

TI_GERICHTE 35.2018.102 vom 21. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.102

FR: TI_GERICHTE 35.2018.102 du 21 août 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2018.102 del 21 agosto 2019

Regeste

Determinazione del grado d'invalidità. Esistenza di dubbi, perlomeno lievi, a proposito della valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dai medici interni all'amministrazione.

Rinvio atti per disporre perizia esterna

Erwägungen

E. 16

LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute.

D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione.

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni.

Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe.

Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, laSTFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e laSTFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01).

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 LPGGA).

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.

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.

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191 ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga

correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.3. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta

questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. DF 134 V 109 consid. 9.5.; RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, pag. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (cfr. DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. STF 8C_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, pag. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 2.5. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di

provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572 ss. , l'Alta Corte ha rilevato che anche l'art. 16 LPGa non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGa. 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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 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 del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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). 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. 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. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b). 2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'CO 1 ha posto RI 1 al beneficio di una rendita d'invalidità del 22% dal 1° giugno 2016 tenuto conto degli infortuni del 1997 e 2011, rispettivamente del 24% dal 1° gennaio 2018 tenuto conto anche dell'evento traumatico accaduto nel dicembre 2016. Per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, il ricorrente è stato ritenuto totalmente abile in attività più leggere rispetto a quelle svolte in precedenza, facendo capo alla valutazione del

medico _____ (cfr. doc. 367, p. 5 ss. – fasc. 2). Con la propria impugnativa, l'insorgente contesta il fatto che l'amministrazione abbia valutato l'esigibilità lavorativa facendo astrazione dalla sindrome del tunnel tarsale sinistro e dalle lombalgie, ritenute estranee agli infortuni assicurati, e pretende che i postumi residuali dei tre infortuni non gli consentirebbero in realtà di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, nemmeno delle attività da leggere a mediamente pesanti (cfr. doc. I). Chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte constata che, successivamente al sinistro del dicembre 2016, in data 15 maggio 2017, il ricorrente è stato visitato dal dott. _____, spec. FMH in chirurgia, il quale “per ben valutare sia l'esigibilità lavorativa sia la situazione complessiva dell'assicurato”, ha disposto l'esecuzione di un consulto neurologico da parte del dott. _____ e di una radiografia sotto carico delle ginocchia (doc. 307, p. 8 – fasc. 2). Secondo il neurologo appena citato, RI 1 soffriva in particolare di dolori al ginocchio sinistro, alla spalla destra, alla caviglia sinistra, al tendine d'achille destro, al piede sinistro e a livello lombare, ritenendo che solo una piccola parte di questi disturbi era imputabile a una patologia di natura neurologica (“La sintomatologia in generale, in questo paziente oggi 47 anni, senza dubbio è complessa con diversi fattori evidenti, come descritto nel rapporto della Dr.ssa _____, nella maggior parte con una patologia reumatologica, scheletro-muscolare, ortopedica, da una piccola percentuale neurologica e da una parte funzionale reattiva.”). Egli ha quindi ammesso la presenza di una sindrome del tunnel tarsale a sinistra, responsabile dei “sintomi fastidiosi al piede sinistro”, mentre ha escluso l'esistenza sia di una lesione del nervo peroneo sia di una sindrome del tunnel carpale (doc. 301 – fasc. 2). Il 6 novembre 2017 ha avuto luogo la visita di chiusura, sempre a cura del dott. _____. In quell'occasione, il medico _____ ha rilevato che a livello della spalla destra non vi erano “... particolari problemi in quanto la risonanza magnetica dimostra un'artrosi locale lieve con tendinopatia degenerativa al sovraspinato senza rottura”, che a livello della tibiotarsica sinistra non vi era stata una “... ulteriore progressione della situazione dove peraltro la valutazione neurologica del dott. med. Emmenegger dimostra esclusivamente una sindrome del tunnel metatarsale di tipo reumatologico estranea all'infortunio”, che a livello del ginocchio sinistro “... la situazione è stabile anche dal punto di vista chirurgico e non si prevedono trattamenti chirurgici successivi al momento”, che a livello del ginocchio destro “... la situazione è relativamente stabile e indubbiamente in caso di progressione dell'artrosi locale e delle limitazioni funzionali più consistenti si potrà pensare in futuro a un eventuale trattamento chirurgico se ve ne sarà l'opportunità” e che, trattandosi dei dolori interessanti gli arti inferiori, una parte di essi era “... dovuta a una situazione di artrosi lombare e di dolori recidivanti a livello lombare oltre a una situazione diffusa di tipo reumatologico praticamente centrata anche su una situazione più evidente a livello della tibiotarsica a sinistra ma come si ripete è indubbiamente estranea all'infortunio.”. D'altro canto, il medico fiduciario ha dichiarato l'insorgente totalmente abile (sia dal profilo del tempo di lavoro che da quello del rendimento) in attività rispettanti le seguenti limitazioni funzionali: “ (...) L'assicurato non ha nessuna limitazione per sollevare pesi multi leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, e leggeri 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado può sollevare pesi medi 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare pesi molto pesanti superiori ai 45 kg fino all'altezza dei fianchi. Nessuna limitazione per sollevare oltre l'altezza del petto sino a 5 kg, talvolta può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg. Nessuna limitazione per lavoro leggero e di precisione, spesso può effettuare lavoro con maneggio di attrezzi medi, mai può effettuare maneggio di attrezzi pesanti e lavoro manuale rozzo o molto pesante.

