

TI_GERICHTE 35.2019.21 vom 18. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.21

FR: TI_GERICHTE 35.2019.21 du 18 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.21 del 18 settembre 2019

Regeste

Determinazione del diritto alla rendita d'invalidità. Esistenza di dubbi, perlomeno lievi, a proposito della valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico interno all'amministrazione. Rinvio atti per esecuzione di una perizia esterna

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 alla questione di sapere se la CO 1 era legittimata a negare all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità, oppure no. 2.3. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGa; l'art. 8 cpv. 1 LPGa, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGa. Da parte sua, l'art. 16 LPGa prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGa non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGa. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno

(fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel

valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.5. Nel caso concreto, litigiosa è innanzitutto la valutazione dell' esigibilità lavorativa . Secondo l'istituto assicuratore convenuto, in base al parere del proprio medico fiduciario, RI 1 sarebbe da ritenere completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate (cfr. doc. 186, p. 9: "Ora, il consulente medico dell'assicuratore LAINF è del parere – in ragione di un tasso d'occupazione del 100% - che l'esercizio di una nuova attività lucrativa (attività leggera) sia esigibile."). Secondo il ricorrente, invece, la sua abilità lavorativa risulterebbe limitata anche in attività alternative a quella abituale di ausiliario di economia domestica, e ciò facendo capo principalmente a quanto attestato dal Prof. dott. _____ nelle sue certificazioni agli atti (cfr. doc. I). Il TCA constata che la decisione di rifiuto di rendita emanata dalla CO 1 trova il proprio fondamento, per quanto riguarda l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa, nel rapporto del dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, relativo alla visita di controllo del 18 maggio 2018. In quell'occasione - dopo aver chiarito che il danno alla salute infortunistico è circoscritto ai soli disturbi localizzati al ginocchio sinistro (la problematica al ginocchio destro è invece stata ritenuta di origine extra-infortunistica) -, il fiduciario si è pronunciato sull'esigibilità lavorativa nei seguenti termini: " (...) Con riferimento al quadro clinico riscontrato riferibile all'evento del 3.4.2009, il signor RI 1 risulterebbe essere abile al lavoro in misura completa nello svolgimento di un'attività leggera, prevalentemente sedentaria, con possibilità di cambiamento regolare, rispettivamente di libera scelta della posizione al di sotto del piano di lavoro, senza necessità di gestione di una pedaliera, senza esposizione diretta a sorgenti di aria condizionata, rispettivamente a cambiamenti frequenti o repentini della temperatura o del grado di umidità ambiente." (doc. 175, p. 10) Il dott. _____ si è pure pronunciato in merito al parere del medico curante specialista, secondo il quale il ricorrente presenterebbe un'abilità lavorativa limitata anche in professioni sostitutive più adeguate: " (...) Considerando ambedue le ginocchia, quello destro di pertinenza assicurativa non infortunistica, nei rapporti del 20.10.2017 e 3.5.2018 il dr. _____ riteneva il signor RI 1 abile al lavoro nella misura massima del 50% anche nello svolgimento di attività più leggere. Le affermazioni del dr. _____ possono essere condivise tutt'al più nello

