

TI_GERICHTE 35.2020.83 vom 10. Mai 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.83

FR: TI_GERICHTE 35.2020.83 du 10 mai 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2020.83 del 10 maggio 2021

Regeste

Decisione con la quale è stato rifiutato il diritto ad una rendita di invalidità non può essere confermata, senza che prima venga messo in atto un complemento peritale che si esprima a proposito della capacità lavorativa residua. Rinvio atti

Erwägungen

E. 19

A proposito della valutazione dell' _____ di _____ i periti dell'Istituto _____ affermano che rispetto alla perizia del 14.12.2012 non ci sono divergenze di rilievo per quanto riguarda il profilo di carico descritto. Tuttavia, per gli esperti non è comprensibile il motivo per cui sia attestata una limitazione dell'orario di lavoro giornaliero a 6.5 ore. Trattandosi di una costante limitazione qualitativa della capacità lavorativa, non può giustificare ulteriori limitazioni quantitative. Di conseguenza, ogni attività lavorativa compatibile con le limitazioni descritte è possibile anche a tempo pieno. La motivazione dei periti dell'Istituto _____ è esauriente e comprensibile, per cui prevale sulla precedente valutazione senza motivazione comprensibile espressa dagli esperti dell' _____ di _____." (Doc. A) 2.2.4. In sede ricorsuale, l'avv. RA 1 ha ribadito le proprie contestazioni circa il presunto pieno valore probatorio della perizia eseguita dagli esperti dell'Istituto _____ – sulla quale si fonda la decisione su opposizione oggetto della presente vertenza – mettendo in evidenza la mancanza di adeguate e sufficienti motivazioni dai parte dei periti che possano giustificare la valutazione di una (contestata) piena abilità lavorativa dell'assicurato sia come impiegato di banca, sia in altre attività adatte. In particolare, il patrocinatore dell'assicurato ha rilevato come le conclusioni peritali in questione siano in aperta contraddizione con quanto apprezzato sia dagli specialisti dell' _____ di _____, sia dal dr. _____ - le cui conclusioni sono poi state integralmente condivise anche dal dr. _____ - senza una esauriente spiegazione in grado di giustificare la diversità di valutazione. I periti si sono, difatti, limitati ad addurre una presunta "supremazia" del loro elaborato peritale rispetto alle altre valutazioni peritali, dettata dal fatto di essere stata allestita "per ultima" in termini temporali. Tutte queste circostanze, a mente del legale, rendono la perizia dell'Istituto _____ "tutto fuorché convincente, esaustiva e motivata". Infine, ritenuto come l'apprezzamento degli specialisti dell' _____ rappresenti l'unica "voce fuori dal coro", il legale ha pure espresso le proprie perplessità circa l'imparzialità dell'Istituto peritale prescelto dall'assicuratore LAINF, vista l'indubbia dipendenza economica derivante dal cospicuo numero di incarichi peritali assegnati da CO 1 allo stesso (doc. I). Con la risposta di causa, l'amministrazione ha ribadito la propria posizione, senza apportare altre motivazioni (doc. V). Le obiezioni in merito all'imparzialità della perizia dell' _____ sono state ribadite dal legale dell'assicurato con scritto del 18 gennaio

2021, nel quale il patrocinatore ha affermato di essere “venuto a conoscenza del fatto che CO 1 assegna tutte le perizie multidisciplinari all’Istituto _____” (cfr. doc. VII).

2.2.5. 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 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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).

2.2.6. 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 sono giunti gli specialisti dell’Istituto _____ - poste alla base della decisione su opposizione impugnata - ma ritiene indispensabile che la questione della capacità lavorativa residua dell’interessato, controversa tra le parti sulla base di elementi di valutazione oggettivi messi in evidenza da altri specialisti in materia (segnatamente: valutazione peritale del 14 dicembre 2012 dell’_____; valutazione peritale del 14 marzo 2017 del dr. _____, condivisa con valutazione del 16 novembre 2018 dal dr. _____), sia oggetto di un complemento peritale, prima di potersi esprimere in maniera definitiva riguardo al diritto alle prestazioni. Il TCA rileva, infatti, che l’amministrazione ha considerato l’assicurato pienamente abile al

