

TI_GERICHTE 35.2021.87 vom 30. März 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-03-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.87

FR: TI_GERICHTE 35.2021.87 du 30 mars 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2021.87 del 30 marzo 2022

Regeste

Discussa entità della rendita d'invalidità. Rinvio atti per complemento istruttorio (perizia pluridisciplinare esterna) riguardante la diagnosi della problematica psichica e l'impatto sulla capacità lavorativa residua delle difficoltà cognitive

Erwägungen

E. 1

il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico)

E. 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, 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; STF 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. 2.5. In concreto, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di assegnare all'assicurato una rendita d'invalidità del 55%, vi è l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciata dai propri medici fiduciari (cfr. doc. 369, p. 4 ss.). In effetti, in occasione della visita di chiusura dell'11 settembre 2020, formulate le diagnosi di stato dopo infortunio della circolazione del 4 agosto 2015 con frattura vertebrale, stato dopo stabilizzazione anteriore e posteriore Th4-Th11 e laminectomia Th7 e Th8, paraplegia completa sotto il livello Th6 ASIA A, nonché stato dopo asportazione del testicolo destro e refertato, all'esame clinico, una paraplegia a livello di Th6 e una leggera sindrome d'attrito sotto-acromiale alla spalla destra con insufficienza del muscolo dentato anteriore, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia

ortopedica e traumatologia, ha confermato i limiti funzionali definiti a margine della precedente visita _____ (cfr. doc. 215, p. 3 s.: “L’assicurato può molto spesso sollevare fino all’altezza dei fianchi pesi fino a 5 kg, talvolta pesi fino a 10 kg ma mai superiori ai 10 kg. Può molto spesso alzare oltre l’altezza del petto pesi fino a 5 kg ma non oltre

E. 2.6

e 2.7. , si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all’assicuratore resistente affinché disponga un accertamento peritale pluridisciplinare (art. 44 LPGGA) volto a definire in quale misura RI 1 è in grado di esercitare un’attività sostitutiva adeguata. In seguito, facendo capo alle risultanze dell’accertamento esperito, l’amministrazione si pronuncerà di nuovo in merito all’entità della rendita d’invalidità spettante all’assicurato a contare dal 1° maggio 2020. È utile segnalare che la perizia psichiatrica dovrà contenere gli elementi necessari per procedere a una procedura probatoria strutturata (cfr. DTF 141 V 281 consid. 8 e STF 8C_585/2017 del 16 ottobre 2018 consid. 9.1). Sempre a proposito delle turbe psichiche, va osservato che l’assicuratore convenuto ha implicitamente riconosciuto che esse costituiscono una conseguenza (anche) adeguata dell’evento dell’agosto 2015. Questo Tribunale ritiene che ciò sia senz’altro giustificato alla luce della gravità dell’infortunio subito e, in particolare, della natura del danno alla salute fisica riportato. 2.10. 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), l’CO 1 verserà all’insorgente, rappresentato da un avvocato, l’importo fr. 2’800 (IVA inclusa) a titolo d’indennità per ripetibili. 2.11. L’art. 61 lett. a LPGGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGGA. L’art. 61 lett. a LPGGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l’art. 61 lett. f bis LPGGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l’art. 82a LPGGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell’entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 26 ottobre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 e STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022).

E. 5

kg. La capacità di sollevare pesi oltre l’orizzontale è limitata dall’incompleto controllo dell’equilibrio a livello del tronco per cui viene eseguita prevalentemente con un arto, utilizzando l’arto controlaterale come appoggio e mantenimento dell’equilibrio. Maneggio di attrezzi: l’assicurato può effettuare molto spesso lavori leggeri e di precisione, spesso lavori medi, mai lavori pesanti e molto pesanti, può molto spesso effettuare la rotazione della mano. Posizione e mobilità: l’assicurato può molto spesso fare lavori sopra l’orizzontale mantenendo comunque la posizione seduta sulla sedia a rotelle. Talvolta può

