

TI_GERICHTE 35.2018.39 vom 24. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.39

FR: TI_GERICHTE 35.2018.39 du 24 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2018.39 del 24 ottobre 2018

Regeste

RI 15%. IMI: 10%. Opinioni specialistiche contrastanti su eziologia infortunistica o meno del dolore alla coscia destra (interessata da infortunio). Perizia ad opera di un medico indipendente ex art. 44 LPGGA. Ripetibili

Erwägungen

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 R DAT 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. Oggetto del contendere è il riconoscimento da parte dell'CO 1 di una rendita d'invalidità del 15% e di un'IMI del 10% all'assicurato in relazione all'infortunio del 10 marzo 2014. 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 LPGGA) 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. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41 ss.). 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. 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 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 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, p. 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 (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. RAMI 1992 U 142, p. 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). 2.5. 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). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato

gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). 2.6. Vale qui comunque la pena di ricordare che la nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorché, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la

valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.7.2; STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.8.3).

2.7. Dalle carte processuali emerge che, con decisione formale del 10 luglio 2017, l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 15% a contare dal 1° giugno 2017 mentre gli è stata rifiutata un'indennità per menomazione dell'integrità (IMI; doc. 237). A seguito dell'opposizione interposta il 14 settembre 2017 (e completata il 29 dicembre 2017) dalla lic. iur. RA 1 di _____, per conto dell'assicurato (doc. 248 e doc. 258), l'CO 1 ha raccolto gli apprezzamenti medici del 7 marzo 2018 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. 272 e 273) e, in data 6 aprile 2018, dopo aver negato una relazione causale naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato alla coscia e al ginocchio destro, ha accolto parzialmente l'opposizione, confermando una rendita d'invalidità del 15% a far tempo dal 1° giugno 2017 e riconoscendo un'IMI del 10% per la sofferenza neurogena cronica del muscolo tibiale anteriore destro (doc. 274). Da parte sua, il ricorrente fa valere - fondandosi in particolare sulla certificazione del 12 dicembre 2017 del dr. med. _____, radiologo presso la casa di cura " _____ " a _____ in provincia di _____ (Italia), con riferimento alla RMN coscia-RMN ginocchio destro (doc. 259), sul parere medico legale del 18 dicembre 2017 del dr. med. _____, medico chirurgo, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, a _____ (doc. 260) e sull'ecografia muscolotendinea del 22 settembre 2017 (doc. 261), come pure sulla descrizione dell'infortunio risultante dal messaggio di posta elettronica del 3 maggio 2018 (doc. A6) - che, in considerazione di un apprezzamento della CO 1 che ignora in modo palese, nella concessione dell'IMI come pure nella valutazione dell'esigibilità lavorativa, a torto la problematica alla coscia destra e la conseguente instabilità del ginocchio destro, s'imporrebbe una rivalutazione da parte dell'amministrazione, eventualmente sulla base di un ulteriore accertamento medico specialistico presso la Clinica _____ di _____.

2.8. 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 consid. 4.4 e consid. 4.7, 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti in ossequio alla procedure di cui all'art. 44 LPGa, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.2 e 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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). Vale qui altresì la pena di ricordare che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxismässig unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht

zulässig, ...”; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell’8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). 2.9. Dagli atti dell’incarto si evince che RI 1, a causa dell’infortunio del 10 marzo 2014, è stato degente nel servizio di chirurgia ortopedica e traumatologia dell'Ospedale _____ di _____ fino al 24 marzo 2014, sottoponendosi il 10 marzo 2014 alla " Riduzione aperta ed osteosintesi con posa di fissatore esterno Hoffmann II a livello di gamba destra " e il 17 marzo 2014 alla " Asportazione di fissatore esterno tipo Hoffmann II alla gamba destra e riduzione aperta e osteosintesi frattura complessa biossea gamba destra con placca tibiale " (cfr. doc. 2, 14, 15 e 16). L'ecografia delle parti molli del 17 aprile 2014, per sospetto ematoma in fase organizzativa, aveva messo in evidenza " diffuse ipercogenicità del tessuto sottocutaneo a livello ventre laterale della coscia destra, DD diffuso ematoma in fase organizzativa " mentre non " si rilevano raccolte di liquido. Non versamento articolare visualizzabile del recesso sovrapatellare " (doc. 18). A causa dei dolori accusati dopo l'infortunio all'arto inferiore destro, l'assicurato ha effettuato svariate indagini che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica come pure numerose visite mediche specialistiche (sia in Svizzera sia in Italia) rispettivamente si è sottoposto a parecchie sedute di fisioterapia. Il 16 ottobre 2015 RI 1 si è sottoposto ad un intervento di " Asportazione del materiale di osteosintesi tibia destra ", ad opera del dr. med. _____, Primario del servizio di chirurgia dell'Ospedale _____ di _____ (doc. 127). A causa della persistenza dei dolori all'arto inferiore destro, in particolare a livello del ginocchio e della coscia, ove aveva pure sviluppato delle parestesie laterali, l'assicurato si è nuovamente sottoposto a svariate indagini che sono state effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche e di immagine radiologica come pure numerose visite/valutazioni mediche, alcune delle quali specialistiche (segnatamente in ambito neurologico). In particolare, il 24 ottobre 2016 il medico fiduciario, dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha negato una relazione causale naturale tra le parestesie laterali sviluppate dall'assicurato alla coscia destra e l'infortunio del 10 marzo 2014 (doc. 170). Al termine della visita medica di chiusura del 15 novembre 2016, il dr. med. _____, dopo aver accertato l'esistenza di una ipestesia alla coscia destra, ha consigliato " una visita neurologica per chiarire al situazione dell'ipestesia. In base al reperto neurologico si stabilirà il procedere " e dopo aver ritenuto lo stato di salute stabilizzato, ha stabilito l'esigibilità lavorativa dell'assicurato, ritenendo l'assicurato abile nella misura massima possibile (doc. 173). Il 14 marzo 2017 RI 1 è stato visitato dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, che ha attestato quanto segue: " (...) dal punto di vista clinico il paziente descrive una ipo e disestesia sulla coscia laterale destra, nonché sulla gamba mediale destra fino alla caviglia mediale destro. Sensibilità profonda. conservata, nessun chiaro deficit di forza, riflessi bene evocabili e simmetrici in tutte le sedi. Vi è anche una lieve ipotrofia globale all'arto inferiore destro, maggiormente a livello del retto femorale che presenta anche una infossatura in sede centrale della grandezza di circa 5x5cm. All'esame EMG segni chiari di una sofferenza neurogena cronica del muscolo tibiale anteriore destro con esame EMG del muscolo vasto laterale e gemello laterale destri nella norma. All'esame ENG il nervo peroneo motorio