Talvolta può effettuare la rotazione della mano. Spesso può effettuare lavori sopra la testa, nessuna limitazione per lavori che comportano la rotazione del tronco, la posizione seduta e inclinata in avanti, mentre invece spesso può mantenere una posizione in piedi e inclinata in avanti, mai può tenere una posizione inginocchiata, talvolta può effettuare flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta, spesso può mantenere la posizione in piedi, nessuna limitazione per la posizione di libera scelta. Senza limitazione per camminare fino a 50 m, talvolta per tratti superiori ai 50 m, di rado camminare per lunghi tratti, mai può camminare su terreno accidentato. Spesso può salire e scendere le scale, mai può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile, mentre lo stare in equilibrio è impossibile.” (doc. 331 – fasc. 2) Con apprezzamento del 31 gennaio 2018, il dott.

_____ ha precisato che, a fronte dello stato infortunistico, RI 1 non è in grado di esercitare “... un'attività lavorativa di autista a tempo pieno in quanto come citato nelle precedenti visite _____ l'assicurato non riesce a guidare per due o tre ore di fila per le ovvie controindicazioni derivanti dalla patologia in atto. Tuttavia questo non significa che non possa farlo parzialmente come di fatto al momento attuale già sta facendo.” (doc. 339 – fasc. 2). Interpellato dall'amministrazione nel quadro della procedura di opposizione, il medico _____ si è in sostanza riconfermato nelle proprie conclusioni riguardanti gli aspetti diagnostico, eziologico e dell'esigibilità lavorativa (doc. 366 – fasc. 2: “..., si conferma quanto effettuato e statuito con la visita _____ di chiusura del 06.11.2017, particolarmente per quanto riguarda gli esiti funzionali, il danno biologico pure e la diagnosi con essere correlate. Si ribadisce che gli accertamenti successivi effettuati non hanno dimostrato un cambiamento oggettivo anatomico e funzionale strumentalmente dimostrato della situazione in atto, bensì hanno posto la possibilità della correzione di un difetto rotuleo già preesistente, senza però apportare fatti nuovi che possono modificare sostanzialmente la funzionalità delle articolazioni così da dover rivedere l'esigibilità lavorativa a suo tempo espressa. Per quanto riguarda le altre sedi di lesione, si conferma quanto a suo tempo espresso e qui ribadito circa il nesso di causalità e il dato clinico obiettivo e quello strumentale.”). Pendente causa, l'CO 1 ha prodotto un apprezzamento, datato 29 novembre 2018, del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha condiviso le considerazioni enunciate dal collega _____, fatta eccezione per la questione concernente l'eziologia della diagnosticata sindrome del tunnel tarsale a sinistra (cfr. doc. VII 1, in particolare la p. 11: “Il medico _____ attribuisce inoltre questa sindrome esclusivamente a fattori morbosi. Dal nostro punto di vista non possiamo condividere pienamente quest'affermazione. Infatti, come esposto precedentemente, troviamo diversi fattori di tipo post-infortunistico, che avrebbero potuto causare la formazione di una sindrome di tunnel tarsale. Il decorso dell'assicurato ha mostrato però un esito molto favorevole in merito, senza comportarne dei disturbi aggravanti e duraturi al piede sinistro.”). Agli atti figura pure una perizia allestita nel marzo 2017 dalla dott.ssa _____, spec. FMH in reumatologia, su incarico del ricorrente, la quale è pervenuta a delle conclusioni divergenti rispetto a quelle formulate dai medici di fiducia dell'CO 1, in particolare per quanto riguarda l'entità della capacità lavorativa residua dipendente dai postumi infortunistici. La specialista ha diagnosticato delle gonalgie invalidanti a destra, un complesso algico interessante il ginocchio, la coscia, la gamba e il piede sinistro, un deficit funzionale e dei dolori persistenti a livello del polso e della mano sinistra, una sindrome lombospondilogenica cronica, nonché dei dolori cronici alla spalla destra (doc. 291, p. 1 s. – fasc. 2). A suo avviso, posto come l'assicurato non sia più in grado di compensare i disturbi funzionali di origine traumatica, ha sviluppato dolori

