenta una perdita all'integrità né per la spalla né a livello del piede."). Con apprezzamento del 20 settembre 2010, il chirurgo ortopedico dott. _____, presa visione della documentazione medica acquisita nel frattempo, in particolare dei referti della _____, ha in effetti negato l'esistenza di una menomazione importante e durevole alla spalla sinistra (cfr. doc. I/377, p. 2: "Gestützt auf diese diagnostischen Grundlagen liegt an der linken Schulter kein dauerhafter unfallbedingter Schaden vor, (...), welcher die Erheblichkeitsgrenze für einen Integritätsschaden (IE) nach UVG erreicht. 5% IE würden erst bei einer wesentlich ausgeprägteren Arthrose, nämlich einer solchen mässigen Grades erreicht ..."). Il fiduciario si è peraltro riconfermato nelle proprie conclusioni dopo esame dei referti 26 luglio e 18 ottobre 2010 del dott. _____ (cfr. doc. I/385: "Das heisst, dass auch die Folgerungen in Bezug auf Integritätsschaden und Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen die gleichen bleiben."). Chiamato a pronunciarsi su una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, ma bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr.,

altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento enunciato dal dott.

_____, specialista proprio nella materia che qui interessa. Se é vero che il medico fiduciario dell'CO 1 non ha personalmente visitato l'insorgente (su questo aspetto, va segnalato che, nel 2010 e nel 2011, l'assicurato era in realtà stato invitato a sottoporsi a una visita medica fiduciaria a _____ [cfr. doc. I/373 e doc. I/407], ma egli aveva disertato gli appuntamenti, la prima volta poiché presentava una spalla sinistra bloccata [doc. I/375], la seconda siccome privo di patrocinatore [doc. I/408]), é altrettanto vero che egli ha potuto fondare la propria valutazione sulle risultanze degli approfonditi accertamenti effettuati presso la Clinica _____ di _____, i quali hanno evidenziato, dal profilo clinico, una mobilità della spalla sinistra praticamente libera e, da quello radiologico, uno stato post-operatorio senza particolarità in presenza di un diffuso assottigliamento della cartilagine gleno-omeroale senza indizi per una lesione cartilaginea, interpretato quale pre-artrosi (si veda la documentazione medica riassunta al consid. 2.6.4. del presente giudizio). Ora, é utile segnalare che, secondo la tabella n. 5 edita dalla _____ dell'CO 1 (" Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses "), non vi é diritto all'indennità in caso di artrosi soltanto incipienti (come é il caso nella presente fattispecie). Trattandosi dei disturbi della sensibilità interessanti l'arto superiore sinistro, va rilevato che, ancora in occasione del consulto del febbraio 2008, il neurologo dott. _____ ha ribadito che, nonostante gli ampi accertamenti eseguiti, non era stata possibile una loro oggettivazione (cfr. doc. I/331, p. 2). Questa sola ragione basta per escludere il diritto a un'IMI. In esito a quanto precede, l'Istituto assicuratore resistente ha dunque correttamente rifiutato il versamento di un'IMI per quanto riguarda la spalla sinistra. 2.9.6. Trattandosi invece del piede sinistro, il dott. _____ ha negato il diritto all'indennità per il motivo che i reperti oggettivati a quel livello, segnatamente la coalitio sotto-talare, non costituirebbero una conseguenza naturale dell'evento traumatico del 17 agosto 2002 (cfr. doc. I/377, p. 2: "Auch am linken Rückfuss liegt kein Integritätsschaden vor. Die im Rahmen von Abklärungen nach einer Rückfusskontusion links festgestellte subtalare Coalitio hat mit diesem Unfallereignis nichts zu tun ; es liegen auch keine Folgen dieses Ereignisses in diesem Bereich des Fusses mehr vor." - il corsivo é del redattore). Anche il dott. _____, anch'egli specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha di fatto negato l'esistenza di diagnosi in nesso causale con il sinistro in discussione (cfr. allegato al doc. XIII). Al riguardo, questa Corte constata che l'CO 1 aveva già negato l'eziologia infortunistica alla coalitio subtalare con la decisione formale del 2 novembre 2004 (cfr. doc. II/73), la quale era però stata in seguito annullata (cfr. doc. II/124). In sede di decisione su opposizione del 17 novembre 2006, l'Istituto aveva del resto esplicitamente precisato di aver "... ritirato la decisione 2.11.2004 e ammesso che la causalità fra le affezioni alla caviglia sinistra e l'infortunio del 17.8.2002 non é estinta ." (doc. II/128, p. 4 - il corsivo é del redattore). Il TCA osserva inoltre che, secondo gli specialisti della _____, la patologia in questione si trova ancora in nesso causale naturale con l'infortunio dell'agosto 2002, il quale é reputato aver peggiorato lo stato preesistente del piede sinistro (cfr. doc. II/75: "Herr RI 1 bespricht mit mir die Aetiologie des Leidens, worauf ich Herrn RI 1 versichere, dass die Koalitio vorbestehend ist, dass jedoch die Distorsion des Rückfusses eine richtungsgebende Verschlimmerung bewirkt hat . Aus diesem Grund ist aus meiner Sicht die heute bestehende Schmerzproblematik als unfallbedingt anzusehen." e doc. 7/Y: "So sind die Beschwerden im Rahmen der traumatisierten subtalaren Coalitio, welche sicherlich prätraumatisch schon

vorlag, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die OSG-Distorsion 2002 symptomatisch und somit auch als Ursache geltende gemacht werden kann." - il corsivo é del redattore). Sulla scorta di quanto precede, il TCA non ritiene che siano dati i presupposti per confermare senz'altro la decisione dell'CO 1 di negare l'IMI per la problematica interessante il piede sinistro, posto che già l'aspetto eziologico non é stato chiarito a sufficienza.