lavoro sia nell'abituale attività, che in altre confacenti alle sue limitazioni funzionali, sulla base di quanto valutato in sede peritale dagli specialisti dell' _____. Ora, questo Tribunale, non può ignorare che la valutazione dei periti dell'Istituto _____ si discosti, in termini di capacità lavorativa residua, da quanto, invece, apprezzato in maniera costante ed unanime - ponendo l'indicazione per un'abilità lavorativa del 75%-80% in qualsiasi attività - dagli specialisti dell'Inselspital nel referto peritale del 14 dicembre 2012 (cfr. doc. L); dal dr. _____ nel referto peritale del 14 marzo 2017 (cfr. doc. M) e pure dal dr. _____ nel referto del 16 novembre 2018 (cfr. doc. Q). A fronte di un'identica individuazione di limiti di carico e limitazioni funzionali da parte di tutti gli specialisti coinvolti – circostanza non contestata tra le parti - il TCA non può, senza che prima il tema venga ulteriormente approfondito, attraverso un complemento peritale in grado di fare chiarezza, considerare maggiormente affidabile la valutazione della capacità lavorativa espressa dagli specialisti dell'Istituto _____, per il solo fatto che, come preteso da CO 1, siano stati gli ultimi, in termini temporali, ad essersi espressi sul caso dell'assicurato. Altrettanto priva di pertinenza la motivazione, addotta dall'assicuratore infortuni, secondo cui le valutazioni peritali sulle quali si fonda la pretesa dell'assicurato di potersi vedere riconosciuta un'inabilità lavorativa del 25% siano prive di valenza probatoria per il fatto di essere state eseguite su incarico, l'una (vale a dire la perizia eseguita dall'Inselspital nel 2012), dell'Ufficio AI e, l'altra (quella del dr. _____ del marzo 2017), dell'assicuratore di responsabilità civile _____ (cfr. doc. 240). A tale proposito, il TCA rileva che le domande peritali sottoposte al dr. _____ da parte di _____ sono state concordate sia con l'avv. RA 1, che con l'assicuratore infortuni CO 1. Ciò risulta in maniera inequivocabile dallo scambio di email intercorso tra le parti citate (cfr. doc. 205 e 206) e, in maniera esplicita, dallo scritto del

E. 23

settembre 2016 contenente i quesiti peritali – inviato in copia anche ad CO 1, come del resto anche il referto peritale - nel quale l'assicuratore _____ ha espressamente indicato al dr. _____ che “ unitamente alla spettabile CO 1 e all'avv. RA 1 (legale del signor RI 1) le chiediamo disponibilità a visitare ed in seguito allestire una valutazione peritale sulle condizioni di salute del signor RI 1” (cfr. doc. 208 – il corsivo è della redattrice). Inoltre, il TCA rileva che l'entità dell'IMI (del 10%) riconosciuta all'assicurato da parte di CO 1 è stata determinata sulla base della valutazione eseguita dal dr. _____ in data 18 gennaio 2005 (cfr. doc. 302). A fronte di tali circostanze, appare quantomeno sorprendente che i periti dell'Istituto _____ non abbiano riservato alcun tipo di commento riguardo alla valutazione peritale (e relative conclusioni) espressa dal dr. _____ nel referto peritale del 14 marzo 2017, della quale hanno comunque preso visione, come risulta dall'elenco dei vari atti medici riassunti nel referto peritale (cfr. doc. 329 pag. 7). Trattandosi di una valutazione peritale espressa in maniera dettagliata e motivata da parte di uno specialista competente in materia, e oltretutto sulla base di quesiti peritali condivisi anche da CO 1, tale omissione, su un aspetto peraltro non di secondaria importanza, appare ingiustificabile e insanabile. Tanto più che, come visto, le conclusioni del dr. _____ sono pure state pienamente condivise e fatte proprie dal dr. _____, interpellato dallo stesso assicuratore infortuni una volta preso atto delle risultanze peritali. Da qui la necessità di richiedere ai periti dell'_____ una esplicita presa di posizione riguardo alle motivate considerazioni e valutazioni espresse dagli altri specialisti coinvolti. Non convince pienamente nemmeno la spiegazione fornita dai periti dell'istituto _____ per motivare il loro dissenso rispetto a quanto a suo tempo valutato dagli specialisti

