

TI_GERICHTE 35.2015.12 vom 30. September 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-09-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.12

FR: TI_GERICHTE 35.2015.12 du 30 septembre 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.12 del 30 settembre 2015

Regeste

Assicurato, già beneficiario di rendita, é vittima di un 2° infortunio che peggiora l'inv.. Soppressione della rendita da parte del 1° assic. Negata adeg. del nesso causale tra disturbi psi. e secondo infortunio. Rinvio per stabilire grado d'invalidità tenuto conto del danno alla salute globale

Erwägungen

E. 1

fa invece valere che la patologia psichica di cui soffre deve essere riconosciuta dall'amministrazione "... poiché in nesso causale adeguato con l'infortunio del 21 aprile 2011." (doc. I, p. 13). Da parte sua, questa Corte osserva che l'aspetto psichico è stato indagato dal dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, su incarico dell'amministrazione. Dal suo rapporto datato 14 agosto 2013 si evince che RI 1 presentava un disturbo misto di personalità con tratti emotivamente instabili, passivo-aggressivo (ICD-10: F60.8), una sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4) e un disturbo di personalità depressivo (distimia - F34.1) (doc. 45, p. 13). A proposito della patogenesi delle affezioni diagnosticate, lo psichiatra fiduciario ha spiegato trattarsi, con verosimiglianza preponderante, di un "... disturbo psicogeno molto probabilmente già apparso in età giovanile e legato a una difficilissima e precaria situazione familiare ...". Quanto al ruolo giocato dagli infortuni, egli ha precisato che essi "... non sembrano essere stati vissuti come un "dramma esistenziale" che ha intaccato l'integrità della sua rete sociale o il più ampio sistema dei valori sociali. Al contrario, si ha quasi l'impressione che gli infortuni costituiscano dei fattori "protettivi" che lo preservano da angosce più profonde riguardo alla tragica storia personale vissuta durante l'infanzia. Durante i colloqui non si è mai mostrato risentito verso le persone che erano state implicate negli infortuni o verso il destino che si era ripetutamente accanito verso di lui (l'ultimo incidente è però capitato senza la responsabilità di terzi). Ciò che impressiona di più è invece il suo generale atteggiamento verso la vita e in particolare verso le figure femminili che reputa responsabili delle ingiustizie subite. In questo senso si tratta di sentimenti e vissuti profondamente radicati e preesistenti agli infortuni in questione che per lui sembrano psichicamente più facilmente elaborabili, perché attribuibili ad un agente esterno chiaramente identificabile (l'infortunio). Gli è invece precluso, vista la scarsa capacità introspettiva, accedere ai vissuti più profondi e nascosti che riguardano le tragiche vicende della sua infanzia/adolescenza." (doc. 45, p. 14). Il dott. _____ ha quindi dichiarato che le turbe psichiche interessanti gli aspetti affettivi costituiscono una conseguenza soltanto possibile degli eventi traumatici in questione, mentre il disturbo somatoforme persistente ha probabilmente un'eziologia infortunistica (doc. 45, p. 14s.). Infine, sempre secondo lo psichiatra consultato dall'amministrazione, i disturbi psichici di natura traumatica causano un'incapacità

lavorativa del 10-20% nell'esercizio di un'attività adeguata (doc. 45, p. 15). Unitamente al proprio ricorso, l'assicurato ha prodotto una certificazione, datata 9 dicembre 2014, della dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Secondo la psichiatra curante, il ricorrente "... è da considerarsi totalmente inabile al lavoro. Considerato il decorso e la gravità dell'affezione un miglioramento dello stato psichico tale da permettere un aumento della capacità lavorativa non è prevedibile, motivo per cui l'incapacità lavorativa è da considerare a tempo indeterminato." (cfr. doc. G). Tutto ben considerato, il TCA ritiene che la questione eziologica e quella relativa all'entità dell'incapacità lavorativa legata alla problematica psichica, possa rimanere insoluta, visto che quest'ultima non si trova in nesso di causalità adeguata con l'infortunio del 21 aprile 2011, così come verrà meglio dimostrato qui di seguito.

