

TI_GERICHTE 35.2019.17 vom 28. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.17

FR: TI_GERICHTE 35.2019.17 du 28 août 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.17 del 28 agosto 2019

Regeste

Determinazione entità della menomazione dell'integrità. Esistenza di dubbi, perlomeno lievi, a proposito della valutazione espressa dai medici interni all'amministrazione. Rinvio all'amministrazione per esecuzione di perizia esterna. Ammesso diritto a rimborso costi per perizia privata

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. L'oggetto della lite è circoscritto all'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'insorgente a dipendenza dell'infortunio occorsogli il 25 settembre 2015. 2.3. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.4. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica, mentale o psichica è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24 segg. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., pag. 121). 2.5. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca

una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, pag. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 pag. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, pag. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.6. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, pag. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.7. Nel caso di specie, con la decisione formale del 23 marzo 2018, l'CO 1 ha assegnato all'assicurato un'IMI del 15% a dipendenza dei postumi dell'evento traumatico del settembre 2015, e ciò facendo capo all'apprezzamento 24 gennaio 2018 del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Questo il suo tenore: " (...). 1. Reperti Stato dopo caduta senza conoscenza della dinamica con Frattura traumatica tipo C di L2 con grave compressione della causa con frattura dell'arco anteriore della III, IV, V, VI e VII costa a sinistra. Di stacco parcellare alla base del collo della scapola con frattura della porzione dell'apice a sinistra. Frattura del processo trasverso sinistro di D12, L1, L2, L3 e L4. Stato dopo decompressione del sacco durale a livello di L1 e L2, plastica durale, riduzione della frattura di L2 e stabilizzazione posteriore con viti transpeduncolari da Th11 a L4 (monitoraggio elettrofisiologico oltre 4 ore) il 25.09.2015. Stato dopo revisione di plastica durale lombare e sistema di stabilizzazione posteriore toraco-lombare il 5.10.2015 in presenza di pseudo-meningocele lombare. Stato dopo sviluppo di una laparocèle lombare sinistra post-intervento per approccio ventrale, lombare. Stato dopo cura di laparocèle lombare con rete Cabs Air 90 mm il 25.11.2016 (dr. med. _____). Stato dopo infiltrazione peri-radicolare L5 bilaterale il 19.12.2017 (Ospedale _____). Sviluppo di una vescica neurogena in un contesto di paraplegia incompleta sensitivo-motoria sub-D12. (...). 2. Valutazione del danno all'integrità $10 + 5\% = 15\%$

3. Motivazione Secondo la tabella 7.2 del volume della menomazione dell'integrità, per una affezione della colonna lombare riguardante i dolori permanenti che aumentano sotto