dell' _____ a proposito della capacità lavorativa residua: " Im Vergleich zur gutachterlichen Beurteilung der Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie des _____ vom 14.12.2012 ergeben sich damit keine relevanten Diskrepanzen bezüglich des formulierten körperlichen Belastungsprofils. Nicht ausreichenden nachvollziehbar ist für uns allerdings die damals attestierte Limitation der täglichen Arbeitszeit auf 6 1/2 Stunden. Die persistierenden leichten Pathologien von Seiten der rechten Schulter sind ganztags in vergleichbarer Weise vorhanden und vermögen nicht zu begründen, wie während 80% der Zeit uneingeschränkt gearbeitet werden kann, bevor es zu einem abrupten Leistungseinbruch kommt, der eine weitere Tätigkeit verunmöglicht. Vielmehr handelt es sich um eine konstant vorhandene qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die wiederum keine zusätzliche quantitative Einbusse zu begründen vermag. Entsprechend ist eine schulteradaptierte berufliche Tätigkeit auch ganztags möglich." (Doc. 328 pagg. 20-21) In effetti, questa Corte reputa che tale motivazione non sia affatto "esauriente e comprensibile" come invece lo pretende l'CO 1 nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A). L'amministrazione ha, infatti, ritenuto che la limitazione della presenza lavorativa dell'interessato a 6.5 ore giornaliere considerata a suo tempo esigibile da parte degli specialisti dell'Inselspital risulti, invece, inspiegabile secondo i periti dell' _____, in quanto "trattandosi di una costante limitazione qualitativa della capacità lavorativa, non può giustificare ulteriori limitazioni quantitative" (cfr. doc. A, il corsivo è della redattrice). Questa formulazione, poco chiara e nebulosa, sembrerebbe piuttosto confermare l'esistenza di una limitazione, sebbene qualitativa e non quantitativa, della capacità lavorativa. Ma se così fosse, i periti e, di conseguenza, l'istituto assicuratore, ne dovrebbero tenere conto nella quantificazione della capacità lavorativa residua, la quale può risultare ridotta non solo in termini di orario di lavoro, ma anche dal profilo del rendimento nonostante una presenza a tempo pieno. In mancanza di chiarezza su questo aspetto, di fondamentale importanza, il TCA non è in grado, senza che prima venga predisposto un complemento peritale, di esprimersi in maniera definitiva riguardo alla capacità lavorativa residua dell'interessato. Sulla base di tutti questi elementi, questo Tribunale ritiene, dunque, indispensabile rinviare gli atti all'Istituto assicuratore affinché ordini un complemento peritale, attraverso il quale gli esperti dell' _____ forniscano una dettagliata ed esauriente disamina degli aspetti controversi concernenti la capacità lavorativa residua dell'assicurato, prendendo in particolare posizione, in maniera puntuale e argomentata, sui pareri peritali competenti e motivati espressi sul tema dell'incapacità lavorativa dagli specialisti dell'Inselspital e dal dr. _____, pure condivisi dal dr. _____. D'altro canto, il TCA rileva di non potere fare proprie le obiezioni sollevate dal legale dell'assicurato a proposito della presunta (mancanza) di imparzialità degli specialisti dell' _____, alla luce del legame di dipendenza economica derivante dal notevole numero di perizie affidate da CO 1 a tale Istituto (cfr. doc. I e doc. VII). Tale critica, oltre ad essere tardiva, essendo stata sollevata solo in sede di ricorso - mentre in fase istruttoria l'avv. RA 1, dopo un'iniziale perplessità a proposito dell'opportunità di conferire il mandato peritale fuori Cantone, in quanto ciò, secondo il parere dello psichiatra curante, avrebbe potuto comportare un ulteriore aggravamento del delicato stato di salute psichica dell'interessato (cfr. doc. 219), ha espressamente confermato l'adesione dell'assicurato al conferimento del mandato peritale all'Istituto _____ (cfr. doc. 225) – risulta anche immotivata alla luce della costante giurisprudenza federale in materia, non essendo fondata su alcun elemento oggettivo. In una STF 9C_339/2020 del 9 giugno 2020, il Tribunale federale - esprimendosi proprio sulla censura di un'assicurata, la quale lamentava la