2.2.5. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, in relazione all'evento dell'aprile 2011, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Per quanto riguarda la dinamica, dalla documentazione agli atti si evince che, nell'affrontare la rotonda di _____, probabilmente a causa di una macchia d'olio, la motocicletta su cui si trovava RI 1 è scivolata, causando la torsione del piede destro rimasto incastrato sotto il veicolo. La diagnosi posta dai sanitari della _____ è stata quella di distorsione Lisfranc con frattura intra-articolare a livello della base del metatarso I del piede destro (cfr. doc. 3). Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, nè le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questo Tribunale, il sinistro accaduto al ricorrente può essere classificato tra gli infortuni di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. A titolo di confronto, questa Corte segnala che il TF ha ritenuto di grado medio (senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi) l'infortunio occorso a un assicurato che, mentre circolava con la propria motocicletta su una strada principale in condizioni di forte pioggia, entrò in collisione frontale a una velocità di 60-70 km/h con un'autovettura che gli aveva tagliato la strada; la violenza della collisione fu tale che l'assicurato, in stato di elevata dispnea, fu intubato sul luogo dell'incidente ed elitrasmportato all'ospedale (STF U 78/07 del 17 marzo 2008 consid. 5). Pure di grado medio, e non al limite della categoria degli eventi gravi, è stato considerato l'infortunio occorso a un motociclista che stava utilizzando, a una velocità di circa 50 km/h, la corsia riservata ai mezzi pubblici per superare dalla parte sinistra una colonna di veicoli fermi, quando un'autovettura uscì improvvisamente dalla colonna, provocando il tamponamento da parte del centauro, il quale si procurò due fratture al femore destro (STFA U 115/05 del 14 settembre 2005 consid. 2.4.). Dello stesso grado di gravità (medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) è stato ritenuto l'infortunio occorso a un'assicurata la cui moto si scontrò con un camion, si incastrò sotto il paraurti anteriore dell'automezzo e fu spinta, con l'assicurata ancora in sella, per oltre nove metri. L'assicurata si procurò una lussazione all'anca, una frattura del bacino, un'abrasione alla gamba sinistra e varie contusioni (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002 consid. 3.3.2.). In una sentenza 35.2014.71 del 15 aprile 2015, questa Corte ha qualificato allo stesso modo, ovvero infortunio di grado medio al limite della categoria inferiore, l'incidente della circolazione stradale in cui un'assicurata, in sella al proprio scooter, è stata urtata da un'autovettura, la cui conducente si era accorta tardivamente che vi era una colonna quasi ferma d'innanzi a lei, cadendo a terra e riportando la frattura non dislocata del capitello radiale sinistro. Il giudice è, quindi, tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal TFA e qui evocati al consid. 2.2.3.. Affinché

possa essere ammessa l'adeguatezza del nesso causale, sarebbe necessario che un fattore sia presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 10/2010 UV 25 p. 100ss., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri -, devono essere adempiuti quattro criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Innanzitutto, questo Tribunale non può individuare nel modo in cui si è svolto l'evento in questione delle circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o una particolare spettacolarità: in fondo, si è trattato di un "normale" incidente della circolazione stradale. Del resto, anche nelle pronunzie federali citate in precedenza, riguardanti delle fattispecie ben più gravi di quella sub iudice, l'Alta Corte non ha considerato adempiuto il criterio in discussione oppure lo ha ritenuto realizzato non in modo particolarmente incisivo. D'altro canto, quella riportata dal ricorrente - una distorsione del Lisfranc con frattura intrarticolare della base del metatarso I del piede destro -, costituisce una lesione certamente non banale ma nemmeno grave o particolarmente idonea a provocare un'elaborazione psichica abnorme. A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, delle lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Nessun elemento all'inserto permette inoltre 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 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). In concreto, la cura medica è consistita, durante le prime sei settimane dopo il trauma, nell'utilizzo di un tutore Walker e nella somministrazione di un anticoagulante. Successivamente, l'assicurato si è sottoposto ad alcuni cicli di fisioterapia in acqua e a secco. Con certificazione del 18 giugno 2012, il medico curante dott. _____ riferiva che la terapia era ormai limitata all'assunzione di analgesici (doc. 30; in questo senso si veda pure il doc. 33). 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, è vero che la deambulazione viziata conseguente al danno riportato all'estremità inferiore destra ha peggiorato direzionalmente la pregressa situazione a livello del ginocchio destro (su questo aspetto, si veda il doc. 47, p. 9), tuttavia, secondo questo Tribunale, ciò non basta ancora per considerare adempiuto il criterio in questione. In effetti, occorre tener conto che, nonostante i postumi residuali dell'evento traumatico dell'aprile 2011 (piede e ginocchio destro), il ricorrente è stato dichiarato in grado di riprendere un'attività lavorativa adeguata nella misura almeno del 75% (cfr. doc. 47, p. 11 – in questo senso, si veda la STF 8C_15/2013 del 24 maggio 2013 consid. 10). D'altro canto, non può neppure essere ignorata la decisione dell'assicurato di rinunciare a sottoporsi a ulteriori cure mediche, dopo che, a margine del consulto del 27 gennaio 2012, il dott. _____ e il PD dott.

