

## **TI\_GERICHTE 35.2015.131 vom 21. November 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-11-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2015.131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.131)

FR: TI\_GERICHTE 35.2015.131 du 21 novembre 2016

IT: TI\_GERICHTE 35.2015.131 del 21 novembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

cm al di sotto dell'olecrano bilateralmente 34.5 cm; a 15 cm al di sopra dell'olecrano bilateralmente 40 cm. Movimenti attivi: flessione/estensione gomito sinistro 125-10-0°, a destra 132-0-2°. Pro/supinazione simmetrica, 90-0-65° (a gomito angolato di 90°). Jamar a tre riprese a sinistra 20-15-20kg, a destra 55-55-55 kg. Pinch a tre riprese a sinistra 7-7-7 kg, a destra 9-9-9 kg. Riferimento di un dolore allo Jamar in sede tra capitello ed epicondilo laterale. Diagnosi Leggero deficit funzionale gomito non dominante sinistro con dolore movimento/carico-dipendente in Stato dopo frattura del capitello radiale tipo Mason II e frattura composta dello spigolo esterno del processo coronoideo dell'ulna il 27.09.2013. Stato da artroscopia del gomito sinistro il 18.07.2014 con resezione di tessuto cicatriziale e sino-viale ventrale, lisciatura della cartilagine del capitello omerale e della testa radiale, débridement cicatriziale dorsale e della fossa olecrani e resezione della plica radio-omerale. Stato dopo infiltrazione endo-articolare del 19.02.2015 con effetto positivo temporaneo. Apprezzamento (...) Reperti oggettivi Oggettivamente gesticola con ambedue le braccia nell'anamnesi, usa il braccio sinistro normalmente, leggera limitazione funzionale dell'estensione, meno anche della flessione. Diminuita la forza allo Jamar. Dolore in sede capitello/epicondilo laterale. Proposte diagnostiche e terapeutiche Concludere le 4 sedute fisioterapiche. Ulteriori terapie attualmente non sono più indicate. Portare il tutore in quanto gli serve. Utilizzare il braccio sinistro il più possibile. Aspetti medico-assicurativi L'assicurato non può più riprendere la sua attività lavorativa, visto che vi è una limitazione carico-dipendente meno anche movimento-dipendente, motivo per il quale in data odierna viene definita l'esigibilità lavorativa. Esigibilità del lavoro Nessuna limitazione per sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi e altre l'altezza del petto con la destra e per sollevare e portare pesi leggeri tra i 5 e i 10 kg e medi tra i 10 e i 25 kg fino all'altezza dei fianchi con la destra. Talvolta possibile sollevare oltre l'altezza del petto pesi tra i 5 e i 10 kg con la destra. Mai più possibile sollevare e portare pesi pesanti oltre i 25 kg e molto pesanti oltre i 45 kg. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri/di precisione. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi medi con la destra. Mai più possibile il maneggio di attrezzi pesanti e molto pesanti. Nessuna limitazione per la rotazione della mano. Nessuna limitazione per lavori sopra la testa con la destra. Nessuna limitazione per la rotazione del tronco, posizione seduta/inclinata in avanti, posizione in piedi/inclinata in avanti, posizione inginocchiata e flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione di lunga durata sia seduta che in piedi. Nessuna limitazione per camminare fino e oltre i 50 metri, camminare per lunghi tratti, camminare su terreno accidentato e salire le scale, Di rado possibile salire su scale a pioli. Equilibrio e stare in equilibrio senza limitazione. Uso della mano sinistra possibile a condizione, ossia non mezzi vibranti pesi limitati di 5 kg. L'assicurato è considerato abile al lavoro in misura dell'esigibilità al 100% da subito. (...)" (doc. 168; n.d.r.: il corsivo e le sottolineature sono

