

## **TI\_GERICHTE 35.2014.86 vom 25. Juni 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-06-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2014.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.86)

FR: TI\_GERICHTE 35.2014.86 du 25 juin 2015

IT: TI\_GERICHTE 35.2014.86 del 25 giugno 2015

### **Regeste**

Caduta da camion con trauma cranico. Negato che disturbi neuropsi., psichici, cefalee e tinnitus - privi di sostrato organico - costituiscono una conseguenza adeguata dell'infortunio. Rinvio atti all'amm. per stabilire esigibilità apparecchio acustico e decidere di nuovo su capacità lavorativa

### **Erwägungen**

#### **E. 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 alcun dubbio 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. 2.2.9. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti e vista anche l'assenza di rapporti specialistici divergenti, questo Tribunale ritiene che il parere espresso dall'ortopedico dott. \_\_\_\_\_, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Il TCA rileva del resto che la conclusione a cui è pervenuto il medico di circondario è conforme alla dottrina medica dominante, secondo la quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni alla colonna vertebrale, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito trascorsi alcuni mesi a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto (cfr. Bär/Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali; si veda pure E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, Hrsg. E. Baur, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985 ). Questa tesi dottrinale è stata peraltro recepita dalla giurisprudenza. Secondo il Tribunale federale, un aggravamento post-traumatico (senza lesione strutturale associata) di uno stato degenerativo anteriore della colonna vertebrale, precedentemente asintomatico, cessa di produrre i propri effetti trascorsi dai sei ai nove mesi, al più tardi dopo un anno (cfr. SVR 2009 UV n 1 p. 1; STF 8C\_562/2010 del 3 agosto 2011 consid. 5.1, 8C\_314/2011 del 12 luglio 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.3 e 8C\_679/2010 del 10 novembre 2010 consid. 3.3 ). Un aggravamento significativo e quindi duraturo di un'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito a un

infortunio è dimostrato soltanto quando l'indagine radiologica mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente a un trauma (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46s.). In una sentenza 8C\_677/2007 del 4 luglio 2008 - pubblicata in SVR 2009 UV Nr. 1 -, il TF ha precisato che non soltanto in caso di aggravazione traumatica di uno stato degenerativo preesistente non manifesto alla colonna vertebrale (STF 8C\_326/2008), ma pure in caso di alterazioni degenerative della colonna vertebrale sopraggiunte soltanto dopo l'infortunio, occorre ammettere, in via di massima, che un rapporto di causalità non è più dato dopo un anno. È inoltre utile segnalare che, in una sentenza U 60/02 del 18 settembre 2002, il TFA ha precisato che, nell'ambito dell'apprezzamento delle prove fondato sul criterio della verosimiglianza preponderante, possono essere presi in considerazione dei principi basati sull'esperienza medica, a condizione che essi riflettano l'opinione dominante. Sempre secondo l'Alta Corte, ciò deve valere in particolare per la dimostrazione del raggiungimento dello status quo sine. Nel caso di specie, il TCA ritiene certo che le alterazioni presenti a livello della colonna toracale (scoliosi sinistro-convessa e discopatia D8-D9 con piccola ernia discale in sede paramediana senza conflitti radicalari) e lombo-sacrale (spondilosi e spondilolistesi L5-S1) siano preesistenti al trauma occorso in data