mancanza di imparzialità da parte dei periti incaricati di esaminare i casi nel Canton Ticino, visto che in ogni istruttoria AI venivano/vengono nominati sempre i medesimi specialisti, ciò che costituirebbe già di per sé un argomento sufficiente per far dubitare della loro imparzialità - ha considerato che tale obiezione, apodittica e generalizzata a tutto il Cantone Ticino, si esaurisce in un'inammissibile critica appellatoria sprovvista di elementi oggettivi che dimostrino una qualsivoglia mancanza di neutralità dei periti. L'Alta Corte ha ricordato, infatti, che la diffidenza rispetto ad uno specialista deve per contro essere fondata su elementi oggettivi e deve essere rivendicata non appena nota (cfr. DTF 132 V 93 consid. 7.1 pag. 109, come pure la sentenza 9C_519/2011 del 5 aprile 2012 consid. 3.1). In un'altra STF 9C_824/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 6/2020 IV nr. 32, l'Alta Corte ha ricordato che nel caso in cui la perizia disposta da un assicuratore nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGa soddisfi i presupposti stabiliti dalla giurisprudenza, deve esserle riconosciuto pieno valore probatorio, fintantoché non esistano indizi concreti contro la sua attendibilità, precisando che non costituisce un criterio rilevante il regolare coinvolgimento di un esperto nell'esecuzione delle perizie mediche. Anche nella sentenza 9C_519/2011 del 5 aprile 2012 consid. 3.2., l'Alta Corte ha ribadito che, secondo costante giurisprudenza, il fatto che uno specialista oppure un determinato centro peritale vengano regolarmente incaricati di eseguire un mandato peritale da parte di un assicuratore sociale non costituisce di per sé un motivo sufficiente per escluderne l'imparzialità (DTF 137 V 210 consid. 1.3.3. pag. 226 e giurisprudenza citata). Per queste ragioni, il TF ha concordato con l'agire dei primi giudici, i quali non avevano dato seguito alla richiesta di chiarimenti riguardo al numero di mandati peritali in materia psichiatrica conferiti dall'Ufficio invalidità allo specialista in psichiatria incaricato. Ancora, in un'altra sentenza 8C_509/2008 del 4 febbraio 2009, pubblicata in SVR 7/2009 UV nr. 32, l'Alta Corte ha stabilito che un'ampia attività peritale svolta da un medico o da un'associazione di medici a favore di un'assicurazione sociale, non consente di per sé di concludere alla parzialità oppure alla prevenzione del perito. Anche nella STF 9C_67/2007 del 28 agosto 2007, pubblicata in SVR 4-5/2008 IV nr. 22, il TF ha rilevato che il fatto che un medico sia stato ripetutamente incaricato di eseguire una perizia per conto di un assicuratore sociale non costituisce di per sé un motivo per ammetterne la parzialità. Ritenuto quindi che, come appena illustrato, le obiezioni concernenti la dipendenza economica del centro peritale rispetto all'Istituto assicuratore non sono motivo sufficiente, secondo costante giurisprudenza federale, per metterne in discussione l'indipendenza di valutazione, il TCA non ha motivo per dubitare dell'imparzialità dei periti dell'_____ incaricati di svolgere il mandato peritale da parte di CO 1 e, ora, di rendere un complemento peritale. Questo Tribunale segnala infine che il legislatore è già intervenuto riguardo ai provvedimenti d'accertamento, in particolare quelli inerenti alle perizie mediche, nel quadro della riforma della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) (Ulteriore sviluppo dell'AI), modifica del 19 giugno 2020, già approvata dal Consiglio nazionale e dal Consiglio degli Stati e la cui entrata in vigore è prevista per il 1° gennaio 2022 (cfr. comunicato stampa UFAS del 4 dicembre 2020). In quell'occasione sono state apportate diverse modifiche ad altri atti normativi, segnatamente all'art. 44 LPGa ("Perizia"). 2.2.7. 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) Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.2.6. , ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un complemento peritale a cura degli esperti dell' _____, volto a stabilire quale sia la reale capacità lavorativa residua dell'interessato. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni (diritto alla rendita di invalidità e diritto alle indennità giornaliere dopo il 31 dicembre 2013). A tale proposito, il TCA ricorda che stabilire quale sia l'esatta capacità lavorativa residua dell'assicurato appaia indispensabile ed imprescindibile, oltre che per potere valutare l'eventuale diritto ad una rendita di invalidità, anche per pronunciarsi sul preteso diritto dell'interessato al riconoscimento delle indennità giornaliere dal 1° gennaio 2014 al 30 novembre 2018, escluso dall'amministrazione in sede di risposta di causa con la motivazione che l'assicurato avrebbe recuperato una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività almeno dal 14 dicembre 2012 (cfr. doc. V).