della redattrice) Nel frattempo il 31 marzo 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, nel proprio rapporto intermedio, dopo aver evidenziato un decorso positivo, attualmente situazione stabilizzata e conclusa, ha ritenuto necessaria la fisioterapia e rinforzo muscolare fino al 19 febbraio 2015. Egli ha pure richiesto l'attribuzione di un lavoro adatto allo stato finale, visto che vi era da aspettarsi la limitazione permanente (doc. 172). Successivamente il dr. med. \_\_\_\_\_ del pronto soccorso di chirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha ritenuto nel proprio rapporto medico del 31 maggio 2015 che " l'esacerbazione dei dolori " fosse " probabilmente dovuta ad un'attivazione dell'artrosi del gomito conseguente all'incidente " (doc. 177). In una nota interna del 3 giugno 2015, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: " il dott. \_\_\_\_\_ definisce uno stato finale e prescrive ft e rinforzo, il 31.3.2015 visto che lo stato è stabilizzato, non vedo indicato la ft. rinforzo in modo autonomo possibile " (doc. 180; cfr. altresì doc. 183). Il 17 giugno 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_, viceprimario di chirurgia e traumatologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e specialista FMH in chirurgia e traumatologia, ha visitato l'assicurato e nel relativo referto del 30 giugno 2015, ha osservato quanto segue (doc. 186): " (...) Diagnosi Frattura del capitello radiale sinistro tipo Mason II e frattura composta dello spigolo esterno del processo coronoideo dell'ulna. Decorso Dall'ultima visita presso la mia consultazione di maggio 2014, il paziente mi riferisce che era poi stato inviato per un'ulteriore opinione a \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_. In tale clinica era poi stato sottoposto in estate 2014 ad un'artroscopia al gomito sinistr., Malgrado questo intervento la sintomatologia dolorosa del paziente è rimasta invariata. Da quanto mi riferisce il paziente il chirurgo di \_\_\_\_\_ lo ha poi informato che non poteva aiutarlo ulteriormente. Dato che la CO 1 ha interrotto la copertura delle prestazioni al paziente, quest'ultimo ha richiesto una visita presso la mia consultazione per una valutazione della situazione attuale. Egli riferisce ancora di avere dei dolori al gomito sinistro e di non poter praticamente usare il braccio sinistro. Secondo lui è impossibile che possa riprendere la sua attività lavorativa come camionista. Attualmente indossa una fascia al gomito riferendo un beneficio da essa. Esame obiettivo Gomito sinistro non particolarmente tumefatto. Lieve dolenzia alla palpazione nella zona dell'epicondilo radiale. La mobilità è leggermente ridotta con una flessione/estensione di circa 115-10-0°. Buona la pro-/supinazione. Alle posizioni estreme il paziente lamenta dolore. Valutazione e procedere Malgrado tutti gli accertamenti e l'intervento chirurgico il paziente continua a lamentare dolori. Purtroppo non si riesce ad oggettivare questa sua sintomatologia. Come già accennato un anno fa, non ho da proporre ulteriori trattamenti/accertamenti al paziente. Siccome il paziente è però insoddisfatto della situazione e che riferisce di non essere in grado di riprendere qualsiasi attività lavorativa gli ho spiegato che avrebbe potuto rivolgersi ad altri specialisti per un'ulteriore opinione. lo stesso gli ho fatto il nome del Dr. med. \_\_\_\_\_ presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (...)" (doc. 186; n.d.r.: il corsivo e le sottolineature sono della redattrice). Tenuto conto delle indicazioni fornite dalla propria specialista di fiducia nella visita medica \_\_\_\_\_ di chiusura del 25 marzo 2015 (doc. 168) e nella nota interna del 3 giugno 2015 (doc. 180), l'assicuratore LAINF ha quindi ritenuto che RI 1 andava considerato abile al lavoro al 100% in un lavoro molto leggero (quali, ad es., assistente amministrativo, raffilatore, regolatore di macchine oppure operaio di fabbrica) e, quindi, con decisione formale del 13 agosto 2015 (doc. 194), poi confermata in sede di opposizione il 27 ottobre 2015 (doc. 208), ha rifiutato di accordargli una rendita di invalidità. 2.3.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un

organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 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. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.5. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.3.3), questo Tribunale ritiene che il parere espresso dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista nella materia che qui ci occupa, risulta essere dettagliato e approfondito per quanto concerne gli aspetti determinanti volti a stabilire se l'CO 1 abbia a ragione o meno negato una rendita d'invalidità all'assicurato (mentre che, per quanto concerne le considerazioni ivi effettuate in merito all'IMI, si dirà di seguito al consid. 2.5.3) e che rispecchiando i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.3.4), ad esso va dunque attribuita piena forza probante (per gli aspetti che esulano l'IMI) e possa validamente costituire da base al giudizio (nella misura in cui quest'ultimo è volto a determinare se l'CO 1 era legittimato, oppure no, a negare una rendita di invalidità all'assicurato) che questa Corte è ora chiamata a rendere, senza che si riveli

necessario procedere - sotto questo profilo - a degli ulteriori atti istruttori. Del resto, per questo specifico aspetto, la valutazione della specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. In effetti, la valutazione medico-assicurativa del 1° dicembre 2015 (doc. 210) del dr. med. \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in ortopedia e specialista in medicina sportiva presso l'Ospedale del \_\_\_\_\_, versato agli atti con il gravame, non è atto a sollevare dubbi circa la fedefacenza del referto allestito dettagliatamente dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario che peraltro vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, per quanto concerne gli aspetti determinanti volti a stabilire se l'CO 1 abbia a ragione o meno negato una rendita d'invalidità all'assicurato. Questa Corte non ignora che il dr. med. \_\_\_\_\_, nella propria valutazione anzidetta, ha rilevato quanto segue: "(...) Esigibilità lavorativa: Sollevamento e/o trasporto di pesi Molto leggeri ( fino a 5kg ) = ridotta Leggeri ( fino a 10 kg) = molto ridotta Medi e oltre ( 25kg) = nulla Manipolazione di oggetti , attrezzi, pulsantiere Leggeri di precisione = legg. Ridotto Medi = ridotta Pesanti = nulla Posizioni di lavoro o dinamiche particolari Lavorare a braccia elevate = ridotta Con rotazione = normale Seduta e piegata in avanti = normale Eretta e piegata in avanti = normale Inginocchiata = normale Con ginocchia in flessione = normale. Mantenere posizioni statiche Seduta = normale Eretta = normale Spostamenti/camminare Per tragitti brevi e medi ( fino a 1 km) = normale Su terreni accidentati = legg ridotta Salire/scendere le scale =normale Uso di scale a pioli = molto ridotta. Valutazione medico-assicurativa – Conclusioni (...) Si rileva inoltre un danno alla capacità lucrativa poiché (come anche riconosciuto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_) il sig. RI 1 non è più in grado di effettuare il lavoro di camionista con scarico e carico. Il braccio sin evidentemente non permette di effettuare lavori di forza e di destrezza. È stata redatta una esigibilità lavorativa che evidenzia le limitazioni del sig. RI 1 a cui è permesso un lavoro che si svolga principalmente con uso di un solo arto e soltanto di modesto aiuto del secondo (sin). In tale situazione è necessario evidentemente lavoro più leggero e piuttosto limitativo. Non sono molti i lavori con queste caratteristiche (telefonista, addetto ufficio informazioni ecc.) Sono possibili quindi lavori leggeri con però una possibilità di lavoro non al 100% (non totale) ma più limitata. Per esempio commesso senza sollevamento di pesi, cassiere, operaio di minuterie). Il tutto però, si ribadisce con una esigibilità lavorativa anche per lavori adeguati al suo stato di salute, sicuramente inferiore al 100% e quindi non completa. Ciò porta ovviamente ad una perdita di capacità lucrativa e quindi ad una invalidità. Il tutto da quantizzare certamente superiore al 10%. (...)" (doc. A-25; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice). D'altra parte il TCA osserva che neppure tali considerazioni (relative ad un'esigibilità lavorativa del ricorrente - maggiormente severa rispetto a quella fissata dal medico fiduciario dell'CO 1 - come pure alla conseguente diminuita capacità lavorativa dell'assicurato) appaiono suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito al parere della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. In effetti, la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori. Ad esempio, in una pronuncia inedita del 12 novembre 1996, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, ad esempio, ritenuto realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive, trattandosi di un assicurato cinquantacinquenne che - a causa dei postumi infortunistici interessanti, in particolare, la spalla destra - era impedito nel sollevare pesi superiori ai 10 kg lungo tutto l'asse corporeo. La mobilità era ridotta di 2/3, certi movimenti non erano più possibili, come ad esempio, il

