

TI_GERICHTE 35.2020.82 vom 29. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.82

FR: TI_GERICHTE 35.2020.82 du 29 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2020.82 del 29 marzo 2021

Regeste

Decisione con la quale è stato negato il diritto a prestazioni non può essere confermata, ritenuto come la complessità delle patologie dell'interessato avrebbe imposto, preliminarmente, la messa in atto di una perizia interdisciplinare

Erwägungen

E. 28

ottobre 2009, pubblicata 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 160ss., 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005 consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b).

2.4. Con lo scritto del 27 novembre 2020, il patrocinatore del ricorrente si è riservato la facoltà di richiedere che venisse indetto un pubblico dibattimento (cfr. doc. XIII).

Confrontato con una richiesta di pubblico dibattimento, il giudice cantonale deve di principio darne seguito. Egli può tuttavia astenersi nei casi previsti dall'art. 6 § 1 seconda

frase CEDU, ossia quando la domanda è abusiva, quando appare chiaramente che il ricorso è infondato, irricevibile o, al contrario, manifestamente fondato oppure quando l'oggetto litigioso concerne delle questioni altamente tecniche (cfr. DTF 122 V 47 consid. 3b).

Nella DTF 136 I 279 consid. 3, il Tribunale federale ha precisato che non è possibile rinunciare al pubblico dibattimento per il motivo che la procedura scritta sarebbe più adeguata per discutere una questione di natura medica, anche se l'oggetto del litigio verte essenzialmente sul confronto di pareri specialistici riguardanti lo stato di salute e l'incapacità lavorativa di un assicurato in materia di assicurazione per l'invalidità.

Nel caso di specie, essendo realizzata una delle eccezioni previste dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU (accoglimento del ricorso), il TCA può astenersi dal dare seguito alla richiesta dell'assicurato.

Considerato l'esito della vertenza, questo Tribunale può pure esimersi dal richiamare l'incanto AI, come pure richiesto dal legale dell'assicurato (doc. XIII).

2.5. L'assicurato ha chiesto di essere posto al benefici dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I).

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; STF I 707/00 del 21 luglio 2003; STF H 335/00 del 18 febbraio 2002; STF H 212/00 del 4 febbraio 2002; STF H 220/00 del 29 gennaio 2002; STF U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STF H 304/99 del 22 dicembre 2000; STF 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 alle questioni di sapere se l'Istituto resistente era legittimato, oppure no, a negare all'assicurato il diritto ad una rendita d'invalidità e l'entità dell'IMI. 2.3. Diritto a una rendita di invalidità? 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, 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 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in

seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 TF 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 (STF 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. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.3.3. Nel caso concreto, con la decisione su opposizione impugnata, l'Istituto assicuratore ha dichiarato l'assicurato in grado di svolgere, a tempo pieno e con rendimento completo, un'attività lavorativa alternativa, compatibile con il suo danno alla salute infortunistico (doc. A1). Tale conclusione è basata sulla visita eseguita, su incarico di CO 1, dal dr. _____, specialista FMH in medicina interna. Quest'ultimo, nel referto del 12 dicembre 2019, ha posto le seguenti diagnosi: " Diagnosi infortunistiche attuali: in data 30.03.2017 trauma stradale su scooter fermo contro auto a bassa velocità riportando: - frattura di L1 tipo A2 in data 29.09.2017 vertebroplastica Th12-L1 con viti transpeduncolari in L1 per persistenza di dolori lombari e sospetto di instabilità alle Rx funzionali In data 17.01.2018 stabilizzazione per via percutanea di Th11-Th12-L2-L3 con neuronavigazione intraoperatoria con anche asportazione delle viti transpeduncolari L1 In data 31.05.2019 revisione della spondilodesi con asportazione delle viti e nuova spondilodesi Th12-L2 e PLIF L1/L2 - ernia inguinale destra in data 17.05.2017 laparoscopia adesiolisi e cura di ernia ombelicale con rete oltre a ernioplastica inguinale destra in esiti di sigmoidectomia per diverticolite complicata con laparocele mediano nel 2008 Diagnosi non infortunistiche attuali: spondilartrosi plurisegmentale cervico-dorso-lombare preesistente stabile osteonecrosi della testa del femore sinistro (vedi TAC del 13.10.2016 e 24.05.2018) nel 2004 trattamento chirurgico di tunnel carpale bilaterale nel 2008 sigmoidectomia per diverticolite complicata con laparocele mediano nel 2011 duplice intervento alla spalla destra su problematica di cuffia alla spalla sinistra analoga problematica di cuffia nel 2015 cardiopatia ischemica in malattia trivasale: PTCA e stent diabete mellito tipo II con noto sovrappeso osteoporosi su ipogonadismo." Rispondendo alle domande dell'amministrazione, il dr. _____ si è così espresso: " (...) 5. Domande concernenti il nesso causale 5.1 I pregiudizi alla salute attualmente ancora presenti sono unicamente la conseguenza dell'infortunio del 30.03.2017 o ne sono soltanto una conseguenza parziale ("conditio sine qua non")? Se non definibile