destro presenta un'ampiezza molto bassa come anche il nervo safeno un'ampiezza molto bassa del potenziale sensitivo con parametri ENG del nervo tibiale motorio destro e peroneo superficiale sensitivo destro nella norma. Ricordo che il Dr. med. _____ che aveva sottoposto il paziente ad esame ENG-EMG il 27.01.2017, aveva riscontrato le stesse anomalie. In pratica dal quadro clinico ed elettrofisiologico emerge una neuropatia del nervo peroneo destro, piuttosto netta senza può che essa sia associata ad un deficit di forza o chiaro deficit sensitivo, in pratica è asintomatica. Vi è poi una neuropatia del nervo safeno destro, compatibile con l'ipoestesia descritta dal paziente sulla gamba mediale destra e del piede mediale destro, a riguardo il paziente soggettivamente descriveva anche una iperestesia ai tocco, clinicamente però non riproducibile, clinicamente neanche segni di un'allodinia. Vi è poi un'ipoestesia sulla coscia laterale destra molto presumibilmente nell'ambito di una neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale destro, ricordo che il trauma principale il paziente l'ha avuto a livello della coscia laterale destra con ematoma vasto. Globalmente le neuropatie sono compatibili con il trauma avuto, a tre anni dal danno subito non mi aspetto più significativi cambiamenti di essi. E però difficile mettere in relazione la sintomatologia algica accusata dal paziente con le neuropatie su descritte, il paziente descrive soprattutto un dolore a livello del ginocchio con gonfiore locale, sintomatologia che appare indipendente dalle neuropatie. Infine da segnalare un'ipotrofia del retto femorale destro con la infossatura su descritta, a riguardo si tratta probabilmente di un danno post contusivo della massa muscolare, è difficile prevedere se con un trattamento fisioterapico mirato si possa migliorare questa situazione. In ogni caso non ho chiari argomenti di una neuropatia del nervo femorale alla base di questa problematica del retto femorale, ricordo che all'esame EMG del muscolo vasto laterale era nella norma, anche il riflesso rotuleo è ben evocabile e simmetrico." (doc. 199) L'ecografia muscolotendinea del 22 settembre 2017 ha messo in evidenza una " Alterazione fibrillare muscolare da riferire a possibili esiti cicatriziali estesi per circa 2 x 3.5 cm a livello di retto femorale al III medio " mentre non si rilevano " raccolte a livello delle regioni di coscia ds esplorabili " (doc. 261). Il 12 dicembre 2017 RI 1 si è sottoposto ad una RMN coscia e RMN ginocchio destro. Nel relativo referto il radiologo, dr. med. _____, ha attestato quanto segue: " (...) Coscia destra: l'indagine eseguita comparativamente al lato controlaterale evidenzia a destra una irregolarità del segnale in corrispondenza della porzione più mediale del muscolo vasto laterale al terzo medio della coscia con aspetto di sfumata iperintensità di segnale delle fibre muscolari disposte in adiacenza di un'immagine lineare di basso segnale nelle sequenze T1 e T2 pesate da riferire ad un'alterazione posttraumatica di data non recente secondaria ad una lesione parziale senza retrazione delle fibre muscolari del muscolo vasto laterale di destra. (...). Ginocchio destro: presenza di esiti chirurgici con posizionamento di mezzi di fissazione in esiti di frattura biossea della gamba trattata con mezzi di sintesi che risultano attualmente rimossi. Sono presenti esiti di ricostruzione del legamento crociato anteriore e di verosimile regolarizzazione del menisco mediale. Modesto versamento intraarticolare con ispessimento della sinovia. È presente un quadro di meniscopatia degenerativa del menisco mediale e del menisco laterale con fissurazione del menisco laterale a livello del corpo meniscale con rottura del menisco mediale a livello del corpo meniscale in menisco lasso. Conservata la continuità dei legamenti crociati e collaterali. Irregolarità della cartilagine articolare della rotula e dei condili femorali per condromalacia di III-IV grado senza evidenza di secondaria sofferenza dell'osso subcondrale. Alterazioni degenerative sovrapposte dell'articolazione femoro-tibiale e femoro-rotulea. Assenza di lesioni ossee focali sostitutive. CR: esiti di lesione parziale, senza retrazione di fibre, del muscolo vasto