fare lavori che comportano la rotazione del busto, molto spesso può mantenere la posizione seduta mentre mai la posizione in piedi, inginocchiata e con flessione delle ginocchia. Posizione di lunga durata: può mantenere spesso la posizione seduta, mai la posizione in piedi. Spostamento: l'assicurato non può spostarsi per nessun tragitto tranne che con la sedia a rotelle. L'uso delle mani è possibile, impossibile l'equilibrio.”), precisando che “in considerazione della situazione di paraplegia e delle necessità di eseguire pause per eseguire cateterizzazioni, dell'affaticabilità e del non completo coordinamento del tronco, si ritiene che l'assicurato, in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa, possa avere un rendimento globale ridotto pari al 50% .” (doc. 289 – il corsivo è del redattore). Facendo capo al parere del medico _____, con decisione formale del 17 dicembre 2020, l'assicuratore convenuto ha quindi assegnato al ricorrente una rendita d'invalidità del 55% a contare dal 1° maggio 2020 (doc. 315). Nel quadro della procedura di opposizione, l'istituto assicuratore ha interpellato lo psichiatra curante, al quale ha chiesto “... un rapporto dettagliato in merito alle sue constatazioni sullo stato attuale del sig. RI 1 e sulla prognosi.” (doc. 330). Questo il tenore del rapporto 19 febbraio 2021 del dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia: “ (...). Dopo 5 sedute ho potuto oggettivare il seguente quadro psicopatologico. È gradualmente emerso uno stato depressivo di gravità crescente (ICD10 F32.1-2) inizialmente difficile da identificare a causa del carattere introverso dell'assicurato. Nel corso delle sedute si è sviluppata un'alleanza terapeutica che ha permesso di accedere alla profonda sofferenza prima celata dietro un atteggiamento di negazione. Dopo il grave incidente della circolazione avvenuto in data 4 agosto 2015, il signor RI 1 è stato travolto dagli eventi (cure della fase acuta, la successiva lunga riabilitazione e il tentativo di reinserimento da parte dell'ufficio invalidità) non avendo la possibilità di chinarsi su sé stesso. Questo ha ritardato le inevitabili manifestazioni del concomitante trauma psicologico che ora si evidenzia in maniera più chiara e risulta invalidante nella quotidianità. È presente una sintomatologia depressiva caratterizzata da: umore depresso, ansia, mancanza di progettualità, riduzione dello slancio vitale, disturbi del sonno, umore deflesso, ansia, mancanza di progettualità, rimuginazioni frequenti, ansia in relazione ai possibili sviluppi futuri, sentimenti di insicurezza, vergogna e riduzione dell'autostima. Da non dimenticare la problematica relativa alla sfera sessuale e all'incontinenza (paraplegia). Quanto descritto mi porta a concludere che un nuovo progetto di reinserimento lavorativo mediante una riqualifica debba essere rivalutato non prima di 6 mesi nella speranza che la continuazione delle cure porti ad un graduale miglioramento dello stato di salute psichica. Nel frattempo il signor RI 1 risulta inabile al lavoro nella misura del 100%.” (doc. 331, p. 2) In data 3 marzo 2021 ha avuto luogo una visita psichiatrica a cura della dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, la quale ha diagnosticato un disturbo dell'adattamento (ICD-10 F43.2). La psichiatra di fiducia dell'CO 1 ha dichiarato di non condividere la diagnosi posta dal dott. _____, e ciò alla luce di quanto riferito dall'assicurato (disturbi attuali e strutturazione della giornata) e dello stato psichico da lei refertato. A suo avviso, a fronte delle gravi conseguenze fisiche dell'infortunio, è giustificata la presenza di un disagio psichico, inquadrabile nella diagnosi di disturbo dell'adattamento, che si trova, con verosimiglianza preponderante, in nesso di causalità naturale con l'evento traumatico dell'agosto 2015. Tale disturbo non incide però ulteriormente sulla capacità lavorativa già ridotta in ragione delle conseguenze somatiche dell'infortunio. D'altro canto, sempre secondo la dott.ssa _____, “i comportamenti e gli atteggiamenti, che alla fine hanno impedito la riuscita del reinserimento professionale non sono (...) da considerare conseguenze infortunistiche. Anche in considerazione della