svolgimento di attività in posizione eretta, in considerazione delle ridotte potenzialità di compensazione dell'arto inferiore destro in presenza di una gonartrosi di entità attualmente minore rispetto alla sinistra. Le affermazioni del dr. _____ devono per contro essere relativizzate, anche considerando i problemi ad ambedue le ginocchia, nello svolgimento di attività prettamente, rispettivamente prevalentemente sedentarie, con possibilità di cambiamento della posizione delle gambe al di sotto del piano di lavoro e senza necessità di gestione di una pedaliera.” (doc. 175, p. 8) Con referto del 18 settembre 2018, il Prof. dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha formulato la seguente valutazione della capacità/esigibilità lavorativa dell'insorgente: " (...) Il signor RI 1 presenta una gonartrosi bilaterale che lo limita fortemente nelle attività della vita quotidiana. Ha provato a più riprese di riprendere il lavoro di ausiliario di pulizia in maniera completa ma benché tale occupazione sia globalmente di tipo leggera non riesce a lavorare più del 50%. Non concordo dunque con la recente decisione dell'CO 1 in quanto anche in un ipotetico lavoro di tipo leggero il paziente non potrebbe lavorare al 100% ma al massimo al 50%. Andrebbe poi chiarito in che percentuale il ginocchio sinistro è responsabile di tale limitazione e in che percentuale il ginocchio destro ma da un punto di vista medico la situazione del ginocchio sinistro è chiaramente più compromessa. Ribadisco dunque che l'attuale occupazione del paziente è già di tipo relativamente leggero e che non esistono a mio avviso realisticamente delle occupazioni nelle quali il paziente possa essere abile al 100%.” (doc. 180) Con apprezzamento del 27 novembre 2018, il consulente medico della CO 1 ha criticamente commentato nei seguenti termini il contenuto della certificazione del dott. _____: " (...) Il rapporto del dr. _____ del 17.9.2018 non apporta nuovi elementi di giudizio atti a invalidare le considerazioni espresse nel rapporto del 27.7.2018. Esso si limita in effetti a ribadire in maniera generica quanto già affermato nei rapporti del 20.10.2017 e 3.5.2018. (...). Nei diversi rapporti il dr. _____ non fornisce alcuna motivazione medica al fatto di ritenere non poter entrare in linea di conto una capacità lavorativa superiore al 50% neppure nello svolgimento di attività che non comportano dei carichi agli arti inferiori, il ginocchio sinistro in particolare per quanto attiene agli eventi infortunistici di pertinenza CO 1. La gonartrosi destra risulta in effetti essere riconducibile a un evento traumatico distorsivo avvenuto nel 2000 in _____, con successivi interventi dapprima di meniscectomia mediale, in seguito di plastica del legamento crociato anteriore. Vedi in questo contesto anche il tenore della decisione _____ del 28.2.2006. Nel rapporto del 27.7.2018 la capacità lavorativa completa viene ritenuta limitatamente ai postumi di pertinenza CO 1 riconducibili agli eventi infortunistici del 3.4.2009, nello svolgimento di attività adatte che rispettano le limitazioni ritenute: “attività prevalentemente/prettamente sedentarie, con possibilità di libera scelta, rispettivamente di cambiamento regolare della posizione della gamba sinistra al di sotto del piano di lavoro, senza esposizione a sorgenti dirette di aria condizionata, rispettivamente a dei cambiamenti frequenti o repentini della temperatura o del grado di umidità ambiente, senza necessità di gestione di una pedaliera”.” (doc. 185) Unitamente al ricorso, la rappresentante dell'assicurato ha prodotto un ulteriore rapporto, datato 23 gennaio 2019, del Prof. _____, il cui tenore è il seguente: " (...) In ragione delle patologie sopramenzionate (gonartrosi post-traumatica bilaterale, esiti di osteotomia valgizzante della tibia prossimale sinistra, esiti di plastica di ricostruzione del legamento crociato anteriore bilaterale, n.d.r.) il paziente presenta importanti limitazioni funzionali. La capacità lavorativa è a mio modo di vedere ridotta al 50% anche per attività lavorative leggere. Il paziente non deve sollevare o trasportare carichi superiori ai 5 kg, non può rimanere in piedi a lungo né camminare per