laterale della coscia destra. (...). Meniscopatia degenerativa del menisco laterale e del menisco mediale con rottura del menisco mediale in menisco lasso. Normoesiti di plastica del legamento crociato anteriore. Condropatia femoro-rotulea in discreta gonartrosi." (doc. 259) Il 18 dicembre 2017 il dr. med. _____, medico chirurgo, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, a _____, consultato privatamente dall'assicurato, dopo averlo visitato personalmente, ha attestato quanto segue: " (...) Nell'evento traumatico del 10.03.2014 il Sig. RI 1 riportò la frattura complessa biossea della gamba destra trattata chirurgicamente. Dopo riabilitazione e ripresa della attività lavorativa, nel mese di febbraio 2017 fu licenziato per le difficoltà allo svolgimento della propria attività lavorativa di meccanico edile in Svizzera. Attualmente si riscontrano rilevanti deficit funzionali e ipotonotrofia muscolare di tutto l'arto inferiore di destra giustificati dall'esito fratturativo e dalla neuropatia del nervo peroneo destro, come riscontrato in una elettroterapia del 27.01.2017. Oltre al deficit funzionale ed articolare del ginocchio e della caviglia di destra residua ipotonotrofia muscolare, ipoestesia alla coscia destra nell'ambito di una neuropatia del nervo femoro-cutaneo laterale destro in esito ad un trauma a livello della coscia laterale di destra con vasto ematoma e conseguente liponecrosi tuttora presente. Alla luce di quanto sopraindicato, in considerazione della presenza di una limitazione di forza all'arto inferiore destro come è riscontrabile dalla presenza di una ipotonotrofia muscolare dell'arto, dalla limitazione della motricità per deficit articolare del ginocchio e della caviglia destra in soggetto con condropatia di grado medio post-traumatico, riscontriamo la netta compromissione alla prolungata deambulazione ed alla protratta stazione eretta. Tali affermazioni risultano, inoltre, sostenute da una recente risonanza magnetica nucleare del ginocchio destro che evidenzia gravi compromissioni legamentose, meniscali e muscolari oltre a condropatia in artrosi. Tale quadro menomativo determina, quindi, una compromissione della capacità lavorativa del soggetto in attività confacenti alle sue attitudini e da lui esigibili. Le menomazioni residue all'arto inferiore destro, infatti, impediscono al Sig. RI 1 lo svolgimento di attività lavorative pesanti e da lui esigibili, in base alle sue capacità lavorative ed alla sua formazione. (...)" (doc. 260) Interpellato dall'CO 1 in merito alla documentazione medica versata agli atti dall'assicurato, in data 6 febbraio 2018, il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, alla domanda se " Le problematiche alla coscia e al ginocchio destro sono in relazione causale almeno probabile con l'infortunio del 10.3.2014? " ha risposto " Coscia NO, gin SI ", puntualizzando quanto segue: " (...) L'assicurato ha avuto una frattura della tibia diafisaria senza coinvolgimento della articolazione femoro-tibiale né tibio-talare. Si nota uno stato dopo plastica LCA quale può influire il decorso degenerativo o dell'articolazione femorotibiale. Non era stato menzionato un problema con il ginocchio dopo l'infortunio del 10.3.2014. La degenerazione femorotibiale med. è solo lieve e la lesione dei menischi lo stesso. Sono passati più di 3 anni dall'infort. Non vedo un importante peggioramento del gin. Con una condropatia di massimo 2-3 grado. Nessun edema o versamento presente. 2. Conferma la precedente esigibilità espressa dal Dr. _____ quale rispetta una diminuzione del carico per il gin. (...)" (doc. 264). In data 7 marzo 2018, il dr. med. _____ ha osservato quanto segue: " IMI sul danno biologico includendo la lesione della tibia e peroneo e la parziale lesione del nervo peroneo, 10% " (doc. 268). Nel proprio apprezzamento medico del 7 marzo 2018 il dr. med. _____, ha rilevato quanto segue: " (...) L'amministrazione mi chiede se la problematica alla coscia e al ginocchio destro sia in relazione causale almeno probabile con l'infortunio del 10 marzo 2014. Si ricorda che nell'infortunio ha avuto unicamente un danno

