

TI_GERICHTE 35.2015.19 vom 30. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.19

FR: TI_GERICHTE 35.2015.19 du 30 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2015.19 del 30 giugno 2015

Regeste

Assicuratore LAINF ha negato a torto l'esistenza dell'adeguatezza del nesso causale per i disturbi psichici dell'assicurato. Quanto agli aspetti somatici, occorre una perizia esterna che valuti limitazioni e CL residua dell'assicurato. Entità IMI è corretta

Erwägungen

E. 5

Alla luce di quanto sopra esposto, analogamente a quanto statuito da questa Corte in relazione ad un incidente della circolazione avvenuto all'interno di una galleria (RAMI 1999 no. U 335 pag. 209 consid. 3b/cc), il criterio delle circostanze concomitanti particolarmente drammatiche va considerato realizzato in maniera particolarmente incisiva. Il nesso di causalità adeguato tra infortunio e disturbi psichici è quindi dato, le motivazioni ricorsuali essendo prive di fondamento. In effetti, contrariamente a quanto sostenuto dall'assicuratore infortuni il fatto che il diametro della galleria fosse di dodici metri e quindi fosse abbastanza ampia non muta né la dinamica dell'incidente, né le circostanze concomitanti ad esso. Pure le dimensioni dell'ascensore sono prive di incidenza. In effetti la via di fuga era sempre e solo una. Il fatto poi che il rischio di crolli e incidenti in gallerie sia prevedibile non significa che le circostanze in cui esso si realizzi siano meno incisive. Neppure il fatto infine che l'interessato abbia potuto muoversi in galleria in direzione dell'ascensore rende l'accaduto meno drammatico, rispettivamente più banale. Ritenuto quanto accaduto al collega _____, l'assicurato è semplicemente stato più fortunato. Visto quanto precede, il ricorso di diritto amministrativo, in quanto infondato, va respinto, mentre il giudizio impugnato dev'essere confermato.” (STF U 176/02 del 1° luglio 2003, sottolineature della redattrice) Analogamente a quanto deciso nella vertenza appena illustrata, confermata dal Tribunale federale, il TCA ritiene che nella presente fattispecie i disturbi psichici di cui RI 1 è portatore vanno considerati in nesso di causalità adeguato con l'infortunio in esame. Accertato quindi che i disturbi psichici accusati dall'insorgente si trovano in una relazione di causalità, naturale ed adeguata, con l'evento traumatico assicurato, questo Tribunale ritiene che l'assicuratore LAINF non fosse legittimato a negare la propria responsabilità in relazione alle affezioni di natura psicogena. 2.3. Occorre ora valutare se per i soli aspetti organici l'assicuratore infortuni convenuto era o meno legittimato a porre termine alle proprie prestazioni a far tempo dal 1° novembre 2014. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato.

Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.3.1. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in *Basler Juristische Mitteilungen (BJM)* 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469; U. Meyer-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, in

Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati).

2.3.2. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.3.3. 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 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). 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 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.

2.3.4. Nell'evenienza concreta dalla notifica d'infortunio del 25 gennaio 2013 emerge che l'assicurato " mentre lavorava si staccava un pezzo di cemento colpendolo " (doc. 2). Nel rapporto del 28 gennaio 2013 concernente la degenza dal 22 gennaio 2013 al 25 gennaio 2013 presso il Servizio di chirurgia generale e ortopedia dell'Ospedale _____ di _____, sono state poste le diagnosi di "trauma cranico lieve; distorsione del rachide cervicale; contusione alla spalla destra ed en condroma calcifico all'omero destro; sospetta lesione del nervo ascellare DD del plesso brachiale a destra" (doc. 17). Dall'elettromiografia (ENMG) del 15 febbraio 2013 è risultato che "lo studio elettrofisiologico è compatibile con una neuropatia del nervo ascellare destro" (doc. 49). In occasione della visita medica di chiusura del 10 febbraio 2014, il medico _____ dell'CO 1, dr. _____ spec. FMH in chirurgia ortopedica, poste le diagnosi di "neuropatia del nervo ascellare sinistro dopo trauma diretto verso la testa e spalla destra il 22 gennaio 2013; stato dopo lieve trauma cranico, distorsione del rachide cervicale e contusione della spalla destra", ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile, osservando: " (...) Proposte diagnostiche e terapeutiche l'assicurato non si fida ad eseguire l'intervento proposto dal dott. _____ per una ricostruzione del nervo ascellare a causa del limitato successo di circa il 20%-30% e per il lungo recupero di 2 anni. Ho spiegato ampiamente la situazione attuale, le possibili terapie. Dal punto di vista della CO 1 per il suo ritorno alla sua attività lavorativa non c'è un'altra terapia possibile. Ho spiegato bene l'importanza di eseguire tutti i giorni il più frequentemente possibile esercizi per rinforzare i muscoli della cuffia e la parte del muscolo deltoideo per stabilizzare la spalla e aumentare la mobilità della stessa. Al momento non sono previste altre terapie. Lui sa bene i diversi esercizi per la spalla che gli sono stati mostrati, non sono previste ulteriori sedute di fisioterapia. Aspetti medico-assicurativi: l'assicurato risulta abile al lavoro nella misura massima possibile. L'Ufficio competente deciderà al riguardo. Esigibilità del lavoro: l'assicurato può molto spesso sollevare pesi fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi. Spesso può sollevare pesi fino a 25 kg fino all'altezza dei fianchi. L'assicurato talvolta può sollevare pesi oltre i 25 kg fino all'altezza dei fianchi. Peso molto pesanti possono essere sollevati di rado. Sollevare pesi oltre l'altezza del petto con la mano destra non è più possibile. L'assicurato molto spesso può eseguire lavori leggeri e di precisione. Molto spesso può eseguire lavori medi. Lavori molto pesanti di rado. Molto spesso l'assicurato può eseguire lavori con rotazione della mano e lavori con rotazione del busto. Non può mai eseguire lavori sopra la testa. Molto spesso può eseguire lavori in posizione seduta inclinata in avanti e in posizione in piedi e inclinata in avanti. Molto spesso può eseguire lavori in posizione inginocchiata e con flessione delle ginocchia.