giovane età dell'assicurato, un'attività lavorativa regolare potrebbe solo giovargli, dare un senso alla vita e stabilizzare lo stato psichico nel tempo.” (doc. 347). Nel giugno 2021, RI 1 ha privatamente consultato il dott. _____, spec. FMH in reumatologia. In sostanza, refertata clinicamente una ipotrofia dei muscoli del cingolo scapolare destro, il medico ha affermato di poter procedere a una valutazione definitiva soltanto dopo aver preso conoscenza del “dossier clinico con descrizione degli interventi chirurgici e delle lesioni riscontrate al momento dell'infortunio” e delle risultanze degli esiti di una valutazione neurologica con EMG ed ENG degli arti superiori (cfr. doc. 355). Il medico _____ ha preso posizione sulle considerazioni espresse dal dott. _____ con apprezzamento del 23 giugno 2021. Egli si è in particolare espresso nei seguenti termini: " (...) Riguardo al riscontro di atrofia muscolare evidenziato dal dr. med. _____, non meglio specificato, esso si riferisce verosimilmente alla nota insufficienza del dentato anteriore più volte evidenziata nei rapporti di _____ e nella visita _____ del 2018, ove si riporta esplicitamente: “nessuna plegia agli arti superiori eccetto nota insufficienza del muscolo dentato anteriore”. Rilevo inoltre che il dr. med. _____ non ha evidentemente esaminato il corposo dossier e la documentazione CO 1. Da questo emerge che l'assicurato è stato valutato più volte da neurologi, sia in occasione del suo ricovero ospedaliero in acuto, sia in occasione delle numerose visite e soggiorni presso la Clinica di _____ (clinica di riferimento in Svizzera specializzata nella diagnosi e cura delle patologie presentate dall'assicurato). Gli accertamenti di carattere neurologico sono stati quindi già eseguiti in modo approfondito. Essi si sono imposti per la diagnosi e la cura prima che per la valutazione medico-assicurativa e si sono svolti nel corso degli anni a carico degli specialisti che hanno seguito l'assicurato. Per quanto riguarda quindi la richiesta di ulteriori visite neurologiche ed accertamenti, ritengo che quanto evidenziato dal dr. med. _____ sia già noto come risulta dalla corposa documentazione.” (doc. 356, p. 2) Dalle carte processuali emerge che l'assicuratore LAINF ha messo l'intero incarto dell'assicurato a disposizione del dott. _____ e del neurologo dott. _____ (cfr. doc. 357 e doc. 360). Dagli atti non risulta però né che questi specialisti abbiano visitato (nel caso del dott. _____, di nuovo) l'insorgente né che essi abbiano elaborato una qualunque valutazione. La discussione collegiale del grado dell'invalidità è avvenuta in data 22 settembre 2021 tra i dottori _____ e _____. Essi hanno stabilito che il grado della capacità lavorativa residua dell'assicurato, comprendente sia gli aspetti somatici che quelli psichiatrici, è del 50%, precisato come “... la componente psichiatrica reattiva ai postumi infortunistici si sovrapponga all'aspetto ortopedico, che non lo rinforzi, ma che nella quota di riduzione di rendimento del 50% comprendente affaticabilità e necessità di pause compensative sia ricompreso anche un adeguato periodo di ristoro, tale da mantenere un compenso psichico.” (doc. 368, p. 2). Unitamente all'impugnativa, il patrocinatore dell'insorgente ha prodotto una ulteriore certificazione del dott. _____, il cui tenore è in particolare il seguente: " (...) Non posso condividere la valutazione della psichiatra dottoressa _____ la quale, in relazione al suo ruolo di perito, pare verosimilmente non essere riuscita ad instaurare, durante il colloquio, la necessaria empatia che avrebbe permesso di esprimere senza remore il grave disagio psichico dell'assicurato. Da parte mia, anche alla luce degli ultimi incontri, non posso che confermare la presenza di uno stato depressivo di entità medio-grave (ICD 10 F32.1-2). L'ustione di terzo grado all'arto inferiore dx con necessità di trapianto cutaneo, avvenuta recentemente, ha ulteriormente appesantito il quadro clinico. Durante gli incontri continua ad essere oggettivata la seguente sintomatologia: umore francamente deflesso in presenza di ideazione suicidale passiva,