con certezza, quale delle tre probabilità citate preliminarmente entra in considerazione? I disturbi tutt'ora patiti sono da considerare in nesso di probabilità preponderante con l'evento in causa. 5.2. Nel caso in cui fattori estranei all'infortunio hanno contribuito almeno con una probabilità preponderante ai postumi attuali: 5.2.1. Quali fattori estranei influiscono? Discopatie lombari, cervicoartrosi plurisegmentale, osteoporosi diffusa, necrosi asettica della testa femorale. 5.3. A partire da un certo momento, unicamente i fattori estranei agli infortuni influiscono con una probabilità preponderante (raggiunto lo "status quo sine" o lo "status quo ante")? Se sì, da quando? - 6. Dalla continuazione della cura medica, ci si può attendere un sostanziale miglioramento dello stato di salute? 6.1. Se sì, quale cura risponderà alle attese? Allo stato attuale a oltre 6 mesi dall'ultimo intervento ortopedico si può ragionevolmente considerare raggiunto lo stato finale come d'accordo e discusso con il paziente. 6.2. Se no, a partire da quando la continuazione della cura medica non migliorerà o non ha più migliorato in modo significativo lo stato di salute (stato finale raggiunto)? - 7. Domande concernenti l'incapacità al lavoro temporanea durante la cura medica e fino al raggiungimento dello stato finale: 7.1. Quali carichi corporali/lavori/attività non sono espletabili dall'assicurato a causa dei pregiudizi alla salute dovuti all'infortunio nell'ambito della sua professione di pizzaiolo/commerciante? Inabilità lavorativa totale dal 30.03.2017. 7.2 A suo giudizio, qual è la percentuale di inabilità lavorativa dovuta all'infortunio durante la fase terapeutica nella sua professione di pizzaiolo/commerciante? Vedi sopra. 8. Domande concernenti impedimenti rilevanti e durevoli per un'invalidità nella professione: Quali carichi corporali/attività/lavori l'assicurato non potrà più eseguire in maniera durevole a causa dei postumi dell'infortunio? 8.1.1. Nella sua attuale professione di pizzaiolo/commerciante? L'attività inergonomica di pizzaiolo per le sole conseguenze infortunistiche non è più esigibile a carattere definitivo. 8.1.2. Qual è la percentuale di questi impedimenti in rapporto a un'attività del 100%? Vedi sopra. 8.2 In un'altra attività? Esigibilità massimale in attività ritenute adeguate ergonomicamente. Si deve trattare di attività dove si possa cambiare posizione al bisogno sia da seduto che in piedi, dove non si debba ruotare/anteflettere regolarmente il rachide lombare, dove non si debba regolarmente portare/ sollevare/ spostare pesi > 5 kg. 9. Domande concernenti la menomazione all'integrità fisica: 9.1. L'assicurato tenuto in considerazione solo dei postumi infortunistici e indipendentemente dalla professione svolta, ha subito una durevole menomazione alla sua integrità fisica e/o psichica? Sì. 9.2. Se sì, qual è la percentuale secondo la scala LAINF relativa alle menomazioni all'integrità fisica? Per i postumi dell'infortunio del 30.03.2017 interessante il rachide. Valutazione: 20%. Unicamente per i soli postumi infortunistici, già considerando gli eventuali peggioramenti futuri e secondo pubblicazione medica SUVA come da tabella 7.2: 10% per frattura lombare con dolori ++ e 10% per stato post operatorio di spondilodesi." (Doc. 242) A seguito delle obiezioni sollevate dall'assicurato in sede di opposizione, l'assicuratore LAINF ha ritenuto opportuno interpellare nuovamente il dr. _____, il quale, nell'apprezzamento aggiuntivo del 22 maggio 2020, si è così espresso: " Come da vostra richiesta posso così esprimermi alle ulteriori domande poste: B) Domande aggiuntive 1. Può gentilmente prendere posizione all'affermazione dell'assicurato concernente la capacità residua. La mia valutazione del 12.12.2019 concernente la capacità lavorativa residua rispecchia essenzialmente le patologie di stretta pertinenza infortunistica ovvero la frattura L1 tipo A2 trattata con vertebroplastica, stabilizzazione e revisione della spondilodesi. Ricordando la presenza di varie patologie extra infortunistiche come dalle diagnosi della mia visita peritale sia a livello osseo del rachide che alla testa del femore sinistro oltre alle due spalle ripeto che nella valutazione