diretto alla tibia destra che ha causato la frattura della diafisi tibiale e al perone. La frattura non coinvolgeva l'articolazione del ginocchio destro né ha compromesso le strutture all'interno per quanto riguarda il legamento crociato anteriore e posteriore, legamento collaterale o i menischi. Nel decorso clinico e radiologico come anche nelle valutazioni presso tra l'altro il dr. med. _____ (per es. visita del 11.03.2015) viene descritta una mobilità della caviglia e del ginocchio buona e pressoché simmetrica al lato opposto. Buona la stabilità del ginocchio. Persistenza di atrofia a livello del quadricipite spiegabile a causa della mancanza di carico post-infortunio. Nel rapporto del mese di settembre 2015 del dr. med. _____ si descrive un ginocchio destro asciutto, senza versamento, con stabilità senza particolarità sia a livello laterale che sagittale. L'assicurato è già stato dichiarato abile nella misura del 50%. Il 17.03.2014 viene asportato il materiale di osteosintesi senza complicazione. Nella valutazione del 03.03.2016 del dr. med. _____ si descrive che l'assicurato ha ripreso il lavoro negli ultimi tempi nella misura del 100%. Essendo che ha sentito un dolore e sensazione di instabilità a livello del ginocchio destro come pure gonfiore, viene rivalutato. Si notava una atrofia del quadricipite a destra con una differenza della circonferenza a 15 cm sopra la rotula di 15 mm (47,5 a destra e 49 a sinistra). La mobilità del ginocchio è buona e simmetrica. Test di Lachman con percorso leggermente aumentato rispetto a sinistra ma con arresto duro. Il cassetto anteriore mostra una minima differenza rispetto al lato opposto. Segno di Apley negativo. La consultazione del 1 settembre 2016 presso il dr. med. _____ viene valutata sovrapponibile in confronto a quello del dr. med. _____. Viene valutata l'anca che mostra una mobilità bilateralmente piuttosto limitata in intra-rotazione, la flessione del ginocchio destro risulta inferiore al controlaterale di circa 15°. La stabilità del ginocchio è conservata. La caviglia risulta essere stabile e normalmente mobile. Viene valutata una discreta mancanza di coordinazione e in parte di forza. Nell'annuncio dell'infortunio come anche nel corso dell'anno 2014-15-16 non è stato mai rilevato un problema con l'anca né è stata valutata una lesione né un edema o un ematoma. Non è mai stato descritto un danno oggettivabile. (...). Per quanto riguarda la situazione del ginocchio destro, si può constatare che la situazione è paragonabile in confronto alla RM del 17 marzo 2016. Erano presenti piccole fissurazioni del menisco mediale come anche del corpo laterale che non cambiavano con la terapia particolare. Era già presente una condropatia di III grado femoro-patellare con edema osseo sottocondrale e intercondilare attualmente non più presente. Non vi erano significative alterazioni della cartilagine femoro-tibiale. Quindi si può constatare che l'infortunio non ha portato ad una lesione significativa al ginocchio destro. Leggera instabilità dopo plastica LCA che non è cambiata con l'infortunio ma è un problema preesistente ad un infortunio del 2011 (caso _____) che non influisce il decorso dell'infortunio del 10.03.2014 e non cambia né l'esigibilità, né la IMI. La neuropatia del nervo peroneo destro con probabilità preponderante può essere legate all'infortunio del 10 marzo 2014. Lo stesso si ricorda che l'esame viene menzionato di non essere confrontato con un deficit di forza o chiari deficit sensitivi, in pratica l'assicurato è asintomatico. La ipoestesia descritta dall'assicurato sulla gamba mediale destra e del piede mediate destro, clinicamente non era riproducibile clinicamente neanche mostrava segni di una allodinia. Quindi la neuropatia non influisce il passo in quanto la muscolatura non mostra nessun deficit di forza e sensitivo. Siccome l'assicurato ha già ripreso l'attività lavorativa all'inizio al 50% e successivamente anche al 100% era possibile unicamente con una buona ripresa della muscolatura avendo una stabilità nella deambulazione. Riguardando la problematica dell'accusata ipoestesia sulla coscia laterale destra sono possibili neuropatie del nervo femoro-cutaneo laterale a destra