carico e presenti anche a riposo con una angolazione fino a 10°, si valuta una IMI tra il 5 e il 10%. In caso di dolore moderato con carico, dolore raro a riposo o non avendo dolore con rapido recupero viene valutato da 0 a 5%. In questo caso, dove si notano dolori sopportabili permanenti, che possono aumentare sotto carico con e senza a riposo, un 10% è giustificato. Valutando infine il disturbo neurologico permanente riguardante il diffuso disturbo della sensibilità superficiale ma più importante sviluppo di una vescica neurogena in un contesto di paraplegia incompleta sensitivo motoria su D12, sotto l'articolo 4 è previsto un aumento tra il 5 e il 15%. In questo caso dove l'assicurato ha raggiunto una buona autonomia tramite cateterismo con un detrusore con miglioramento, si può raggiungere un 5% per un totale di 15%." (doc. 336 – fasc. 1) Nel quadro della procedura di opposizione, l'assicurato ha prodotto una valutazione del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha contestato le conclusioni a cui è pervenuto il medico _____ dell'CO 1 in merito all'entità della menomazione dell'integrità. Queste le considerazioni da lui espresse: " (...) La quantificazione della IMI, in particolare per quanto attiene alla scala funzionale del dolore, risulta essere in apparente contrasto con l'entità dei disturbi descritti dal dr. _____ nel rapporto del 20.7.2017, così come e in particolare con la necessità di ricorrere tuttora a un trattamento antalgico regolare a base di oppiacei. Con riferimento alla tabella 7 estratto LAINF edizione Suva 2001, tenuto conto dell'intensità effettiva dei dolori residui e non di quella risultante dalla terapia medicamentosa antalgica in atto, ritengo di riflesso giustificato il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità del 15%. Nell'apprezzamento del 24.1.2018 viene riconosciuta una IMI del 5% per il "disturbo neurologico permanente riguardante il diffuso disturbo della sensibilità superficiale ma più importante sviluppo di una vescica neurogena in un contesto di paraplegia incompleta sensitivo motoria su D12, sotto l'articolo 4 è previsto un aumento tra il 5 e il 15%. In questo caso dove l'assicurato ha raggiunto una buona autonomia tramite cateterismo con un detrusore con miglioramento". La quantificazione del 5% è stata ritenuta facendo riferimento al capitolo 4 della tabella 7 estratto LAINF edizione Suva 2001, prendendo il valore minimo previsto dalla forchetta a disposizione in presenza di disturbi neurologici residui. Nel caso specifico del signor RI 1 il riferimento alla tabella 7 risulta non essere appropriato. Le lesioni midollari vengono in effetti trattate in maniera dettagliata nella tabella 21 pubblicata dalla Suva nel 2006. (...). Concretamente, sulla base degli elementi a disposizione, il signor RI 1 presenta una paraplegia incompleta al di sotto di Th12 corrispondente a una classe di lesione D-E secondo la scala ASIA ritenuta nella tabella 21 al capitolo D capoverso b, rispettivamente, una sindrome della cauda e/o cono midollare (vedi a conferma in questo contesto oltre alla disfunzione urinaria e anale anche il disturbo della sensibilità perianale/peri-genitale e quello sensitivo-motorio incompleto degli arti inferiori) ritenuta nella tabella 21 al capitolo C. Benché dettagliato, in assenza di una quantificazione della forza dei diversi pacchetti muscolari, l'esame effettuato dal dr. _____ in data 20.12.2017 non permette di ritenere l'assenza completa di deficit neurologici motori al di sotto di Th12. Indipendentemente da questo dato di fatto, le condizioni per il riconoscimento di una classe di lesione E (tabella 21, capitolo D, capoverso b) non sono soddisfatti neppure in presenza di disturbi residui delle funzioni sensoriali. Tenuto conto di quanto precede, la tabella 21 estratto LAINF edizione Suva 2006 giustifica il riconoscimento di una IMI del 45% in presenza di una lesione ASIA D-E al di sopra di L2, rispettivamente di almeno il 40% in presenza di una sindrome del cono midollare e/o della cauda. In considerazione di quanto precede, i postumi ritenuti dal dr. _____ nell'apprezzamento medico del 25.1.2018 giustificano il riconoscimento di un'indennità per