E. 2.9.6

, si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui a RI 1 é stato negato il diritto all'IMI per il danno al piede sinistro. L'assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGGA) volto a chiarire, innanzitutto, l'eziologia del danno alla salute interessante il piede sinistro e, se del caso, determinare l'eventuale diritto a un'indennità per menomazione all'integrità. 2.10. Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dello Studio RA 1 (cfr. doc. II). Parzialmente v inerte in causa, l'assicurato, patrocinato da un avvocato, ha diritto a un importo di fr. 2'200 a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'CO 1 (cfr. art. 61 lett. g LPGGA; art. 30 cpv. 1 Lptca). Visto l'esito della vertenza e il diritto a ripetibili, la richiesta di ammissione al gratuito patrocinio è divenuta 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).

E. 2.9.7

In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella 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 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: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il solo fatto che essa ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere di un proprio medico interno (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio

2015 consid. 3.2). Per le ragioni esposte al considerando

E. 5

edita dalla _____ dell'CO 1). Per quanto concerne invece il retro piede sinistro, il fiduciario ha sostenuto che la diagnosticata coalitio subtalare non avrebbe nulla a che vedere con l'evento traumatico dell'agosto 2002, di modo che, a quel livello, non vi sono più postumi infortunistici. Il dott. _____ ha infine dichiarato che, nonostante il danno infortunistico, la spalla sinistra può essere utilizzata per eseguire tutte le attività quotidiane, fatta eccezione per le mansioni che comportano forti sollecitazioni, ossia in caso di manipolazione di grossi pesi con il braccio sinistro in abduzione o elevazione (cfr. doc. I/377). Il dott. _____ si è riconfermato nella propria valutazione, dopo aver preso conoscenza dei referti 26 luglio e 18 ottobre 2010 del dott. _____ (cfr. doc. I/385). Nel novembre 2012, l'insorgente ha consultato il Centro per la chirurgia del piede della _____. Dal relativo referto, datato 13 novembre 2012, si evince che, nel frattempo (dal 2006), l'assicurato ha continuato a lamentare disturbi carico-dipendenti nella regione del retro piede mediale e laterale, come pure alla caviglia inferiore, senza però necessità di sottoporsi a una terapia analgesica. Dallo stesso documento risulta inoltre che la consultazione era dettata dal desiderio dell'assicurato di riaprire il suo caso. In dott. _____, Primario del succitato Centro, ha quindi confermato la diagnosi di coalitio subtalare, certamente preesistente all'infortunio del 2002, ma resa sintomatica in quell'occasione. Per quanto riguardava l'ulteriore procedere, egli ha proposto l'esecuzione di un'infiltrazione di cortisone nella regione della caviglia inferiore (cfr. doc. 7/Y). A margine della successiva visita di controllo (29 gennaio 2013), RI 1 ha rifiutato di sottoporsi all'infiltrazione propositagli. I sanitari l'hanno perciò invitato a riannunciarsi qualora fosse subentrato un peggioramento dei dolori (doc. 7/AA). Con rapporto del 20 marzo 2014, il dott. _____ ha attestato, in particolare, che gli esami di RMN del 26 maggio 2008, 12 agosto 2008 e 6 settembre 2012 avevano evidenziato uno stato post-operatorio senza particolarità con le relative alterazioni dopo acromioplastica. In sintesi, il ricorrente accusa delle esacerbazioni dolorose, necessitanti di terapie sintomatiche, che si trovano in nesso di causalità naturale con gli infortuni assicurati. A suo avviso, infine, RI 1 non è più in grado di svolgere attività che sollecitano la spalla sinistra (cfr. doc. 7/HD). Agli atti figurano pure delle certificazioni del curante, dott. _____, spec. FMH in medicina generale, secondo il quale, a causa dei postumi infortunistici interessanti la spalla e il piede sinistro, l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa totale per lavori pesanti, del 70% per attività leggere d'ufficio (doc. 7/Z). 2.6.5. Con la decisione su opposizione impugnata, l'Istituto assicuratore resistente ha negato l'esistenza di una ricaduta, per il motivo che "... né il dott. _____ né il dott. _____ hanno constatato un cambiamento della situazione rispetto al momento in cui la CO 1 ha chiuso il caso. Le cure effettuate non hanno peraltro portato ad alcun miglioramento della sintomatologia. L'assicurato lamenta dei dolori cronici le cui ripercussioni sulla capacità lavorativa e lucrativa sono già state esaminate e decise dai Tribunali. Giova pure sottolineare che in considerazione del fatto che al momento in cui la CO 1 ha sospeso il versamento delle indennità giornaliere (e cioè con l'1.9.2006 così come decisione dai Tribunali) l'assicurato non lamentava alcuna incapacità lucrativa, la CO 1 non è tenuta a prendere a proprio carico delle ulteriori cure in quanto le stesse non sono più destinate a ripristinare o a migliorare la capacità lavorativa ma tutt'al più ad evitare un peggioramento. L'art. 21 cpv. 1 LAINF concerne unicamente gli assicurati a beneficio di una rendita d'invalidità (sentenza del TF 8C_14/2010 del 4.8.2010)." (doc. I/446, p. 8s.). Secondo il TCA, le conclusioni dell'amministrazione devono essere approvate. Dalla

documentazione medica riassunta al considerando

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