che può provocare un disturbo superficiale della sensibilità ma non influisce la motricità della muscolatura. Il radiologo nella sua valutazione ha sospettato in una immagine di basso segnale una lesione parziale senza retrazione delle fibre muscolari del muscolo vasto laterale di destra e ipotrofia del 1/3 prossimale del muscolo del retto femorale con retrazione, entrambe non di recente data. Ho visionato personalmente la RM e si trovano tutti i muscoli della coscia e del quadricipite presenti con forma e larghezza normali senza infiltrazione grassa che sarebbe presente caso di una rottura o distacco anche parziale. Si tratta quindi di una lesione solo possibile che non era mai presente clinicamente siccome nel decorso dal 3.2014 non è stato mai menzionato un problema alla muscolatura del femore bilaterale e non è mai stato descritto un trauma diretto o indiretto al femore prossimale bilaterale. Non è presente nessuna distalizzazione del muscolo. Gli esami clinici hanno sempre mostrato una buona funzionalità del femore bilaterale. Quindi si tratta di una descrizione dalla quale non si trova una conferma clinicamente in tutti gli esami clinici e radiologici. Questa ipotesi del radiologo non ha nessun influsso sulla valutazione dell'esigibilità né della IMI. Per quanto riguarda l'esigibilità del lavoro espressa dal dr. med. _____ il 15.11.2016 è già stato valutato un carico ridotto riguardando anche la posizione del ginocchio. La valutazione espressa significa una attività lavorativa leggera al massimo medio-pesante. Questa esigenza si riferisce unicamente al danno infortunistico, quindi problemi extra-infortunistici riguardanti il problema del ginocchio destro non possono essere valutati a carico della CO 1. Valutando i rapporti del dr. med. _____ e _____ non vedo un argomento valido per cambiare l'esigibilità espressa in precedenza. Di conseguenza si nega un nesso causale riguardante la problematica della coscia sinistra come anche destra e la problematica preesistente dell'infortunio riguardante il ginocchio destro. (...)" (doc. 273) Nel proprio apprezzamento medico del 7 marzo 2018 il dr. med. _____, ha osservato quanto segue: "(...) Valutando la frattura pluriframmentaria della tibia come anche del peroneo si nota una buona situazione con osso guarito senza instabilità o residui. Per quanto attiene all'osso tibiale e peroneo, guarito bene ed è stabile, non persiste diritto ad IMI. Per quanto riguarda la sofferenza neurogena cronica del muscolo tibiale anteriore destro, che con probabilità preponderante può essere messa in relazione con l'infortunio del 10 marzo 2014, si può valutare secondo la tabella 2.2, dove per una lesione totale del nervo peroneo viene assegnato un 10%. In questo caso siamo confrontati solo con una lesione cronica parziale, per la quale, dopo 3 anni post-infortunio con probabilità preponderante non ci si può aspettare un recupero totale del nervo. Visto che nella lista non viene presa in considerazione una lesione parziale, con per es. un 5%, in questo caso riteniamo giustificato assegnare un 10%, valutando la problematica globale. (...)" (doc. 272) 2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali specialistici, concordare con le conclusioni dell'amministrazione, dato che nel caso di specie, come appena riassunto al consid. 2.9, si è in presenza di opinioni specialistiche contrastanti a proposito dell'eziologia infortunistica - sostenuta dai medici specialistici consultati privatamente dall'assicurato - o meno secondo il parere del dr. med. _____ - delle problematiche riguardanti la coscia destra dell'assicurato che, val qui la pena evidenziare, è stata interessata dall'infortunio in oggetto (cfr. l'ecografia delle parti molli del 17 aprile 2014: doc. doc. 18). Per quanto poi riguarda le problematiche relative il ginocchio destro dell'assicurato, la situazione si complica ulteriormente se si considera che è addirittura lo stesso medico fiduciario, innanzitutto, a ritenere il 6 febbraio 2018 che le problematiche al ginocchio destro sono in relazione causale almeno probabile con l'infortunio in questione ma che comunque può essere