delle esigibilità residuali eventuali limitazioni legate a queste patologie extra infortunistiche non sono state considerate essendo extra-morbide. In definitiva sono tuttora dell'avviso che per la patologia infortunistica sia adeguato considerare la massima esigibilità in attività adeguate con limitazioni funzionali come dal punto 8.2 della mia visita. 2. Può gentilmente, se lo ritiene necessario e opportuno, completare la sua valutazione del 12.12.2019. L'ulteriore documentazione medica del dr. med. _____ con certificazione di inabilità lavorativa al 100% dal 1.02.2020 al 31.03.2020 dopo la sua visita del 19.02.2020 non entra in conflittualità e non modifica quanto da me descritto poiché si riferisce all'usuale attività di pizzaiolo. Non entro per contro nel merito delle osservazioni effettuate dal legale del paziente che senza motivazioni particolari indica un impedimento totale in qualsivoglia attività senza allegare adeguata documentazione medica. 3. Altre osservazioni? -." (Doc. 274) 2.3.4. In corso di causa, il patrocinatore del ricorrente ha contestato la valutazione del dr. _____ a proposito di una piena capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate, sulla quale è basata la decisione su opposizione impugnata, trasmettendo le seguenti considerazioni a lui indirizzate tramite messaggio di posta elettronica del 14 ottobre 2020 dal dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica: " La ringrazio di essersi rivolto alla mia persona per valutare la questione del suo cliente, signor RI 1. Allo stato attuale non ritengo essere dati i presupposti per una presa di posizione da parte mia. I documenti a mia disposizione non permettono in effetti di confermare a priori il tenore delle affermazioni ritenute nel ricorso inviato al tribunale cantonale in data 14.09.2020. Questo sia per quanto attiene alla capacità lavorativa (in particolare l'affermazione "... non vi è esigibilità alcuna neppure in attività ritenute adeguate"), sia per quanto concerne la quantificazione dell'IMI al 40%. Ritengo quindi più opportuno fare riferimento al medico che ha espresso le considerazioni da lei riportate. Mi permetto ciò non di meno di fare notare il fatto che la decisione della CO 1 del 23 luglio 2020 si fonda sulla presa di posizione del dr. _____, specialista in medicina interna, in presenza di una problematica complessa di pertinenza specialistica ortopedica/neurochirurgica (eventualmente reumatologica). Il certificato SIM di medico perito assicurativo attesta la presenza di una buona base di conoscenza, non fornisce tuttavia gli elementi per poter prendere posizione in questioni complesse in tutti gli ambiti specialistici." (Doc. XIII/1) Al riguardo, CO 1 ha rilevato che "agli atti non si trova alcuna documentazione di un medico che abbia espresso le considerazioni riportate nel ricorso, ovvero non si trova alcun referto tale che possa giustificare le contestazioni e richieste presentate dal ricorrente". Quanto alla competenza del dr. _____, l'Istituto assicuratore ha osservato che quest'ultimo "è un medico perito assicurativo certificato SIM con un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa ed infortunistica", confermando il pieno valore probante da attribuire al suo apprezzamento (cfr. doc. XVI). 2.3.5. 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; STF dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, 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. 33ss. 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 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 160ss., 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005 consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.6. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente valutato l'insieme della documentazione medica a disposizione, questo Tribunale non può, con la necessaria tranquillità, confermare le conclusioni alle quali è giunto il dr. _____, poste alla base della decisione su opposizione impugnata, ma ritiene indispensabile che la complessa situazione medica dell'interessato sia oggetto di approfondimento peritale specialistico. Se, da una parte, come correttamente affermato dall'amministrazione, è indubbio il fatto che il dr. _____, esperto in medicina interna, disponga della competenza necessaria per poter esprimere un valido parere in materia di medicina assicurativa ed infortunistica, alla luce della sua ampia esperienza – ricordato che, per costante giurisprudenza, i medici fiduciari degli assicuratori infortuni sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come esperti in materia di traumatologia, indipendentemente dalla loro specializzazione medica (cfr. STF 8C_108/2020 del 22 dicembre 2020; 8C_59/2020 del 14 aprile 2020 consid. 5.2; 8C_316/2019 del 24 ottobre 2019 consid. 5.4 e riferimenti citati) - d'altra parte questo Tribunale non può ignorare che il dr. _____, specialista in chirurgia ortopedica, nella comunicazione di posta elettronica del 14 ottobre 2020 inoltrata al rappresentante legale dell'assicurato, abbia evidenziato come nel caso di specie si sia in presenza di “ una problematica complessa di pertinenza ortopedica / neurochirurgica (eventualmente reumatologica) ”, che avrebbe imposto una valutazione peritale interdisciplinare (cfr. doc.

