

# TI\_GERICHTE 35.2023.80 vom 18. März 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2023.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2023.80)

FR: TI\_GERICHTE 35.2023.80 du 18 mars 2024

IT: TI\_GERICHTE 35.2023.80 del 18 marzo 2024

## Regeste

Discussa entità del grado d'invalidità dell'assicurato. Rinvio atti per esecuzione perizia esterna volta a definire l'esigibilità lavorativa in relazione al danno infortunistico

## Erwägungen

### E. 16

LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, 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. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'CO 1 ha definito l'esigibilità lavorativa alla base della determinazione del grado dell'invalidità, facendo capo essenzialmente al parere del proprio medico \_\_\_\_\_, il quale, a sua volta, ha fatto riferimento agli esiti di una valutazione della capacità funzionale (cfr. doc. 318). Dalle tavole processuali emerge in effetti che, il 18 e 19 ottobre 2022, RI 1 è stato sottoposto a test volti a determinare il carico di lavoro fisicamente esigibile, da parte del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e

della fisioterapista EFL \_\_\_\_\_. Gli specialisti appena citati hanno diagnosticato una distorsione della caviglia destra con un primo episodio di CRPS tipo 1, artroscopia diagnostica con débridement il 28 luglio 2021, secondo episodio di CRPS 1 trattato con bifosfonati parenterali, attualmente dolore neuropatico cronico invariato da 1 anno, clinicamente temperatura simmetrica, non gonfiore, colorazione leggermente più scura, iperpatia, atrofia del polpaccio di ca. 2 cm (doc. 264, p. 2). Per quanto qui d'interesse, il ricorrente è stato dichiarato totalmente inabile nella sua abituale professione di gruista ma in grado di svolgere delle attività lavorative leggere, prevalentemente sedentarie che non comportano lunghi spostamenti a piedi. I sanitari EFL hanno tuttavia precisato che per quanto concerne i test ai quali è stato sottoposto l'assicurato, "occorre premettere che il dolore è una sensazione soggettiva a riguardo della quale solo l'assicurato stesso può esprimersi. Questo ha implicazioni sulla capacità di concentrazione, le capacità relazionali fino alla personalità e la resistenza anche in attività adeguate che non possono essere testate nell'ambito di una valutazione ergonomica come la nostra. Complessivamente questo assicurato non ha mostrato nessuna amplificazione di sintomi il che correla con le osservazioni del dr. \_\_\_\_\_ che parla di un assicurato adeguato nei suoi rapporti." (cfr. doc. 264, p. 7). Da notare che, a margine della consultazione del 14 gennaio 2022, il reumatologo dott. \_\_\_\_\_ aveva in effetti sottolineato esplicitamente come "il paziente sia adeguato. Ho letto dei suoi problemi sul posto di lavoro e il fatto che sia stato licenziato. Non so come fosse la situazione prima dell'operazione, ma è chiaro che in questi pazienti con CRPS ogni intervento operatorio va accuratamente valutato in quanto c'è sempre il rischio di un netto peggioramento, come purtroppo presso il paziente. Durante tutta la visita il paziente non ha mai appoggiato il piede se non proprio sfiorandolo. Abbiamo una netta atrofia e soprattutto anche l'immagine clinica è di un piede con una netta algodistrofia. Come detto dovessi parlare della vecchia classificazione parlerei di un Sudeck al terzo stadio." (doc. 227). In data 11 novembre 2022 ha avuto luogo la visita di chiusura a cura del dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Il medico \_\_\_\_\_ ha refertato un quadro clinico comparabile a quello osservato a margine della visita fiduciaria dell'ottobre 2021 e all'obiettività descritta nella valutazione EFL, con ipotrofia muscolare, iperalgesia, allodinia, arrossamento e ipotermia locale. Con riferimento alla valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal dott. \_\_\_\_\_, definita come "adeguata e condivisibile", il dott. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che "appare esigibile un'attività leggera prevalentemente sedentaria che eviti lunghi spostamenti a piedi e che non prevede una stazione eretta prolungata. Tale tipo di attività risulta esigibile a tempo pieno e può essere svolta con un rendimento normale." (doc. 273). Con la propria impugnativa, il rappresentante dell'assicurato fa valere che quest'ultimo non sarebbe in realtà in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, nemmeno un'attività lavorativa adeguata (cfr. supra, consid. 1.4.). A supportare tale tesi, sempre secondo l'avv. RA 1, vi sarebbero agli atti alcuni rapporti elaborati da specialisti privatamente consultati dal ricorrente. Con certificazione 14 giugno 2023, il dott. \_\_\_\_\_, spec. in ortopedia e traumatologia a \_\_\_\_\_, ha indicato segnatamente che RI 1 soffre di gravi limitazioni delle articolazioni delle caviglie con grave zoppia, che la deambulazione è possibile, per brevi tratti, soltanto con l'uso di bastoni canadesi con incipiente tendinopatia dei flessori del polso e artralgia ad entrambi i polsi (doc. B). Con rapporto del 16 giugno 2023, la dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. in neurologia presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_, ha diagnosticato degli "esiti stabilizzati di grave trauma distorsivo di caviglia dx complicato da algodistrofia. Trattato chirurgicamente con artrolisi presenta una