menomazione dell'integrità complessiva di almeno il 60%." (doc. 386 – fasc. 1) Prima di procedere all'emanazione della decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha chiesto al PD dott. _____, spec. FMH in neurologia, di prendere posizione sul contenuto della valutazione espressa dallo specialista privatamente interpellato dall'assicurato. Il medico fiduciario ha così dichiarato che l'assicurato è affetto da una sindrome del cono midollare incompleta risultante da una lesione all'altezza di L2 con un disturbo neurogeno della funzione vescicale, disturbi della sensibilità peri-ale nelle zone S4/5 senza incontinenza fecale e impedimenti motori, con correlata completa mobilità. Pertanto, a suo avviso, la valutazione della menomazione dell'integrità deve avvenire secondo la tabella n. 21 edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'CO 1. In base alla tabella in questione, l'IMI ammonta al 20% in presenza di una paraplegia ASIA E senza deficit motori oggettivabili, di un disturbo funzionale della vescica di natura neurogena, di disturbi della sensibilità peri-ale senza incontinenza fecale, come pure di eventuali disturbi neurogeni e vertebrali, deformazione della colonna lombare dopo frattura di L2 e spondilodesi. Dopo essersi dichiarato d'accordo che, in concreto, l'IMI va determinata in applicazione della tabella n. 21, il dott. _____ si è distanziato dall'apprezzamento del dott. _____ nella misura in cui ha sostenuto che le conseguenze di affezioni del rachide contemplate in questa tabella non possono essere cumulate, nemmeno nel contesto di un confronto incrociato, con quelle di cui alla tabella 7 (doc. 396 – fasc. 1). Con rapporto del 14 gennaio 2019, il dott. _____ ha commentato criticamente le considerazioni espresse dal fiduciario dell'istituto assicuratore resistente. Trattandosi dell'affermazione secondo la quale si sarebbe in presenza di una paraplegia secondo ASIA E, senza deficit motori oggettivabili e con una correlata piena mobilità (primo aspetto), il dott. _____ ha osservato che l'assenza di uno stato neurologico dettagliato nei rapporti considerati dal dott. _____ non implica a priori un errore nella classificazione ASIA, che l'assenza di una quantificazione della diminuzione della forza documentata clinicamente in occasione della visita del 20 dicembre 2017 non permette di ritenere con sufficiente attendibilità un cambiamento della classificazione ASIA (rispetto a quella ritenuta all'uscita dal Centro _____ di _____), come pure che emergono elementi anamnestici e clinici che contrastano all'apparenza con l'assenza di deficit motori con correlata completa mobilità degli arti inferiori, ritenuta dal medico fiduciario. D'altro canto, per quanto riguarda le modalità di applicazione delle tabelle INSAI n. 7 e n. 21 (secondo aspetto), lo specialista interpellato dall'assicurato ha rilevato che "il capitolo C a pagina 5 della tabella 21, estratto LAINF edizione Suva 2006, fa esplicitamente riferimento al fatto che le deformazioni del rachide e i dolori neurogeni o vertebrali non debbano essere presi in considerazione a parte, se non quando presentano un'entità inabituale ("out of order"). (...). Nel rapporto del 20.7.2017, a praticamente due anni dall'evento, il dr. _____ fa riferimento alla persistenza di dolori al rachide di intensità tale da richiedere il ricorso regolare a dei preparati oppiacei. La persistenza di dolori cronici neuropatici risulta essere relativamente frequente e intrinseca alle lesioni midollari, rispettivamente della cauda. Tali disturbi, così come le altre disfunzioni neuropatiche (spasticità, ...) vengono chiaramente inglobate nella classificazione ASIA. La persistenza di dolori dopo rimozione del materiale di osteosintesi al rachide lombare, di intensità invalidante tale da dover ricorrere regolarmente a dei preparati oppioidi, non può ragionevolmente venir considerata una situazione abituale anche in presenza di una sindrome incompleta del cono midollare." (doc. 406 – fasc. 1). In data 6 marzo 2019, il PD dott. _____ ha dichiarato che dal rapporto del dott. _____ non emergono nuovi elementi di valutazione in