sollevamento del braccio oltre i 60°, di modo che il braccio destro poteva unicamente servire come aiuto per il braccio adominante. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 - questo Tribunale ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro, un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, fatta eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA è pervenuto alla medesima conclusione in una sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss., concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, e il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg (e pertanto ritenuto praticamente monco di una mano). In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un, citiamo: "importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto, citiamo: "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato dal tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco." (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). In una sentenza 8C\_260/2011 del 25 luglio 2011, il TF ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno attività lavorative leggere non bimanuali, un assicurato che presentava una paralisi, da parziale a completa, della muscolatura della spalla e del braccio destro dominante. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali ( DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni al derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al

gomico sinistro (adominante). 2.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. 2.4.1. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'istituto assicuratore, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2015, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo pari a fr. 44'400.- (cfr. doc. 193, pag. 1). Questo dato, desunto dalle indicazioni fornite direttamente dal datore di lavoro (cfr. doc. 193, pag. 2) e non contestato dal ricorrente, può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. 2.4.2. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nella sentenza 8C\_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04; STF 9C\_262/2016 del 30 agosto 2016). Nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'CO 1, che il salario medio risultante dalle DPL si situava soltanto leggermente sotto quello secondo l'ISS (in questo senso, si veda pure la STF 8C\_647/2013 del 4 giugno 2014 consid. 7.2). 2.4.3. Nella presente fattispecie, l'assicuratore LAINF convenuto ha determinato il reddito ancora esigibile dall'assicurato, mediante il metodo delle DPL. È pertanto risultato che nelle attività sostitutive che l'insorgente sarebbe stato in grado di esercitare, tenuto conto del danno alla salute, e meglio il cassiere di \_\_\_\_\_ presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il collaboratore check-in cassa presso la \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_, l'operaio nel reparto capsule molli della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il regolatore di macchine presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e, infine, il raffilatore presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, i dipendenti di tali ditte percepivano in media, nel 2015, un reddito annuo pari a fr. 49'666.60 (cfr. doc. 193, p. 3). D'altro canto, sempre in conformità alla giurisprudenza su evocata, l'assicuratore infortuni ha fornito informazioni sul numero globale dei posti di lavoro che entrano in linea di conto alla luce degli impedimenti presentati dall'assicurato, sul salario massimo e minimo, così come sul salario medio. In effetti, dalla tabella di cui al doc. 193 si evince che sono 96 i posti di lavoro che entrano in considerazione, che i salari minimo e massimo ammontano, rispettivamente, a fr. 34'930.- e a fr. 68'081.-, e infine che quello medio è di fr. 50'137.-. Il TCA constata che il valore considerato dall'assicuratore LAINF convenuto (fr. 49'666.60) è leggermente inferiore alla media dei salari medi (fr. 50'137.-), ragione per la quale non vi possono essere dubbi circa la rappresentatività del reddito da invalido stabilito in base alle DPL. Il TCA rileva inoltre che i cinque posti di lavoro segnalati dall'Istituto rispettano le limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute infortunistico (cfr. la descrizione delle attività e le esigenze fisiche risultanti dalle relative schede DPL; doc. 193, p. 8-27) come pure la formazione dell'assicurato (cfr. i profili formativi richiesti risultanti dalle relative schede DPL; doc. 193, p. 8-27). In conclusione, il reddito da invalido - che è stato validamente determinato in base alle DPL - ammonta a fr. 49'666.60 ( dal 1° giugno 2015, data di sospensione dell'indennità giornaliera a fronte di uno stato di salute da considerarsi ormai stabilizzato; cfr. consid. 2.2.2.).

Decurtazioni sul reddito da invalido stabilito in applicazione delle DPL non possono entrare in linea di conto, considerato il sistema stesso su cui si fonda questa modalità di fissazione del reddito (cfr. DTF 129 V 472, consid. 4.2.3).