cicatrice sul dorso del piede. Andatura claudicante possibile con doppio appoggio. Riduzione del trofismo dei muscoli di gamba dx di 1/3 rispetto all'arto sano, con aspetto di "collo di bottiglia rovesciata"; allodinia; disestesie; riduzione del riflesso rotuleo a dx; riflesso achilleo assente. Deficitarie le prove di forza contro resistenza dei muscoli pre-tibiali. Lombalgia ed ipercontrattura dei muscoli paravertebrali. Sindrome ansioso-depressiva e reazione compatibile con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress." (doc. C). In corso di causa, è stata prodotta una "Consulenza neurologica", datata 7 ottobre 2023, della stessa neurologa dott.ssa \_\_\_\_\_. Da questo documento emerge in sostanza che, tenuto conto di quanto emerso da una valutazione diagnostica elaborata dagli psicologi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, l'assicurato lamenta un disturbo post-traumatico da stress di grado moderato complicato da un disturbo ansioso depressivo di tipo reattivo persistente/cronico, imputabile "con un rapporto eziopatologico diretto, ad un grave life event scatenante". Agli atti figura infine la relazione medico-legale 13 ottobre 2023 del dott. \_\_\_\_\_, spec. in medicina legale e delle assicurazioni a \_\_\_\_\_. Secondo questo specialista, l'insorgente presenta degli esiti di un infortunio professionale esitato in grave algodistrofia alla caviglia destra con zoppia da caduta, disturbo post-traumatico da stress ed alterazione del tono dell'umore e del ritmo sonno-veglia. Egli ha d'altro canto ritenuto congruo "riconoscere una percentuale del 50% che tiene conto anche del grave disturbo post traumatico da stress e degli esiti disfunzionali e dolorosi alla colonna vertebrale ed ai polsi (dovuti alla cattiva postura ed all'uso dei bastoni canadesi)". Infine, a suo avviso, l'assicurato deve essere considerato totalmente inabile nell'attività di gruista, così come in ogni altra attività lavorativa usurante sia dal punto di vista fisico che da quello psichico. L'CO 1 ha sottoposto la documentazione appena riportata al dott. \_\_\_\_\_ per una sua presa di posizione. Con apprezzamento del 9 novembre 2023, il fiduciario ha espresso le considerazioni seguenti: "(...) Per quanto riguarda il dolore ai polsi, esso sarebbe dovuto all'utilizzo prolungato delle stampelle. Faccio notare che nelle valutazioni dei medici che hanno seguito l'assicurato in precedenza e nelle EFL di \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_, pur eseguite con lunghi periodi di osservazione, non sono emersi problemi importanti in tale sede. In particolare l'esame obiettivo contenuto nel rapporto EFL di \_\_\_\_\_ esclude problemi a livello dei polsi e mani. È inoltre da rilevare che è stato chiaramente espresso che l'assicurato non può eseguire lunghi spostamenti con le stampelle, ma questi devono essere limitati a brevi tratti e che il lavoro esigibile è di tipo leggero e prevalentemente sedentario, che eviti lunghi spostamenti e non preveda una stazione eretta prolungata. Per quanto riguarda il problema del rachide in generale (ed in particolare cervicale su cui il dott. med. \_\_\_\_\_ si è dilungato nel suo rapporto), mi preme sottolineare che per poter porre un nesso tra un sovraccarico del rachide ed una alterazione disfunzionale degli arti inferiori è necessaria una importante dismetria (superiore a 5 cm) o una alterazione neuromuscolare grave (es. esiti di poliomielite). Non è questo il caso in esame. È poi poco probabile che il quadro clinico presentato dall'assicurato possa addirittura determinare un sovraccarico a livello cervicale pur considerando un normale uso delle stampelle. Inoltre, nei rapporti sopra citati si fa unicamente riferimento a un quadro sintomatologico senza portare una documentazione che indichi un coinvolgimento strutturale evidente che possa essere messo in relazione probabile con le conseguenze dell'evento stesso. Quanto alle conclusioni medico-legali del dott. med. \_\_\_\_\_, nella succinta parte finale della sua trattazione, egli ritiene esservi degli esiti per i quali sia equo riconoscere una percentuale del 50%, tenendo conto anche di un disturbo post-traumatico da stress e degli esiti disfunzionali a livello della colonna vertebrale e dei polsi. In tale