_____ avevano consigliato una ricostruzione del LCA e del LCL del ginocchio destro (cfr. doc. 47, p. 4). 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 questi due criteri da soli, in presenza di un infortunio di media gravità al limite di quelli leggeri, 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). In conclusione, se ne deduce che l'infortunio assicurato non ha avuto, secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, un significato decisivo per l'instaurazione della problematica psichica: l'adeguatezza del nesso di causalità non può, quindi, venire ammessa. In esito a quanto precede, la CO 1 era dunque legittimata a definire il diritto alle prestazioni di lunga durata facendo astrazione dalla problematica psichica.

2.3. Entità della rendita d'invalidità. 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF

130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti 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 . 2.3.3. Nella concreta evenienza, dalla decisione formale del 19 settembre 2014 si evince che l'amministrazione ha accordato all'assicurato una rendita d'invalidità del 42% dal 1° ottobre 2014, facendo capo, per quanto concerne l'esigibilità lavorativa, alla valutazione espressa al riguardo dal proprio medico fiduciario (cfr. doc. 48, p. 1). Nel suo rapporto 9 ottobre 2013, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha in effetti sostenuto che, tenuto conto delle sequele infortunistiche di competenza dell'CO 1, RI 1 risulta essere "... abile al lavoro in misura almeno dei ¾ nello svolgimento di attività prevalentemente sedentarie, con possibilità di libera scelta o per lo meno cambiamento regolare della posizione dell'arto inferiore destro al di sotto del pieno di lavoro e senza necessità di gestione di una pedaliera con la gamba/il piede destro.". Il fiduciario ha inoltre precisato che "le difficoltà di mantenimento di una posizione seduta in relazione con la pregressa frattura femorale sinistra ed eventuali problemi nell'ingaggio della mano destra in relazione con la pregressa lesione legamentaria scafo-lunare, risultano in effetti essere di pertinenza assicurativa della _____." (doc. 47, p. 9). Con la propria impugnativa, l'assicurato ha tra l'altro fatto valere che nel calcolo del grado d'invalidità l'assicuratore resistente avrebbe omissso d'includere ex art. 100 cpv. 3 OAINF la rendita del 10% che egli percepiva dall'_____ a seguito dell'infortunio del 9 gennaio 1985 (doc. I, p. 10). Chiamato a pronunciarsi in merito, il TCA rileva che, conformemente alla giurisprudenza, si deve riconoscere una sola rendita quando l'invalidità è imputabile a più infortuni e che occorre perciò utilizzare delle basi di calcolo unitarie (rendite combinate; cfr. DTF 123 V 45 e RAMI 1998 p. 91). Sempre secondo la giurisprudenza, questo principio deve valere anche quando gli infortuni sono coperti da assicuratori diversi. Ciò risulta dall'art. 77 cpv. 3 lett. b LAINF che disciplina la cooperazione degli assicuratori in caso di reiterato infortunio. Fondandosi su questa norma, il Consiglio federale ha emanato l'art. 100 OAINF (obbligo alle prestazioni in caso di reiterato infortunio). Questa disposizione regola il rapporto tra più assicuratori LAINF (cfr. STFA U 345/02 del 30 aprile 2004 consid. 5.2 e riferimenti ivi menzionati) Il capoverso 2