2.4.4. In siffatte circostanze, segnatamente a fronte di un reddito annuo da valido di fr. 44'400.- rispettivamente da invalido di fr. 49'677.-, è dunque a giusta ragione che l'CO 1 - con la decisione formale del 13 agosto 2015 (doc. 194), confermata con la decisione su opposizione del 27 ottobre 2015 (doc. 208) - si è rifiutata, in assenza di un qualsivoglia pregiudizio economico, di accordare al ricorrente, una rendita d'invalidità. Sotto questo aspetto la decisione avversata merita dunque di essere confermata.

2.5. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità?

2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghèlew/Ramelet/Ritter, Commentaire da la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p.

121). Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata). L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.5.2. Nella concreta evenienza, dopo aver sentito il parere espresso dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, al termine della visita medica \_\_\_\_\_ del 25 marzo 2015, secondo la quale " Secondo le tabelle Suva, specialmente quelle 1.2, non vi è diritto ad una indennità per menomazione all'integrità " (doc. 168 in fine ), l'CO 1, con la decisione formale del 13 agosto 2015 (doc. 194), ha negato all'assicurato il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità, in assenza di una qualsivoglia menomazione importante dell'integrità fisica. Nell'ambito della procedura di opposizione la patrocinatrice dell'assicurato ha contestato il mancato esperimento da parte dell'CO 1 di un consulto ortopedico presso uno specialista qualificato, qual è il dr. med. \_\_\_\_\_, della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al fine di accertare il grado di artrosi del gomito sinistro del suo cliente e quindi, verificare l'applicabilità al caso di specie della tabella 5 concernente la menomazione dell'integrità per artrosi, concedendo al suo assistito un'IMI conseguente al grado di artrosi secondaria così accertato (doc. 203). Invitata dall'CO 1 a pronunciarsi in merito alle obiezioni sollevate dalla rappresentante dell'assicurato, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nel proprio apprezzamento medico del 16 ottobre 2015, dopo aver riportato i contenuti dei già citati (cfr. consid. 2.3.3) rapporti medici del 31 marzo 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 172) e del 30 giugno 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 186), ha puntualizzato quanto segue (doc. 206): " (...) Apprezzamento Nel referto operatorio da parte del dott. med. \_\_\_\_\_, specialista in

chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore FMH e pure soprattutto del trattamento del gomito, viene definita una condropatia omero-radiale di I grado. (...) Si sa bene che la visione nativa eseguita in un intervento chirurgico vale di più che la valutazione di documentazione radiologica e quindi si tratta di una condropatia di I grado. (...)