#### **E. 15**

giugno 2012, l'assicurato ha riportato un trauma cranico, accompagnato da una frattura composta dell'osso occipitale destro con interessamento della rocca petrosa e del seno carotideo, nonché una contusione del rachide toraco-lombare (cfr. doc. 21 e doc. 54, p. 3). A seguito di ciò, egli ha denunciato, a destra, una perdita completa dell'udito e, a sinistra, un'ipoacusia da lieve a moderata, come pure disturbi neuropsicologici, psichici, cefalee e un tinnito a destra risultati privi di sostrato organico (cfr. il consid. 2.3.2.). I disturbi alla schiena sono rimasti in nesso di causalità naturale con l'infortunio per la durata massima di un anno (cfr. consid. 2.2.9.). Il TCA giudica soddisfatto il criterio della gravità o della particolare caratteristica delle lesioni lamentate, con particolare riferimento alla sentenza 8C\_742/2009 del 13 settembre 2010 consid. 5.2.1, in cui il TF ha ammesso l'adempimento di tale criterio, posto che l'assicurato nella caduta attraverso il vano di un lift aveva subito una violenta contusione del capo e riportato un trauma cranio-cerebrale con frattura della rocca petrosa sinistra, frattura della calotta parietale sinistra e un piccolo sanguinamento epidurale parietale a sinistra, l'emorragia si era arrestata dopo due giorni e l'audiometria aveva evidenziato un'ipoacusia dovuta all'ematotimpano e all'interruzione della catena degli ossicini dell'udito. Nessun elemento all'inserto permette di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Il TCA ritiene che non si possa nemmeno sostenere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Per ammettere l'adempimento di questo criterio, non ci si deve basare unicamente sull'aspetto temporale. Occorre parimenti considerare la natura e l'intensità del trattamento e se ci si può attendere un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato (cfr. STF 8C\_577/2007 del 23 gennaio 2008 consid. 7 e riferimento ivi citato). In questo senso, un trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, non ha di principio rilevanza nel quadro dell'esame dell'adeguatezza (STFA U 246/03 dell'11 febbraio 2004 consid. 2.4s. e U 37/06 del 22 febbraio 2007 consid. 7.3). Provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C\_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici e la prescrizione di manipolazioni, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C\_507/2010 del

## E. 18

ottobre 2010 consid. 5.3.4) . In concreto, la cura medica legata alle sequele organiche oggettivamente dell'infortunio del giugno 2012, é consistita nell'iniziale degenza presso il Servizio di chirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (dal 15 al 21 giugno 2012), durante la quale sono state disposte misure diagnostiche e somministrata all'assicurato una terapia analgesica medicamentosa (cfr. doc. 46). Durante il periodo 7-28 febbraio 2013, RI 1 ha soggiornato presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove sono stati essenzialmente applicati dei provvedimenti fisioterapici per ridurre il dolore al rachide (cfr. doc. 96). Dalle tavole processuali emerge inoltre che il ricorrente si é sottoposto a periodiche visite mediche di controllo in ambito ORL (presso il Servizio di otorinolaringoiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e il dott. \_\_\_\_\_). Di tutta evidenza, la cura medica applicata all'assicurato non ha dunque avuto un'intensità tale da giustificare l'adempimento del criterio in discussione (per un caso in cui questa Corte ne ha per contro ammesso la realizzazione, si veda la STCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico). Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non é soddisfatto . In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C\_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nel caso di specie, il decorso si é in effetti rivelato complicato ma ciò poiché si é ben presto sovrapposta una sintomatologia giudicata priva di substrato organico che, come tale, non può essere presa in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso causale (cfr. STF 8C\_1044/2010 succitata ). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del grado e durata dell'incapacità lavorativa , poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità al limite di quelli leggeri, la realizzazione di tre criteri (quello della gravità o della particolare caratteristica delle lesioni lamentate é stato ammesso in precedenza) non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Si deve quindi concludere che i disturbi neuropsicologici, quelli psichici, le cefalee e il tinnito, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico del 15 giugno 2012 e, come tali, non sono nemmeno di pertinenza dell'assicuratore resistente. V isto che il relativo obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, q uesta Corte ritiene che l a questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV 5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata). 2.4. Capacità lavorativa a far tempo dal 1° aprile 2014, tenuto conto dei soli postumi somatici oggettivamente dell'infortunio del 15 giugno 2012. 2.4.1. 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 LPGGA, 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. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. 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).