merito all'entità della menomazione dell'integrità. Sul primo aspetto, egli fa valere che, in concreto, occorre fare capo esclusivamente allo stato motorio degli arti inferiori risultante dalla documentazione del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ e della Clinica di riabilitazione _____ di _____, dove non sono stati oggettivati deficit neurologici. La diagnosi di paraplegia Th1 ASIA D posta dal Centro _____ di _____ non risulta basata su un proprio rilevamento dello score ASIA e, perciò, non può essere utilizzata. Sul secondo aspetto, il fiduciario dell'CO 1 ha segnatamente osservato che nella "... Tab. 21.5 ist, wie bereits in der vorherigen Beurteilung dargestellt, gemäss der Klassifizierung unter 4. zum einen die Wirbelsäulen-Deformität (beispielsweise nach unfallbedingten Frakturen oder nach Stabilisationseingriffen mittels Spondylodesen) ebenso erfasst, wie diesbezügliche Schmerzen unter 5., wo eben nicht nur neurogene, sondern auch vertebrogene Schmerzen, d.h. von den Wirbelkörper (lat. vertebra) ausgehende Schmerzen nozizeptiver Art, mit in das Ausmass der Tabelle der Integritätsschadensentschädigung eingehen. Auch Dr. _____ bestätigte dies in seinen erneuten Ausführungen vom 14.01.2019 auf S. 2. machte aber als Ausnahme geltend, dass die Entfernung von Osteosynthesematerial nicht dem "normalen" Zustand ("situazione abituale") entspreche und daher zusätzlich bewertet werden müsste. Dies entspricht zum einen nicht dem klinischen Alltag, wo es häufig auch zur Entfernung von Osteosynthesematerial nach Knochendurchwachsung kommt, und zum anderen gibt Dr. _____ auch keinen Beleg für eine ausserordentliche Bewertung diesbezüglich an." (allegato al doc. V). Il dott. _____ si è infine così espresso nel suo referto del 19 aprile 2019: "(...). - Il tenore delle affermazioni non permette di dissipare il dubbio sull'effettivo stato neurologico sensitivo-motorio del signor RI 1. Il rapporto di ergoterapia del 13.6.2016 fa effettivamente stato di un paziente autonomo, senza aver tuttavia potuto effettuare una valutazione approfondita in considerazione della durata del soggiorno, per motivi quindi apparentemente organizzativi e non perché ritenuti non necessari/opportuni. Il dr. _____ puntualizza l'asserita "assenza di deficit stenico agli arti inferiori M5" ritenuta nel rapporto del 19.1.2016 della Clinica _____, con tuttavia insicurezza alla marcia a occhi chiusi, così come l'asserito "non deficit della forza o della sensibilità" nel rapporto del Servizio di neurochirurgia del 22.6.2016. Esso scotomizza per contro la debolezza all'estensione contro resistenza a destra esplicitamente descritta dal dr. _____ nel rapporto del 19.12.2017. In presenza di una lesione midollare documentata con residuale lesione della cauda, ritengo quindi che il dettaglio degli elementi clinici a disposizione non sia tale da permettere di considerare a priori un miglioramento della classificazione della scala Asia da D a E. - Contrariamente a quanto ritenuto dal dr. _____, la situazione inabituale ("out of order") non viene riferita per nulla alla rimozione del materiale di osteosintesi. Come già rilevato in precedenza essa risiede per contro nell'intensità dei dolori persistenti di intensità tale da richiedere la prescrizione regolare di preparati oppioidi. - La tabella 7 estratto LAINF edizione Suva 2001, riferita alle affezioni della colonna vertebrale, utilizza come base di riferimento una scala funzionale del dolore per quantificare l'entità degli indennizzi. Indipendentemente da questa scala, al punto 4 vengono previsti dei supplementi per 3 situazioni specifiche, tra cui in particolare la persistenza di deficit neurologici. In considerazione della differenziazione riscontrata nella tabella 7, appare per lo meno fonte di perplessità il fatto che secondo il dr. _____ la quantificazione del danno neurologico alla tabella 21 comprenda a priori anche i dolori di natura vertebrale (e quindi non neuropatici!) indipendentemente dalla loro entità." (allegato al doc. XI) 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, 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). 2.9. Nel caso di specie, il TCA non può confermare la decisione su opposizione impugnata nella misura in cui l'insorgente è stato posto al beneficio di un'IMI del 20%. In effetti, ricordato che quella della quantificazione della menomazione dell'integrità è una questione di natura squisitamente medica, agli atti figurano rapporti medici contenenti motivazioni e conclusioni divergenti – da una parte quelli del dott. _____ (menomazione dell'integrità del 20%), dall'altra quelli allestiti dal dott. _____ (menomazione dell'integrità del 60% almeno) -, 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). Tutto ben considerato, dalla documentazione a disposizione emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei referti medici sui quali l'istituto assicuratore ha fondato la propria decisione di quantificare in un 20% la menomazione dell'integrità di cui è portatore il ricorrente, dubbi che inducono questo Tribunale a costarsene (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).

2.10. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...).

4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen.