Concludo quindi che la diffida da parte della lic. iur RA 1 non trova nessuna motivazione medica e sicuramente non indicazione per un quarto parere da un qualsiasi altro specialista. Inoltre ribadisco che vi è solo un leggero deficit funzionale al gomito non dominante sinistro con descritto dolore movimento e carico-dipendente, oggettivamente notata anche la gesticolazione con ambedue le braccia nell'anamnesi usando il braccio sinistro normalmente e la forza diminuita allo Jamar in assicurato destrimane. Dolore in sede del capitello/epicondilo laterale. Tale mobilità secondo la tabella Suva non dà diritto ad una IMI, mi riferisco alla tabella Suva 1.2. Neppure la condropatia di I grado descritta al momento dell'intervento chirurgico da parte del dott. med. \_\_\_\_\_ dà diritto ad una IMI, secondo la tabella 5.2. Visto che l'esigibilità lavorativa è definita in modo tale che risparmia al massimo possibile l'articolazione omero-radiale e omero-ulnare di sinistra, non mi aspetto l'evoluzione di una grave artrosi neppure una resezione della testa radiale in un futuro. Se purtroppo, contrariamente alla mia valutazione, in un futuro lontano dovesse svilupparsi una artrosi in tal senso e che richiederà un ulteriore intervento chirurgico, la CO 1 rivaluterà come sempre questi casi, chiedendo al medico \_\_\_\_\_ se vi è un netto peggioramento oggettivabile, quindi non vedo neanche la giustificazione per attribuire, per i motivi sopraccitati, in data odierna la IMI come richiesto da parte della rappresentante legale. Concludo che non vi è nessun argomento per motivare una rivalutazione e sicuramente nessun argomento medico per richiedere una quarta opinione medica. (...)" (doc. 206; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice). Tenuto conto di tali indicazioni, l'assicuratore LAINF in data 27 ottobre 2015 ha confermato il contenuto della sua prima decisione, negando il riconoscimento di un'IMI all'assicurato (doc. 208). Nell'ambito della procedura di ricorso, la rappresentante dell'assicurato ha prodotto con il gravame la già citata valutazione medico-assicurativa del 1° dicembre 2015 (doc. 210) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale - dopo aver riportato l'anamnesi ed i contenuti dell'apprezzamento medico del 25 marzo 2015 del medico fiduciario (doc. 168), sulla base dell'EMG arto sup sin del 27 novembre 2015 (ove ha riscontrato una lieve sofferenza neurologica periferica cronica del territorio C5-C6 sin) e della RX gomito sin (ospedale \_\_\_\_\_) del 29 novembre 2015 (ove ha riscontrato un'importante artrosi del gomito sin; cfr. doc. A-25, pag. 1) e dopo aver visitato personalmente il paziente - ha osservato quanto segue: "(...) Articolari: Flesso-estensione 120-90-25° Gomito dx 150 90-0° Prono-supinazione 80-0-70° Gomito dx 90-0-90° (...) Valutazione medico-assicurativa – Conclusioni (...) In particolare risulta un gomito doloroso sia alla palpazione che al movimento con anche una limitazione articolare come valutata nell'esame obiettivo, ma che anche la dr.ssa \_\_\_\_\_ -CO 1 riconosce (pur con una quantizzazione inferiore; flesso estensione 125-10-0° e con moderata perdita pronosupinazione 90-0-65°, anche se ritenuta quest'ultima simmetrica). Vi è inoltre una diminuzione di presa di forza per motivi analgici con la mano sin. Tali lesioni articolari hanno causato come anche ritenuto del dr.

\_\_\_\_\_ un peggioramento artrosico che purtroppo sarà verosimilmente anche evolutivo e che porterà ad un progressivo ulteriore deterioramento dell'articolazione del gomito sin.). Già presente tuttora come evidenziato dalla RX gomito sin. del 29.11.2015: artrosi medio-grave. In tale situazione si hanno due ordini di conseguenze: Primo: 1) Danno all'integrità che viene valutata secondo le tabelle 1 e 5 della LAA. Tabella 1: gomito mobile