dell'art. 100 OAINF recita che se l'assicurato s'infortuna nuovamente durante la cura per uno o più infortuni, ma dopo la ripresa di un'attività assicurata, l'assicuratore tenuto ad effettuare le prestazioni per il nuovo infortunio effettua pure quelle per gli infortuni precedenti, per quanto il nuovo infortunio dia diritto a indennità giornaliera. Gli altri assicuratori interessati gli rimborsano queste prestazioni, senza indennità di rincaro, in proporzione all'entità causale; in tal modo si liberano dal proprio obbligo di effettuare prestazioni. Gli assicuratori interessati possono derogare a questa regola per convenzione, in particolare se il nuovo infortunio ha conseguenze sensibilmente meno gravi del precedente. Secondo il capoverso 3, se il beneficiario d'una rendita assegnata per un primo infortunio è vittima d'un nuovo infortunio che modifica il grado d'invalidità, l'assicuratore tenuto alle prestazioni per il secondo infortunio deve effettuare tutte le prestazioni. L'assicuratore tenuto alle prestazioni per il primo infortunio versa al secondo assicuratore l'importo corrispondente al valore capitalizzato, senza indennità di rincaro, della parte di rendita imputabile al primo infortunio. Si libera in tal modo dal proprio obbligo. Sempre in questo contesto, la dottrina ha precisato che i danni alla salute addebitabili a diversi infortuni assicurati devono essere riuniti e deve essere stabilita una sola rendita per l'invalidità complessiva. L'entità globale di tale invalidità può corrispondere all'addizione dei gradi d'invalidità che risultano dai diversi infortuni oppure può anche essere più elevata o più bassa (cfr. P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1995, p. 138). A proposito dell'applicabilità dell'art. 100 cpv. 3 OAINF al caso di specie, messa in dubbio dal patrocinatore dell'assicuratore convenuto (cfr. doc. III, p. 10), questo Tribunale osserva in primo luogo che, al momento dell'infortunio dell'aprile 2011, l'insorgente si trovava al beneficio di una rendita d'invalidità del 10% concessa a seguito dell'infortunio assicurato presso l'_____ (cfr. consid. 1.2.). D'altro canto, avendo la CO 1 riconosciuto una rendita del 42% a dipendenza dell'infortunio di sua competenza (cfr. consid. 6), è evidente che quest'ultimo evento ha comportato una modifica del grado d'invalidità ai sensi della succitata disposizione d'ordinanza. Infine, trattandosi dell'obiezione dell'CO 1 secondo la quale la rendita _____ non si giustificava più alla luce del reddito realizzato presso la _____, ci si limita a rilevare che non compete al TCA verificare la correttezza della prestazione corrisposta dall'_____ fino al 30 settembre 2014. Del resto, non può essere ignorato che, proprio in applicazione dell'art. 100 cpv. 3 OAINF, la CO 1 ha incassato dall'_____ un importo pari a fr. 89'593.70, corrispondente al valore capitalizzato della parte di rendita imputabile all'infortunio occorso nel 1985. Accertato che l'art. 100 cpv. 3 OAINF può trovare applicazione nella presente fattispecie, in ossequio alla giurisprudenza e alla dottrina appena citate, l'Istituto assicuratore convenuto avrebbe dovuto fissare il grado d'invalidità prendendo in considerazione sia il danno alla salute derivante dall'infortunio di sua competenza sia quello risultante dall'evento traumatico di pertinenza dell'_____. Così come si evince chiaramente dal suo referto del 9 ottobre 2013, il dott. _____ ha invece valutato l'esigibilità lavorativa dell'assicurato tenendo conto unicamente del danno alla salute interessante l'arto inferiore destro (cfr. doc. 47, p. 11: " Per quanto attiene agli eventi infortunistici del 14.10.2009 e 22.4.2011 , il signor RI 1 risulta essere abile al lavoro nell'ordine di grandezza dei $\frac{3}{4}$ nello svolgimento di un'attività prevalentemente sedentaria, con possibilità di libera scelta o per lo meno cambiamento regolare della posizione dell'arto inferiore destro al di sotto del piano di lavoro, senza necessità di gestione di una pedaliera con il piede destro." – il corsivo è del redattore). In queste condizioni, la fattispecie necessita di un complemento d'istruttoria, non potendo escludere che, considerando il

danno alla salute infortunistico nel suo insieme, ne derivi una diversa valutazione dell'esigibilità lavorativa e, quindi, un diverso grado dell'invalidità (su questo aspetto, si veda del resto il doc. 47, p. 9). D'altra parte, il TCA non può nemmeno seguire la patrocinatrice dell'assicurato allorché pretende che al grado d'invalidità stabilito dalla CO 1 (42%) si debba semplicemente aggiungere la rendita riconosciuta dall' _____ (10%) (cfr. doc. XII, p. 2). 2.3.4. 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) è 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 LPGA: " 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), visto che il rapporto agli atti elaborato dallo specialista interpellato dall'amministrazione necessita di essere completato. Per le ragioni esposte al considerando 2.3.3., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata, nella misura in cui all'assicurato è stata assegnata una rendita d'invalidità del 42%. L'assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà risottoporre il caso al dott. _____ affinché valuti l'esigibilità lavorativa prendendo in considerazione il danno alla salute infortunistico nella sua globalità. Sulla base delle relative risultanze, la CO 1 dovrà poi definire nuovamente l'entità della rendita d'invalidità spettante a RI 1.

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