E. 30

giugno 1994 succitata).

Specifiche 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.

2.2.3. Nel caso concreto, con la decisione su opposizione impugnata, l' Istituito assicuratore ha dichiarato l' assicurato, tenuto conto dei soli postumi infortunistici, in grado di svolgere, a tempo pieno e con rendimento completo, la sua precedente attività lavorativa di impiegato di banca (doc. A).

CO 1 ha fondato tale conclusione sulla visita medica peritale bidisciplinare eseguita presso l' Istituito _____.

Nel referto peritale del 17 luglio 2018, il dr. med. _____, Orthopädische Chirurgie FMH e Zertif. med. Gutachter SIM, il dr. med. _____, Facharzt für Neurologie e il dr. phil. _____, Neuropsychologie FSP, hanno posto le diagnosi di:

2.2.5. 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 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.

Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).

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).

2.2.6. 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 sono giunti gli specialisti dell'Istituto _____ - poste alla base della decisione su opposizione impugnata - ma ritiene indispensabile che la questione

della capacità lavorativa residua dell'interessato, controversa tra le parti sulla base di elementi di valutazione oggettivi messi in evidenza da altri specialisti in materia (segnatamente: valutazione peritale del 14 dicembre 2012 dell'_____ ; valutazione peritale del 14 marzo 2017 del dr. _____, condivisa con valutazione del 16 novembre 2018 dal dr. _____), sia oggetto di un complemento peritale, prima di potersi esprimere in maniera definitiva riguardo al diritto alle prestazioni.

Il TCA rileva, infatti, che l'amministrazione ha considerato l'assicurato pienamente abile al lavoro sia nell'abituale attività, che in altre confacenti alle sue limitazioni funzionali, sulla base di quanto valutato in sede peritale dagli specialisti dell'_____.

Ora, questo Tribunale, non può ignorare che la valutazione dei periti dell'Istituto _____ si discosti, in termini di capacità lavorativa residua, da quanto, invece, apprezzato in maniera costante ed unanime - ponendo l'indicazione per un'abilità lavorativa del 75%-80% in qualsiasi attività - dagli specialisti dell'Inselspital nel referto peritale del 14 dicembre 2012 (cfr. doc. L); dal dr. _____ nel referto peritale del 14 marzo 2017 (cfr. doc. M) e pure dal dr. _____ nel referto del 16 novembre 2018 (cfr. doc. Q).

A fronte di un'identica individuazione di limiti di carico e limitazioni funzionali da parte di tutti gli specialisti coinvolti ■ circostanza non contestata tra le parti - il TCA non può, senza che prima il tema venga ulteriormente approfondito, attraverso un complemento peritale in grado di fare chiarezza, considerare maggiormente affidabile la valutazione della capacità lavorativa espressa dagli specialisti dell'Istituto _____, per il solo fatto che, come preteso da CO 1, siano stati gli ultimi, in termini temporali, ad essersi espressi sul caso dell'assicurato.