valutazione però non chiarisce se questo 50% sia da intendersi quale danno biologico secondo la prassi medico-legale di Scuola Italiana, né specifica secondo quali “barèmes” sia addivenuto a tale percentuale. Di converso non si esprime nemmeno in termini di menomazione secondo le consuete tabelle di riferimento, né indica i motivi per cui è addivenuto a tale valore. La valutazione suddetta appare quindi carente sia in termini di specificità che di giustificazione. Essa inoltre comprende elementi, di cui sopra di è detto, che non sono da considerarsi in nesso prevalentemente probabile con l’evento in esame. Per quanto riguarda la capacità lavorativa, egli si esprime negando una esigibilità del lavoro di gruista. Su tale punto è concorde con quanto già valutato in occasione della visita medico-assicurativa che ha ritenuto tale lavoro non più esigibile. Egli ritiene che anche qualsiasi altro lavoro usurante dal punto di vista fisico-psichico non sia esigibile. A mio parere anche questo non è in disaccordo con le conclusioni della visita medico-assicurativa che ha stabilito che sia esigibile solo un lavoro leggero prevalentemente in posizione sedentaria. Pertanto non usurante dal punto di vista fisico.” (doc. IX 1) Con osservazioni 13 novembre 2023, l’amministrazione ha rilevato, in particolare a proposito della pretesa problematica psichica, che “... non appare verosimile che l’assicurato lamenti oggi dei disturbi visto che egli fino alla chiusura dell’infortunio e relativa sospensione delle prestazioni di breve durata non ha mai consultato uno specialista e non si è mai sottoposto a delle cure specifiche. Vi sono poi delle discordanze nei rapporti prodotti in quanto la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha diagnosticato un disturbo post-traumatico da stress di grado moderato complicato da un disturbo ansioso-depressivo di tipo reattivo mentre la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato che non risultano soddisfatti tutti i criteri per un disturbo post-traumatico da stress. A suo dire è presente una moderata sintomatologia depressiva caratterizzata dalla presenza di numerosi sintomi somatici. L’CO 1 rinuncia a interpellare la propria consulente in psichiatria in quanto la causalità adeguata – quesito giuridico – non può essere ammessa. L’assicurato ha riportato una storta alla caviglia destra mentre scendeva da un gradone. Si tratta di un evento banale o di poca gravità per cui la causalità adeguata può essere negata d’acchito.” (doc. IX). 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell’apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell’amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l’Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti

dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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\_156/2023 del 26 gennaio 2024 consid. 4.1; 8C\_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; 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. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, questo Tribunale non ritiene di poter confermare la decisione su opposizione impugnata, nella misura in cui l'CO 1 ha dichiarato l'insorgente in grado di esercitare, senza limiti di tempo e di rendimento, un'attività sostitutiva adeguata. Preliminarmente, va rilevato che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna disposta in ossequio alla procedura prevista dall'art. 44 LPG, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.6.). In questo senso, va rilevato che se è vero che, in occasione della valutazione EFL, il dott. \_\_\_\_\_ e la fisioterapista \_\_\_\_\_ hanno indicato che sarebbe esigibile che l'assicurato svolga delle attività leggere e prevalentemente sedentarie, è altrettanto vero che i medesimi sanitari hanno sottolineato il fatto che i dolori (neuropatici) da lui denunciati sono suscettibili di avere un impatto anche sulla sua "capacità di concentrazione, le capacità relazionali fino alla personalità e la resistenza anche in attività adeguate" (la sottolineatura è del redattore), aspetto che non ha potuto essere adeguatamente valutato mediante i test ergonomici a cui è stato sottoposto ("... non possono essere testate nell'ambito di una valutazione ergonomica come la nostra."), in un assicurato giudicato adeguato che "non ha mostrato nessuna amplificazione di sintomi" (cfr. doc. 264), così come era del resto già stato in precedenza evidenziato dal dott. \_\_\_\_\_. Da parte sua, il medico \_\_\_\_\_ (e, con lui, l'amministrazione), a margine della visita di chiusura, si è limitato a riprendere l'esigibilità lavorativa scaturita dalle prove ergonomiche, quindi piena abilità lavorativa in attività sostitutive ("L'esigibilità al lavoro è stata valutata in occasione della EFL eseguita a

\_\_\_\_\_ . Tale valutazione appare adeguata e condivisibile .”), omettendo di approfondire la precisazione formulata dai sanitari EFL. Sempre in questo contesto, il TCA segnala che gli psicologici \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, autori della valutazione neuropsicologica agli atti, hanno refertato, senza invero fornire alcuna precisazione di carattere eziologico (deficit cognitivi dipendenti dalla diagnosticata patologia psichica oppure dalla problematica algica legata alla diagnosticata CRPS?), che l’assicurato lamenta segnatamente dei “deficit cognitivi multi-dominio riguardanti l’area della memoria e il dominio dell’attenzione e delle funzioni esecutive. Il signore presenta severe difficoltà attentive e di concentrazione che si traducono in fallimenti di memoria a lungo termine verbale a causa di un’alterata capacità di codifica delle informazioni.”. Tutto ben considerato, sulla scorta di quanto precede, questa Corte ritiene dunque che la presente vertenza non possa essere decisa, con la necessaria tranquillità, senza preliminarmente procedere a un complemento d’istruttoria di natura medica. 2.8. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella 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).” (si veda pure la STF 8C\_697/2019, 8C\_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Infine, con la pronunzia 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n.

34 p. 137 ss., l'Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l'intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all'amministrazione, e non ai giudici di prime cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le STF 8C\_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; STF 8C\_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; STF 8C\_731/2021 succitata consid. 4.6). Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano adempiuti 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 la decisione impugnata si fonda esclusivamente sul parere del proprio medico \_\_\_\_\_. Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGa) volto, in ultima analisi, a determinare l'esigibilità lavorativa in relazione al danno alla salute infortunistico. Quindi, tenuto conto delle risultanze del complemento istruttorio, l'CO 1 definirà nuovamente l'entità del grado d'invalidità dell'insorgente. 2.9. Visto l'esito del ricorso, l'assicuratore verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.10. L'art. 61 lett. a LPGa, 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 LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa 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 LPGa 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. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema, cfr. anche STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGa du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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