135-0°=10% 2) Tabella 5. Artrosi media di gomito: 10%. (...)" (doc. A-25; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice). Invitato dal TCA a prendere puntualmente posizione sulle considerazioni espresse dal dr. med. \_\_\_\_\_ al riguardo della menomazione all'integrità, lo specialista fiduciario dell'CO 1 (medico \_\_\_\_\_ dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore), nell'apprezzamento medico del 1° settembre 2016 (doc. XIII 1), ha espresso la seguente valutazione: " (...) Tabella 1 Il metodo "Zero-Neutrale" è da tanti anni lo standard internazionale per misurare la mobilità degli arti del corpo umano (1). Secondo il metodo "Zero-Neutrale" la mobilità normale del gomito si esprime in questo modo: 150 - 0 - 0° (2). Questo significa una flessione massima di 150° ed una estensione completa. Il braccio è dritto. Certe persone - soprattutto di sesso femminile - hanno una lieve iper-estensione per esempio di 5°. Secondo il metodo "Zero-Neutrale" si esprime: 150 - 0 - 5°. Una perdita di estensione di 20° si esprime: 150 - 20 - 0°. Una perdita di flessione di 30° si esprime: 120 - 0 - 0°. Nel rapporto medico della dott.ssa med. \_\_\_\_\_ del 25.03.2015 si trova una mobilità del gomito destro di 132 - 0 - 2° ed una mobilità del gomito sinistro die 125 - 10 - 0°. Vuol dire che vi è un deficit estensorio di 10°. La tabella 1.2 prevede una IMI del 10% per una mobilità del gomito di 90 - 30 - 0°. Vuol dire un deficit flessorio di almeno 30° ( recte: 60° ) ed in più un deficit estensorio di 60° (recte: 30° ). La stessa tabella prevede anche una IMI di 10% per una mobilità di 135 - 90 - 0°, vuol dire un deficit estensorio di 90°. Nella lettera del dott. med. \_\_\_\_\_ del 25.11/01.12.2015 si trova una mobilità del gomito destro di 150 - 90 - 0° e a sinistra una mobilità di 120 - 90 - 25°. Questo non è comprensibile e non corrisponde al metodo internazionale "Zero-Neutrale". Forse il dott. \_\_\_\_\_ vuol esprimere, che l'estensione a sinistra è limitata di 20°. Però una tale limitazione è sotto il limite della tabella 1. Tabella 5 Un'artrosi media del gomito dà diritto ad una IMI di 5 - 10% (vedi tabella 5.2). Per la valutazione di un'artrosi si utilizza il metodo di Kellgren-Lawrence (3). Sulle radiografie del 31.05.2015 (Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ ") si vede un'osteofitosi anteriore nella parte ulnare del gomito sinistro. Lo spessore articolare non è limitato. Non si vede sclerosi o cisti. Secondo \_\_\_\_\_ si tratta di un grado 1, vuol dire di una lieve artrosi iniziale. Conclusione Lo stato attuale clinico e radiologico non dà diritto ad una IMI secondo le tabelle 1 e 5. (...)" (doc. XIII-1; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice) Invitata dal TCA a presentare osservazioni scritte in merito al suddetto apprezzamento medico dello specialista di fiducia dell'CO 1, la rappresentante dell'assicurato, nel proprio scritto del 22 settembre 2016 (doc. XVI), ha rilevato che era lecito pensare che, a fronte di un involontario errore di scrittura (120-90-25°) in cui era incorso il dr. med. \_\_\_\_\_, il medico \_\_\_\_\_, anziché sollevare delle congetture, avrebbe dovuto convocare in ogni caso il suo assistito per una visita medica al fine di chiarire le divergenze delle misurazioni effettuate dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dal dr. med. \_\_\_\_\_. La patrocinatrice dell'assicurato ha inoltre stigmatizzato l'operato del dr. med. \_\_\_\_\_ per aver considerato una "lieve artrosi iniziale" sulla base delle radiografie del 31 maggio 2015 effettuate presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " allorquando il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto una "artrosi medio grave" sulla base delle radiografie del 29 novembre 2015 effettuate presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_. 2.5.3. Nella concreta evenienza, il TCA non può confermare la decisione dell'assicuratore di negare all'assicurato il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità. Per questo specifico aspetto, agli atti di causa figurano difatti certificazioni specialistiche contraddittorie che non gli consentono di decidere, con la necessaria tranquillità, in merito alla sussistenza di una