Altrettanto priva di pertinenza la motivazione, addotta dall'assicuratore infortuni, secondo cui le valutazioni peritali sulle quali si fonda la pretesa dell'assicurato di potersi vedere riconosciuta un'inabilità lavorativa del 25% siano prive di valenza probatoria per il fatto di essere state eseguite su incarico, l'una (vale a dire la perizia eseguita dall'Inselspital nel 2012), dell'Ufficio AI e, l'altra (quella del dr. _____ del marzo 2017), dell'assicuratore di responsabilità civile _____ (cfr. doc. 240).

A tale proposito, il TCA rileva che le domande peritali sottoposte al dr. _____ da parte di _____ sono state concordate sia con l'avv. RA 1, che con l'assicuratore infortuni CO 1.

Ciò risulta in maniera inequivocabile dallo scambio di email intercorso tra le parti citate (cfr. doc. 205 e 206) e, in maniera esplicita, dallo scritto del 23 settembre 2016 contenente i quesiti peritali ■ inviato in copia anche ad CO 1, come del resto anche il referto peritale - nel quale l'assicuratore _____ ha espressamente indicato al dr. _____ che ■ unitamente alla spettabile CO 1e all'avv. RA 1 (legale del signor RI 1) le chiediamo disponibilità a visitare ed in seguito allestire una valutazione peritale sulle condizioni di salute del signor RI 1 ■ (cfr. doc. 208 ■ il corsivo è della redattrice).

Inoltre, il TCA rileva che l'entità dell'IMI (del 10%) riconosciuta all'assicurato da parte di CO 1 è stata determinata sulla base della valutazione eseguita dal dr. _____ in data 18 gennaio 2005 (cfr. doc. 302).

A fronte di tali circostanze, appare quantomeno sorprendente che i periti dell'Istituto _____ non abbiano riservato alcun tipo di commento riguardo alla valutazione

peritale (e relative conclusioni) espressa dal dr. _____ nel referto peritale del 14 marzo 2017, della quale hanno comunque preso visione, come risulta dall'elenco dei vari atti medici riassunti nel referto peritale (cfr. doc. 329 pag. 7).

Non convince pienamente nemmeno la spiegazione fornita dai periti dell'Istituto _____ per motivare il loro dissenso rispetto a quanto a suo tempo valutato dagli specialisti dell'_____ a proposito della capacità lavorativa residua:

Sulla base di tutti questi elementi, questo Tribunale ritiene, dunque, indispensabile rinviare gli atti all'Istituto assicuratore affinché ordini un complemento peritale, attraverso il quale gli esperti dell'_____ forniscano una dettagliata ed esauriente disamina degli aspetti controversi concernenti la capacità lavorativa residua dell'assicurato, prendendo in particolare posizione, in maniera puntuale e argomentata, sui pareri peritali competenti e motivati espressi sul tema dell'incapacità lavorativa dagli specialisti dell'Inselspital e dal dr. _____, pure condivisi dal dr. _____.

D'altro canto, il TCA rileva di non potere fare proprie le obiezioni sollevate dal legale dell'assicurato a proposito della presunta (mancanza) di imparzialità degli specialisti dell'_____, alla luce del legame di dipendenza economica derivante dal notevole numero di perizie affidate da CO 1 a tale Istituto (cfr. doc. I e doc. VII).

2.2.7. 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 376E. 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 407E. 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)

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.2.6., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un complemento peritale a cura degli esperti dell'_____, volto a stabilire quale sia la reale capacità lavorativa residua dell'interessato.

Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni (diritto alla rendita di invalidità e diritto alle indennità giornaliere dopo il 31 dicembre 2013).

A tale proposito, il TCA ricorda che stabilire quale sia l'esatta capacità lavorativa residua dell'assicurato appaia indispensabile ed imprescindibile, oltre che per potere valutare l'eventuale diritto ad una rendita di invalidità, anche per pronunciarsi sul preteso diritto

dell'interessato al riconoscimento delle indennità giornaliere dal 1° gennaio 2014 al 30 novembre 2018, escluso dall'amministrazione in sede di risposta di causa con la motivazione che l'assicurato avrebbe recuperato una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività almeno dal 14 dicembre 2012 (cfr. doc. V).

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