XIII/1, corsivo della redattrice). Tali considerazioni del dr. _____ appaiono, a mente del TCA, pertinenti e particolarmente appropriate nella presente fattispecie, trovando conferma nell'attento esame della documentazione agli atti. L'assicurato, infatti, a seguito dell'evento del 30 marzo 2017, è stato sottoposto a tre interventi chirurgici alla schiena (e meglio: vertebroplastica Th12-L1 nell'ottobre 2017; intervento di osteosintesi e bloccaggio di cinque vertebre nel mese di gennaio 2018 e intervento di revisione spondilodesi con asportazione di viti in sede e nuova spondilodesi nel maggio 2019, cfr. doc. 207, 223, 229). Dal rapporto del servizio esterno della CO 1 del 17 gennaio 2019 risulta che l'interessato, dopo i primi due interventi effettuati e a seguito dei problemi che ne sono susseguiti, a fronte dell'opzione chirurgica propositagli dal dr. _____, caposervizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ (il quale aveva suggerito un intervento di stabilizzazione tramite "sistema a gabbia"), ha ritenuto opportuno chiedere una seconda opinione, rivolgendosi al dr. _____, neurochirurgo della Clinica _____ di _____ (cfr. doc. 172). Quest'ultimo, nel referto del 14 gennaio 2019 indirizzato al medico curante, ha illustrato quale fosse la via da seguire, indicando che "wir haben interdisziplinär die vorliegende Situation besprochen und würden als Variante 1 primär eine operative Revision von dorsal, Explantation der bereits in Lockerung befindlichen Schrauben empfehlen und nochmalige Anlagerung von Knochenmaterial" (cfr. doc. 171, corsivo della redattrice). Ora, il fatto stesso che lo specialista in neurochirurgia interpellato per una seconda opinione circa il modo migliore di procedere nel caso delle problematiche che continuavano ad affliggere l'interessato dopo i primi due interventi chirurgici alla colonna vertebrale abbia ritenuto indispensabile discutere il caso a livello interdisciplinare avvalora e sostanzia la tesi del dr. _____ a proposito della complessità della fattispecie qui in discussione, concernente diversi ambiti specialistici. Al di là, quindi, dell'indubbia competenza del medico fiduciario dell'amministrazione, qui non messa in discussione, è la natura stessa delle problematiche di salute dell'assicurato, interessanti più settori specialistici, che avrebbe dovuto imporre all'amministrazione di mettere in atto una valutazione peritale esterna perlomeno bidisciplinare, in ambito ortopedico e neurochirurgico, dei disturbi dell'interessato e dell'influsso degli stessi sulla sua capacità lavorativa residua. Pertanto, stante quanto sopra esposto, il TCA ritiene che la complessità delle lesioni dell'assicurato messa in evidenza dal dr. _____ costituisce un elemento suscettibile di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità del parere sul quale l'amministrazione ha fondato la decisione di considerare pienamente esigibile per l'assicurato lo svolgimento di attività adatte, dubbi che inducono questa Corte a scostarsene (per un caso in cui il TF ha annullato il giudizio cantonale e, vista la complessità del caso, rinviato la causa all'amministrazione affinché ordinasse una perizia, cfr. STF 8C_586/2017 del 20 dicembre 2017; per un altro caso in cui l'Alta Corte ha annullato il giudizio cantonale e rinviato la causa per nuova decisione, ritenendo che i referti agli atti dei medici curanti dell'assicurato fossero atti a suscitare un, almeno minimo, dubbio circa la pertinenza del parere espresso dal medico fiduciario a proposito della capacità lavorativa, si veda la STF 8C_370/2017 del 15 gennaio 2018 consid. 3.3.3). A tale proposito, va difatti ricordato che, per prassi invalsa, occorre sottoporre un assicurato a una perizia medica esterna soltanto nel caso in cui sussista almeno un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.4. pag. 469 seg; vedi anche, da ultimo, STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021). 2.3.7. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla

giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen

Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 consid. 5.2 - 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 LPGGA: " 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)." In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all'assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l'esecuzione di una perizia ai sensi dell'art. 44 LPGGA, precisando che laddove esistano dubbi circa l'attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all'assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d'ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGGA): " Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références)." (STF 8C_412/2019, consid. 5.4.) (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'Istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio fiduciario. Per le ragioni già esposte al considerando 2.3.6., si giustifica pertanto, in luogo della pretesa perizia giudiziaria, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto ad accertare quali siano le conseguenze dei disturbi di natura infortunistica sulla capacità lavorativa residua dell'interessato, valutare l'esigibilità lavorativa, così come l'entità della menomazione all'integrità (pure oggetto di contestazione da parte dell'assicurato). In seguito, facendo capo alle risultanze dell'accertamento esperito, l'amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito al diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita di invalidità e entità dell'IMI) dal profilo materiale e temporale. 2.4. Con lo scritto del 27 novembre 2020, il patrocinatore del ricorrente si è riservato la facoltà di richiedere che venisse indetto un pubblico dibattimento (cfr. doc. XIII). Confrontato con una richiesta di pubblico dibattimento, il

giudice cantonale deve di principio darne seguito. Egli può tuttavia astenersi nei casi previsti dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU, ossia quando la domanda è abusiva, quando appare chiaramente che il ricorso è infondato, irricevibile o, al contrario, manifestamente fondato oppure quando l'oggetto litigioso concerne delle questioni altamente tecniche (cfr. DTF 122 V 47 consid. 3b). Nella DTF 136 I 279 consid. 3, il Tribunale federale ha precisato che non è possibile rinunciare al pubblico dibattimento per il motivo che la procedura scritta sarebbe più adeguata per discutere una questione di natura medica, anche se l'oggetto del litigio verte essenzialmente sul confronto di pareri specialistici riguardanti lo stato di salute e l'incapacità lavorativa di un assicurato in materia di assicurazione per l'invalidità. Nel caso di specie, essendo realizzata una delle eccezioni previste dall'art. 6 § 1 seconda frase CEDU (accoglimento del ricorso), il TCA può astenersi dal dare seguito alla richiesta dell'assicurato. Considerato l'esito della vertenza, questo Tribunale può pure esimersi dal richiamare l'incarto AI, come pure richiesto dal legale dell'assicurato (doc. XIII). 2.5. L'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I). Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, la STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 e riferimento), CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG). 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.