2.4.2. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince che, tenuto conto dei soli postumi infortunistici della sfera ORL, l'amministrazione ha reputato l'insorgente in grado di riprendere a tempo pieno la sua abituale professione di autista di mezzi pesanti (cfr. doc. 191, p. 8). In proposito, va innanzitutto rilevato che RI 1 soffre di un'ipoacusia neurosensoriale confinante con una sordità a destra e di un'ipoacusia da lieve sino a moderata a sinistra. D'altro canto, il TCA constata che, secondo il parere del medico fiduciario dell'CO 1, anche al danno uditivo all'orecchio sinistro deve essere riconosciuta una (almeno parziale) eziologia infortunistica (cfr. doc. 172, p. 1). Per quanto concerne la capacità lavorativa, il dott. \_\_\_\_\_ ha ammesso che, dal profilo ORL, è senz'altro esigibile che l'assicurato eserciti l'attività lavorativa d'autista di mezzi pesanti, a condizione che porti un adeguato apparecchio acustico, ciò che è peraltro esigibile (cfr. doc. 172, p. 1 s.: "Was die Eignung anbetrifft, so kann oben genanntem Versicherten die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur aus ORL-ärztlicher Sicht voll zugemutet werden, vorausgesetzt, dass er ein adäquates Hörgerät trägt. Auch das Tragen eines Hörapparates ist ihm aus ORL-ärztlicher Sicht durchaus zumutbar." - il corsivo è del redattore).

2.4.3. L'art.

## **E. 21**

cpv. 4 LPGA si applica anche alle prestazioni in natura, le quali comprendono pure i mezzi ausiliari (cfr. DTF 133 V 511 consid. 4.2).

2.4.4. In sede di decisione su opposizione, l'CO 1 ha osservato, da una parte, che "... il tentativo effettuato, su suggerimento del dott. \_\_\_\_\_, specialista ORL alla CO 1, (...), di adattare un apparecchio acustico a destra

per mascherare il rumore e a sinistra per migliorare la capacità uditiva e quella di comprensione non ha portato alcun frutto.” e, dall'altra, che “dopo aver preso atto dei certificati del dott. \_\_\_\_\_ prodotti a sostegno dell'opposizione in data 3.6.2014, il dott. \_\_\_\_\_ ha ribadito che l'attività di autista di mezzi pesanti risulta esigibile per l'assicurato a condizione che porti un apparecchio acustico e indicato che il porto di un apparecchio acustico é esigibile.” (doc. 191, p. 8). Ora, delle due l'una. O l'utilizzo di un apparecchio acustico a sinistra é inesigibile e allora, in base alla valutazione del dott. \_\_\_\_\_ (“... vorausgesetzt, dass er ein adäquates Hörgerät trägt.” - il corsivo é del redattore), RI 1 non avrebbe potuto essere dichiarato totalmente abile nell'attività di autista oppure il provvedimento in parola é esigibile ma, in tal caso, l'amministrazione avrebbe dovuto rispettare la necessaria procedura di cui all'art. 21 cpv. 4 LPGA (sollecitazione scritta + assegnazione di un adeguato termine di riflessione), ciò che non risulta che essa abbia fatto. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale reputa quindi che già la questione inerente all'esigibilità della protesizzazione dell'orecchio sinistro, questione determinante visto che il fiduciario dell'CO 1 ha fatto dell'utilizzo di un apparecchio acustico la conditio sine qua non per ammettere la piena abilità lavorativa del ricorrente, non sia stata sufficientemente delucidata dall'assicuratore resistente.

2.4.5. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella 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 Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der

Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)". (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) é libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPG: " 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 del proprio medico fiduciario (per un caso analogo, si veda la STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni esposte al considerando 2.4.4., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata, nella misura in cui, tenuto conto dei soli postumi infortunistici della sfera ORL, l'assicurato é stato dichiarato totalmente abile al lavoro dal 1° aprile 2014. L'assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre una perizia esterna (cfr. art. 44 LPG) volta a chiarire se l'utilizzo di un apparecchio acustico a sinistra costituisce o meno un provvedimento

esigibile.

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