disturbi del sonno, della memoria e della concentrazione, mancanza di progettualità, diminuzione della libido e dell'appetito, astenia, rassegnazione e sentimenti di impotenza, vergogna, inutilità, autosvalutazione, bassa autostima. Il paziente a fatica riesce a prendere contatto con le proprie emozioni che inevitabilmente accentuano la sua sofferenza interiore e indossa una maschera, a scopo inconsciamente difensivo, che tende ad ingannare l'interlocutore. Come psichiatra curante ho comunque potuto oggettivare una profonda e genuina sofferenza che, come sopra già menzionato, non può che essere attribuita ad uno stato depressivo importante. Quanto descritto mi permette di confermare i contenuti del mio rapporto redatto in data 19 febbraio 2021, di escludere un progetto di reinserimento lavorativo a breve termine e di ribadire un'inabilità nella misura del 100% in qualsiasi attività lavorativa ." (doc. 374, p. 5 – il corsivo è del redattore) 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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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). 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.7. Con la propria impugnativa, il rappresentante dell'assicurato contesta innanzitutto che alla valutazione della psichiatra fiduciaria possa essere attribuito un valore probatorio sufficiente a dirimere la vertenza, ritenendo in sostanza che essa non sia corretta né dal punto di vista della diagnosi né da quello della capacità lavorativa residua (cfr. doc. I). Chiamata ora a pronunciarsi nel caso di specie, questa Corte non può ammettere, con una sufficiente tranquillità, che la patologia psichica che presenta l'insorgente determini un'incapacità lavorativa in ogni attività (soltanto) del 50%. In effetti, su questo aspetto, agli atti figurano referti contraddittori – quelli dello psichiatra curante dott. _____ e quelli elaborati dalla psichiatra di fiducia dell'assicuratore resistente (cfr. supra, consid. 2.5.) - che non consentono al TCA di decidere in un senso oppure nell'altro. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). In particolare, va rilevato come le valutazioni in questione divergano già per quanto concerne la diagnosi dei disturbi psichici di cui soffre RI 1, un disturbo dell'adattamento secondo la dott.ssa _____, uno stato depressivo medio-grave secondo il dott. _____. A questo proposito, non può essere ignorato come lo psichiatra curante abbia sottolineato il fatto che l'assicurato tende a ingannare l'interlocutore, mascherando inconsciamente la propria sofferenza psichica, condizione alla quale si riesce ad accedere soltanto dopo aver creato la giusta empatia, ciò che è difficilmente realizzabile nel contesto di una valutazione peritale. In questo senso, il TCA segnala che, già in occasione del colloquio del 19 maggio 2016, la madre dell'insorgente aveva segnalato che suo figlio non stava bene psicologicamente, circostanza che quest'ultimo aveva però negato (cfr. doc. 109). Per un caso recente in cui questo Tribunale si è scostato dalle conclusioni del perito amministrativo, ritenendo più convincenti quelle formulate dallo psichiatra curante, il quale seguiva il paziente da molti anni, si veda la STCA 35.2019.128 del 6 luglio 2020, confermata, su questo aspetto, dalla Corte federale con pronuncia 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021. Tutto ben considerato, dalla documentazione a disposizione emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità dei rapporti medici sui quali l'istituto assicuratore ha fondato la decisione su opposizione impugnata, dubbi che inducono questo Tribunale a discostarsene (per un caso in cui l'Alta Corte ha annullato il giudizio cantonale ritenendo che, alla luce dei referti agli atti dei medici consultati dall'assicurato, alle considerazioni espresse dal medico fiduciario 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. Con il proprio ricorso, il rappresentante dell'assicurato fa inoltre valere che la valutazione dell'esigibilità lavorativa non terrebbe adeguatamente conto di tutte le problematiche somatiche, segnatamente dello stato della spalla destra e delle difficoltà cognitive. A proposito della spalla destra, il TCA constata che durante l'iniziale degenza