confermata l'esigibilità a suo tempo espressa dal medico fiduciario, dr. med. _____, al termine della visita medica di chiusura del 15 novembre 2016, in quanto rispettosa di una diminuzione del carico per il ginocchio (doc. 264) e, secondariamente, a fissare il 7 marzo 2018 un'IMI sul danno biologico includendo la lesione della tibia e peroneo e la parziale lesione del nervo peroneo, 10% " (doc. 268). Nel successivo apprezzamento medico del 7 marzo 2018 il dr. med. _____, ha tuttavia negato una relazione causale almeno probabile tra la problematica al ginocchio destro e l'infortunio del 10 marzo 2014, confermando l'esigibilità posta dal medico _____, dr. med. _____, al termine della visita medico-_____ di chiusura del 15 novembre 2016, ove era già stato valutato un carico ridotto riguardando anche la posizione del ginocchio e puntualizzando che essa si riferiva unicamente al danno infortunistico e che i problemi extra-infortunistici riguardanti il ginocchio destro non potevano essere valutati a carico della CO 1. (doc. 273). Nel proprio apprezzamento medico del 7 marzo 2018 il dr. med. _____, ha inoltre riconosciuto un'IMI del 10%, puntualizzando che per quanto l'osso tibiale e peroneo, guarito bene e stabile, non esisteva diritto ad un'IMI mentre per la sofferenza neurogena cronica del muscolo tibiale anteriore destro, che con probabilità preponderante poteva essere messa in relazione con l'infortunio del 10 marzo 2014, visto che secondo la tabella 2.2 per una lesione totale del nervo peroneo è assegnato un 10% e nella lista non è presa in considerazione una lesione parziale (com'è nel caso di specie), con per es. un 5%, ha ritenuto giustificato assegnare un 10% "valutando la problematica globale " (doc. 272). Alla luce di tali divergenti valutazioni medico-specialistiche, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, escludere che, come sostenuto dal ricorrente, i disturbi di cui soffre alla coscia destra ed al ginocchio destro, sono in nesso causale con l'evento traumatico del 10 marzo 2014 e devono pertanto essere presi in considerazione nella valutazione dell'esigibilità lavorativa e dell'IMI. 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 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo stesso si veda pure la STF 8C_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.2). Questa soluzione si giustifica tanto più tenuto conto che, stante quanto precede, gli stessi pareri allestiti dal medico fiduciario sono contraddittori (cfr. doc. 264 e 268 vs. doc. 272 e 273). Pertanto, per le ragioni che precedono, questa Corte, ritiene che vi siano elementi sufficienti per sollevare quantomeno lievi dubbi circa la fondatezza delle valutazioni espresse il 7 marzo 2018 dal dr. med. _____ (cfr. doc. 272 e 273), poste alla base della decisione su opposizione impugnata (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e DTF 135 V 465) e rendere im prescindibile la messa in atto, da parte dell'assicuratore LAINF, di un approfondimento peritale specialistico volto ad accertare se i disturbi di cui soffre l'assicurato al ginocchio destro ed alla coscia destra possano essere ritenuti, oppure no - e nell'affermativa, se del caso, fino a quando - in nesso causale probabile con l'infortunio del 10 marzo 2014 e, di conseguenza, se devono pertanto essere presi in considerazione nella valutazione dell'esigibilità lavorativa e dell'IMI. Trattandosi d'assicurati che hanno subito un danno infortunistico agli arti inferiori, il TCA ricorda di avere in passato di regola ammesso una completa capacità lavorativa (con pieno rendimento) in attività idonee. La fattispecie sub iudice si differenzia dalle precedenti per il motivo che l'insorgente ha sviluppato pure delle problematiche neurologiche (neuropatie all'arto inferiore destro), circostanza che potrebbe giustificare una diversa soluzione, e, quindi, aspetto che merita appunto di essere approfondito mediante una perizia specialistica esterna. 2.11. 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 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 fatto che essa ha fondato la decisione impugnata 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 già esposte al considerando 2.9 e 2.10, si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’CO 1 per la messa in atto, previo aggiornamento degli atti AI, di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPG (cfr. STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018; 8C_586/2017 del 20 dicembre 2017). Sulla base delle relative risultanze peritali, l’assicuratore LAINF sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto alle prestazioni dell’assicurato, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 1° giugno 2017. 2.12. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.10 e 2.11), il TCA rinuncia anche all’assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

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