menomazione importante dell'integrità fisica giustificante il riconoscimento di un'IMI. In proposito, questa Corte osserva che l'istituto assicuratore ha fondato la propria decisione del 13 agosto 2015 (doc. 194) principalmente sul parere espresso dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, al termine della medica \_\_\_\_\_ di chiusura del 25 marzo 2015 (doc. 168), confermandola nella decisione su opposizione del 27 ottobre 2015 (doc. 208), qui avversata, sulla base dell'apprezzamento medico del 16 ottobre 2015 (doc. 206) della medesima specialista di fiducia, ove aveva puntualizzato come " la visione nativa eseguita in un intervento chirurgico" ( in casu , dal dr. med. \_\_\_\_\_ il 18 luglio 2014) "vale di più che la valutazione di documentazione radiologica e quindi si tratta di una condropatia di I grado", tanto più che nel proprio rapporto intermedio del 31 marzo 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva evidenziato un decorso positivo, con situazione stabilizzata e conclusa, e che vi era da aspettarsi la limitazione permanente (doc. 172) rispettivamente nel proprio referto del 30 giugno 2015 il dr. med. \_\_\_\_\_ confermava che i disturbi lamentati dall'assicurato non erano da oggettivare e che non aveva da proporre ulteriori trattamenti né accertamenti all'assicurato (doc. 186). D'altro canto, va sottolineato che il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista della materia che qui ci occupa, ha per contro ritenuto una "artrosi medio grave" del gomito sinistro dell'assicurato, dopo averlo visitato personalmente e sulla base di esami specialistici oggettivi (segnatamente le già citate radiografie del 29 novembre 2015 effettuate presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_), ravvedendo gli estremi per riconoscergli un'IMI, redigendo una valutazione medico-assicurativa dettagliata, approfondita e attenta - attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti di cui si è già detto ai considerandi 2.3.3 e 2.5.2 - a sollevare dubbi, per questo specifico aspetto, circa la fedefacenza dei referti medici allestiti sia dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (segnatamente, quello del 25 marzo 2015 di cui al doc. 168 e quello del 16 ottobre 2015 di cui al doc. 206) sia dal dr. med. \_\_\_\_\_ (segnatamente quello del 1° settembre 2016 di cui al doc. XIII 1). Tanto più che, come rettamente osservato dalla patrocinatrice del ricorrente (doc. XVI), il dr. med. \_\_\_\_\_, nel proprio apprezzamento medico del 1° settembre 2016 (doc. XIII 1), ha considerato una "lieve artrosi iniziale" sulla base delle radiografie del 31 maggio 2015 effettuate presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_" allorquando il dr. \_\_\_\_\_, nella propria valutazione medico-assicurativa del 1° dicembre 2015 (doc. 210), ritenuto una "artrosi medio grave" sulla base delle radiografie del 29 novembre 2015 effettuate presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_. A questo proposito giova ricordare che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata - in concreto il 27 ottobre 2015 - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Secondo questa Corte, le radiografie del 29 novembre 2015 effettuate presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_ (le quali, val qui la pena di rilevare, non sono state versate agli atti) vanno prese in considerazione, in quanto - pur essendo posteriori di oltre un mese alla decisione impugnata - trattasi di esami oggettivi su cui si fonda la valutazione in esame del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 210) riferita ad un peggioramento progressivo dell'artrosi del gomito sinistro dell'assicurato, il quale non può essere escluso a priori con il grado di verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali ( DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) essere sorto antecedente al provvedimento contestato. Del resto la stessa dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nell'apprezzamento medico del 16 ottobre 2015 (doc. 206)

aveva osservato che "(...) Visto che l'esigibilità lavorativa è definita in modo tale che risparmia al massimo possibile l'articolazione omero-radiale e omero-ulnare di sinistra, non mi aspetto l'evoluzione di una grave artrosi neppure una resezione della testa radiale in un futuro. Se purtroppo, contrariamente alla mia valutazione, in un futuro lontano dovesse svilupparsi una artrosi in tal senso e che richiederà un ulteriore intervento chirurgico, la CO 1 rivaluterà come sempre questi casi, chiedendo al medico \_\_\_\_\_ se vi è un netto peggioramento oggettivamente, quindi non vedo neanche la giustificazione per attribuire, per i motivi sopraccitati, in data odierna la IMI come richiesto da parte della rappresentante legale. (...)" (doc. 206; n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice).. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. STF 8C\_456/2010 del 19 aprile 2011 consid. 3; in questo stesso si veda pure la STF 8C\_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.2).

2.6. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4. 2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen,

die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)." (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 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)." (STF 8C\_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. STF 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), per il fatto che essa ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere del proprio medico consulente (per un caso analogo, si veda la STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). In siffatte circostanze non è dunque necessario procedere in questa sede all'esperimento di un ulteriore esame medico specialistico approfondito, segnatamente di una tomografia assiale computerizzata (TAC), così come postulato dalla rappresentante dell'insorgente (cfr. doc. XVI, pag. 3). Ne consegue che la relativa richiesta è qui respinta. Per le ragioni già esposte al considerando 2.5.3, si giustifica pertanto l'annullamento parziale della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPG) volto a chiarire il grado di artrosi del gomito sinistro di cui è affetto l'assicurato. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 sarà poi chiamata a definire l'eventuale diritto di RI 1 ad un'IMI ed a

emanare una nuova decisione formale. 2.7. Parzialmente vincente in causa, l'assicurato, patrocinato dalla lic. iur. RA 1, ha diritto a un importo di fr. 1'200.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'CO 1 (cfr. art. 61 lett. g LPGA; art. 30 cpv. 1 Lptca).

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