riabilitativa presso il Centro _____ di _____, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione neurologica che ha evidenziato una lesione del nervo accessorio nel contesto di alterazioni cicatriziali a destra con paralisi del muscolo serrato anteriore (cfr. doc. 62). A margine della visita di chiusura del 23 agosto 2016, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha clinicamente refertato una "funzione delle spalle (...) libera anche se leggermente dolente a destra nella fase terminale con un leggero calo della forza.". Nonostante ciò, nel descrivere i limiti funzionali, il medico _____ ha segnatamente indicato che il ricorrente era in grado di svolgere molto spesso dei lavori (leggeri) oltre l'orizzontale (cfr. doc. 126, p. 2 e 3). Né in occasione del periodo di accertamento professionale 3-28 ottobre 2016 presso il Centro di _____ né in occasione delle consultazioni del 23 maggio 2016 e del 6 aprile 2018 presso la Clinica di _____ né ancora a margine delle visite fiduciarie del 25 maggio 2018 e dell'11 settembre 2020 (visita medica di chiusura), sono stati osservati problemi maggiori nell'utilizzo degli arti superiori (cfr., rispettivamente, doc. 142, p. 7: "Gli arti superiori hanno una buona mobilità.", doc. 209, p. 4: "Freie Beweglichkeit der oberen Extremitäten.", doc. 215, p. 3: "La funzione delle spalle è libera. Riferisce modesto affaticamento e dolenzia alla spalla destra nella postura prolungata oltre l'orizzontale. (...). Nessuna plegia agli arti superiori eccetto nota insufficienza del muscolo dentato anteriore." e doc. 289, p. 2: "La funzione delle spalle è libera con modesto affaticamento e dolenzia alla spalla destra nella postura prolungata oltre l'orizzontale."). Invitato a prendere posizione sulle obiezioni sollevate dall'avv. RA 1 in sede di opposizione e, in particolare, sull'affermazione secondo la quale l'assicurato non sarebbe in grado di "mantenere a lungo oltre l'orizzontale la sollevazione del braccio anche senza pesi", il dott. _____ ha rilevato che "... questo non è concorde con quanto valutato clinicamente in occasione della visita _____, né appare dalla documentazione medica allegata dall'avvocato stesso (rapporto dr. med. _____)." (doc. 356, p. 2). Dai referti agli atti del reumatologo dott. _____ non risulta in effetti che egli abbia preteso che i postumi infortunistici residui alla spalla destra limiterebbero in qualche modo l'insorgente nell'esercizio di un'attività lavorativa adeguata (cfr. doc. 352 e 355), e ciò nemmeno dopo aver preso visione dell'intera documentazione messaggi a disposizione. In esito a tutto quanto precede, questa Corte non ha dunque alcun valido motivo per credere che nel definire l'esigibilità lavorativa il dott. _____ non abbia convenientemente considerato lo stato della spalla destra. Trattandosi invece dei disturbi neuropsicologici, una loro prima valutazione è stata effettuata nel gennaio 2016, nel quadro della degenza presso il Centro _____. In quell'occasione, la neuropsicologa _____ ha refertato delle lievi, rispettivamente minime disfunzioni della memoria verbale ed esecutive, in presenza di prestazioni altrimenti compatibili con l'età e con la formazione del ricorrente (doc. 66, p. 5). Lo stato cognitivo dell'assicurato è stato indagato, una seconda volta, nel giugno 2019 presso la _____ di Brissago. In base a quanto riportato dalla dott.ssa _____, le neuropsicologhe _____ e _____ hanno riscontrato "una lieve sintomatologia a carico delle capacità attentive e di memoria a lungo termine visiva nel contesto di un quadro cognitivo altrimenti pienamente nella norma per età, genere e scolarità. Questo deficit attentivo spiega e trova riscontro nella descrizione soggettiva del paziente di precoce affaticabilità." (doc. 363, p. 19). Il TCA constata che fra gli atti a sua disposizione non figura alcuna valutazione che determini se e, se sì, in quale misura i disturbi neuropsicologici incidano sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato. In ogni caso, non risulta che i medici interpellati dall'CO 1 ne abbiano tenuto conto nell'apprezzare

l'esigibilità lavorativa. In queste condizioni, occorre ritenere che per meglio chiarire la fattispecie non si possa prescindere dal procedere a un approfondimento peritale (anche) di questo aspetto. 2.9. 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 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” 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 LPG, 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 LPG): " 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 LPG; 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 resistente (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 dei propri medici consulenti. Per le ragioni già esposte ai considerandi

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