4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht

prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) 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 solo 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., si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui all’assicurato è stata assegnata un’IMI del 20% e il rinvio degli atti all’assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPG) volto a definire la menomazione dell’integrità dipendente dall’infortunio accaduto il 25 settembre 2015. 2.11. RI 1 pretende inoltre il rimborso dei costi legati all’allestimento dei rapporti agli atti del dott. _____ (cfr. doc. I e XI). Secondo la giurisprudenza, i costi peritali fanno parte delle spese di procedura (cfr. SVR 2013 IV Nr. 1 p. 1; consid. 3, non pubblicato nella DTF 139 V 225, della STF 8C_984/2012 del 6 giugno 2013). Ai sensi dell’art. 45 cpv. 1 LPG, l’assicuratore assume le spese per l’accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se

i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. Nella DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha ritenuto che allorquando il tribunale cantonale delle assicurazioni constata che la fattispecie necessita d'istruttoria, deve di principio disporre esso stesso una perizia (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4). In questo caso, i costi della perizia ordinata dal tribunale possono essere posti a carico dell'assicurazione per l'invalidità (consid. 4.4.2). Nella DTF 139 V 496 consid. 4.4, la Corte federale ha stabilito ulteriori criteri che devono essere presi in considerazione nell'ambito della questione di sapere se i costi di una perizia giudiziaria possono essere addossati all'amministrazione. Il TF ha stabilito che tra l'istruttoria amministrativa viziata e la necessità di procedere a ulteriori accertamenti, deve esistere un nesso di causalità. Ciò è segnatamente il caso se esiste una manifesta contraddizione tra i diversi pareri medici presenti agli atti, senza che l'amministrazione sia riuscita a confutarla con argomenti oggettivamente fondati (DTF 135 V 465 consid. 4.4; cfr. pure DTF 139 V 225 consid. 4 e STF 8C_71/2013 del 17 giugno 2013 consid. 2); allorquando l'amministrazione lascia senza risposta degli aspetti necessari a chiarire la situazione medica oppure si fonda su una perizia alla quale non può essere attribuito pieno valore probatorio. Per contro, se l'amministrazione rispetta il principio inquisitorio e fonda la propria posizione su basi oggettivamente convergenti oppure sulle risultanze di una perizia valida dal profilo giuridico, non si giustifica addossarle i costi della perizia giudiziaria, indipendentemente dai motivi per i quali è stata ordinata (ad esempio, in ragione della presentazione di nuovi rapporti medici oppure di una perizia di parte). Ciò vale anche per quanto riguarda una perizia presentata da una parte: i costi che ne risultano devono essere posti a carico dell'assicuratore sociale allorquando la perizia era indispensabile per giudicare la vertenza (DTF 115 V 62 consid. 5c; SVR 2016 UV Nr. 24 p. 75 consid. 6.1, in cui il TF non ha ritenuto adempiuti i presupposti per addossare all'assicuratore LAINF convenuti i costi di una perizia privata, la quale non si era rivelata necessaria per l'adozione della decisione. In particolare, l'Alta Corte ha rilevato che le inconsistenze, rispettivamente i lievi dubbi che hanno determinato la necessità di disporre una perizia giudiziaria, non trovavano origine nel contenuto della perizia privata; STF 8C_61/2016 del 19 dicembre 2016 consid. 6.1). Nella concreta evenienza, il TCA constata che è proprio sulla base dei rapporti allestiti dal dott. _____ che esso ha deciso sussistere dei dubbi circa la fondatezza delle conclusioni a cui è pervenuto il medico di fiducia dell'CO 1 (e, in ultima analisi, di rinviare gli atti a quest'ultimo per esecuzione di una perizia esterna in merito all'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'insorgente). Sono dunque adempiuti i presupposti per addossare all'istituto convenuto i costi generati dall'intervento del dott. _____ (agli atti figurano le note d'onorario emesse da questo specialista, ammontanti a fr. 750 [fr. 300 + fr. 300 + fr. 150] - cfr. doc. A3, doc. A4 e doc. B2).

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