oltre 500 m, camminare su terreni accidentati o salire e scendere le scale dev'essere fatto in maniera eccezionale. Non può lavorare in maniera inginocchiata o con le ginocchia flesse e rimanendo seduto deve poter alternare la postura in piedi – seduto frequentemente. Inoltre è anche importante la necessità di poter beneficiare di pause supplementari durante l'attività lavorativa. Considerando queste limitazioni il paziente non è dunque abile al 100% neppure in un'attività lavorativa leggera.” (doc. C) In corso di causa, questa Corte ha interpellato il dott. _____, il quale è stato invitato a prendere posizione sulle considerazioni contenute nel rapporto 23 gennaio 2019 del medico curante specialista (doc. XIII). Il medico di fiducia si è espresso in particolare nei seguenti termini: "(...) In presenza di una patologia gonartrosica bilaterale, posso senz'altro condividere il fatto che il passaggio da una posizione seduta a quella eretta apporti un sollievo solo parziale in considerazione della bilateralità della riduzione della caricabilità degli arti inferiori, con ripercussione ivi connessa sulle possibilità di compensazione. Situazione potenzialmente ancora accentuata dall'eventuale presenza anche di altri disturbi suscettibili di incidere sulla durata del mantenimento di una posizione sedentaria. Le considerazioni sopra esposte entrano in linea di conto nell'ambito di una visione complessiva dei problemi fisici, senza differenziazione in particolare degli aspetti della causalità specifici all'assicurazione infortuni. In ambito AI possono quindi sostenere il principio di una diminuzione della capacità lavorativa con necessità di pause supplementari anche nello svolgimento di attività leggere adatte. (...) Non condivido per contro la presenza di un'incapacità lavorativa con necessità di pause supplementari anche nello svolgimento di attività adatte, che rispecchiano le limitazioni riconosciute, focalizzandosi unicamente sul ginocchio sinistro in assenza di postumi riconducibili all'evento infortunistico in parola, oppure di pertinenza dell'assicuratore infortuni competente, suscettibili di incidere sulle potenzialità di compensazione del signor RI 1.” (doc. XIV) Con certificazione del 18 giugno 2019, il Prof. dott. _____ ha ribadito la propria posizione, precisando che “..., benché il paziente presenti una gonartrosi bilaterale, il ginocchio sinistro plurioperato è chiaramente quello che determina le limitazioni del paziente. Vorrei anche ribadire che negli ultimi 2 anni tutte le cure e discussioni di possibilità terapeutiche sono sempre state svolte intorno alla problematica del ginocchio sinistro che risulta essere la problematica principale del paziente.” (doc. XIX 1).

2.6. 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 procedura di cui all'art. 44 LPGGA, 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). 2.7. Nella concreta evenienza, questa Corte ritiene di non poter confermare la decisione dell'amministrazione di considerare RI 1 in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività sostitutive adeguate. In effetti, riguardo alla valutazione dell'esigibilità lavorativa (che sta alla base della determinazione del grado d'invalidità), agli atti di causa figurano referti specialistici contraddittori – da una parte quelli del dott. _____, dall'altra quelli elaborati dal Prof. dott. _____ - che non gli consentono 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 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). 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 negare al ricorrente il diritto a una rendita d'invalidità, 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 di circondario 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). 2.8. 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 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 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 del proprio medico consulente (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 2.7., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata nella misura in cui all'assicurato è stata rifiutata l'assegnazione di una rendita d'invalidità 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 danno alla salute infortunistico. Sulla scorta delle relative risultanze, la CO 1 sarà poi chiamata a determinare di nuovo il grado dell'invalidità. È in questo contesto che l'istituto assicuratore dovrà esaminare se, svolgendo in misura del 50% l'abituale professione di ausiliario di economia domestica, il ricorrente sfrutta al meglio la sua capacità lavorativa residua, presupposto necessario affinché il grado d'invalidità possa essere stabilito in funzione della perdita di guadagno effettiva. Nell'ipotesi in cui dovesse pervenire alla conclusione che l'assicurato ha diritto a una rendita d'invalidità, l'assicuratore convenuto dovrà pure valutare il diritto a ulteriori prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 21 LAINF. 2.9. L'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato da un avvocato, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'300 a titolo di ripetibili. La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

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