ingravescenti a livello dei piedi, del tendine d'achille destro, della spalla e della regione lombare, motivo per cui presenta una capacità lavorativa limitata al 50% in tutte le attività, anche in quelle più leggere (doc. 291, p. 5 s. – fasc. 2). In corso di causa, il ricorrente ha versato agli atti il rapporto 14 febbraio 2019 del dott. _____, suo psichiatra curante dal gennaio 2018, il quale ha formulato le diagnosi di sindrome affettiva persistente e di iperalimentazione per problemi psicologici. Questa la valutazione ivi contenuta: " (...) Si tratta di un soggetto che, già prima dell'incidente del 2011, presentava una personalità premorbose muta dal punto di vista psichiatrico. Successivamente è andato incontro all'insorgenza di una fragilizzazione del suo sistema psichico, con l'insorgenza di una sindrome affettiva persistente media, con un umore subdepresso e modificazione delle capacità di tollerare gli stress, nonché alterazione anche degli impulsi. Assieme alla sindrome affettiva persistente con un umore sub-depresso ha sviluppato un disturbo dell'impulso alimentare, arrivando ad effettuare delle abbuffate notturne. Ambedue le patologie sono una conseguenza verosimilmente diretta dei diversi infortuni, occorsi a decorrere dal giugno 1997. Si è innescato inoltre un circuito della rabbia per quanto successo, in relazione anche alla presenza di dolorabilità continuative, che agiscono sull'equilibrio in un modo negativo. Spesso ha un rimuginio su quanto successo dall'incidente in poi, presenta un senso di svilimento e di frustrazione dal punto di vista psichico, nonché un senso di fragilizzazione dell'IO. Durante la notte, a tratti, vive degli stati d'ansia. Presenta quindi un vissuto di frustrazione con un disturbo del sonno, spesso frammentato e alterato. Durante l'insonnia notturna il rimuginio su quanto successo diventa significativo. Dal punto di vista psichiatrico quindi si è innescata inizialmente una sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali, in seguito all'infortunio del 2011. Successivamente questa sindrome si è evoluta in una sindrome affettiva persistente, con rimuginio, episodi di ansia, modificazione del ciclo del sonno, con frammentazione del sonno, nonché iperalimentazione notturna. Dal lato del carattere ha iniziato a diventare più inquieto, arrabbiato, frustrato per quanto successo. Il pensiero è andato incontro a un rimuginio su quanto successo, presentando una complessa gestione dei dolori, che tuttora non ha potuto essere migliorata malgrado la psicoterapia prestata. Dal punto di vista psichiatrico egli è inabile al lavoro nella misura del 40% e questo in maniera continuativa e perdurante in qualsiasi attività lavorativa. Questo grado di incapacità lavorativa può esser solo in minima parte inglobato nell'inabilità dovuta alle patologie neurologiche, ortopediche e reumatologiche." (doc. XIII 1) Invitata a formulare delle osservazioni sulle considerazioni espresse dallo psichiatra curante (doc. XIV), la rappresentante dell'istituto resistente è in proposito rimasta silente (cfr. doc. XVII). 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Nel caso sub iudice, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione impugnata nella misura in cui l'insorgente è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 22% dal 1° giugno 2016, aumentata al 24% dal 1° gennaio 2018. In effetti, in merito alla questione della capacità lavorativa residua legata ai postumi residui dei tre infortuni assicurati, aspetto che sta alla base della determinazione del grado dell'invalidità, agli atti figurano referti contraddittori – da una parte quelli dei dottori _____ e _____ (capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive adeguate), dall'altra quello elaborato dalla dott.ssa _____ (inabilità del 50% in qualunque attività lavorativa) - che non consentono al TCA di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). Occorre inoltre tenere conto che da parte dell'insorgente è stato prodotto un rapporto specialistico attestante l'esistenza di una problematica psichica, conseguenza naturale degli eventi traumatici assicurati, all'origine di un'incapacità lavorativa del 40% in qualsiasi attività lavorativa (cfr. doc. XIII 1). Anche questo aspetto, ignorato dall'amministrazione, deve essere oggetto di approfondimenti. Del resto, la giurisprudenza federale ha già avuto modo di precisare che l'assicuratore infortuni non può, in una decisione suscettibile di opposizione, disgiungere le cause possibili

d'invalidità - in quella fattispecie, danni fisici da un lato e danni psichici dall'altro - per prevalersi in seguito della carenza di opposizione contro detto atto, escludente la sua responsabilità per una delle cause solamente, giustificando un rifiuto parziale di rendita (cfr. DTF 116 V 159 consid. 1). Tutto ben considerato, dalla documentazione a disposizione emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei rapporti medici sui quali l'istituto assicuratore ha fondato la propria decisione di considerare il ricorrente in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività alternativa adeguata, dubbi che inducono questo Tribunale a discostarsene (per un caso recente in cui la Corte federale ha annullato il giudizio cantonale ritenendo che, alla luce dei referti agli atti dei medici consultati dall'assicurato, alle considerazioni espresse dal medico _____ non poteva essere data "quella sufficiente conclusione, tale da escludere anche il minimo dubbio di una soluzione differente", si veda la STF 8C_23/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3).

2.9. 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) 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), già per il fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul solo parere dei propri medici fiduciari (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni già esposte al considerando 2.8., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui all'assicurato è stata assegnata una rendita d'invalidità del 22% dal 1° giugno 2016 e del 24% dal 1° gennaio 2018 e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGA) volto a definire l'esigibilità lavorativa tenuto conto del solo danno alla salute infortunistico. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 sarà poi chiamato a determinare di nuovo il grado dell'invalidità .

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