Nessuna limitazione per lavori in posizione di lunga durata seduta o in piedi o posizione a libera scelta. Nessuna limitazione per quanto riguarda il camminare per lunghi tratti o camminare su terreno accidentato. Molto spesso può salire le scale. Spesso può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani e stare in equilibrio non limitato. Per quanto riguarda l'IMI l'Ufficio competente sarà più esplicito." (Doc. 96) Dopo aver preso visione del mansionario di lavoro dell'interessato trasmesso via mail dal datore di lavoro – attività di jumbista che consiste nella mansione “di operatore della macchina di perforazione volate e chiodi in avanzamento chiamata jumbo. Per il 60-70% del suo turno utilizza il jumbo che viene portato piazzato al fronte, collegato elettricamente e quindi utilizzato per 3-4 ore consecutive per perforare il fronte e gli ancoraggi. Terminata questa fase parcheggia il jumbo e procede al lavaggio e pulizia dello stesso per circa 1 ora. Per il restante periodo di tempo del turno il sig. RI 1 rimane a disposizione della squadra per le normali attività di avanzamento come spostamento tubazioni impianti aria ed acqua, trasporto spritz-beton con autobetoniera dall'impianto di betonaggio al fronte” (cfr. doc. 30) - il dr. _____ ha confermato che una reintegrazione al 100% nella precedente attività “deve essere possibile e favorevole” (doc. 106). Dal verbale del 29 aprile 2014 concernente il sopralluogo svolto dall'ispettore dell'amministrazione sul posto di lavoro dell'assicurato emerge, in particolare, quanto segue: " (...) Circa la descrizione del posto di lavoro di RI 1, richiamiamo lo scritto mail del 2.5.2013 inviatoci dal datore di lavoro e che alleghiamo in copia al presente verbale. Oggi abbiamo potuto stabilire come da seduto il signor RI 1 può eseguire i comandi della macchina senza particolari sforzi, utilizzando leve elettroniche (joystick) per il posizionamento del braccio del Jumbo negli appositi punti di foro della galleria. Alla guida del Jumbo, RI 1 resta più o meno il 60%-70% del tempo di lavoro. Per la restante percentuale, egli, a terra, resta di aiuto ai colleghi per attività di tipo spostamento tubi, uso di escavatore, trasporto dello spritz-beton mediante autobetoniera dal luogo di betonaggio al fronte di avanzamento. Come risulta dalle foto, la cabina del jumbo si trova a altezza importante; per poterla raggiungere è necessario utilizzare una scala verticale e salire con l'aiuto di entrambe le braccia. L'operazione di salire e scendere dalla macchina è effettuata 2-3 volte durante il turno giornaliero. Una volta seduto in postazione, il dipendente non deve fare altro che manovrare il macchinario con un joystick senza uno sforzo fisico. Giusta quanto appurato dal nostro medico _____ il 10.2.2014, le conseguenze dell'infortunio subito dall'assicurato rendono difficoltose le azioni di salire e scendere dal mezzo meccanico. Nel momento in cui RI 1 si trova seduto all'interno della cabina di pilotaggio del Jumbo, non vediamo altri importanti impedimenti. Questo rapporto è munito di documentazione fotografica per la conferma della via di accesso da percorrere per entrare nella cabina di comando del Jumbo.” (Doc. 120) Chiamato dall'assicuratore LAINF ad esprimersi in merito all'esigibilità o meno, al 100%, dell'attività di jumbista, il dr. _____, nell'apprezzamento medico dell'8 agosto 2014, ha confermato la piena esigibilità di tale occupazione, osservando: " (...) Apprezzamento: L'assicurato ha avuto un forte colpo alla spalla destra, un lieve trauma cranico e distorsione del rachide cervicale il 22.1.2013. Nel decorso ha sviluppato una neuropatia del nervo ascellare a destra. A 10 mesi dopo l'infortunio l'assicurato si è recato da uno specialista per la spalla alla Clinica universitaria _____ dove il medico (dott. _____) ha proposto una ricostruzione del nervo ascellare con probabile successo dell'intervento di circa il 30%. Questa è l'unica possibilità per trovare una funzionalità almeno parziale del muscolo deltoide e del muscolo teres minor. Già nell'esame del mese di luglio 2013 presso il neurologo è stato proposto questo intervento. L'assicurato non era convinto di eseguire l'intervento ed ha accettato la

situazione presente. Nella valutazione dell'abilità lavorativa in data 10.2.2014 abbiamo espresso i limiti funzionali dell'assicurato. Il lavoro consiste per il 60%-70% nella guida del jumbo dove l'assicurato è seduto e deve solo manovrare il macchinario con un joystick senza uno sforzo fisico. Per accedere al jumbo deve salire alcuni scalini. Si può attaccare anche con la mano destra in modo sicuro anche sotto l'orizzontale. Nella restante percentuale resta di aiuto ai colleghi per attività di tipo spostamento tubi, uso di escavatore, trasporto beton mediante autobetoniera, dal luogo di betonaggio al posto di lavoro. Parte dei due muscoli coinvolti a causa della neuropatia, gli altri muscoli della cuffia rotatoria sono ben conservati e funzionali, senza limiti della forza. Anche lì un'abilità lavorativa è come descritta nei limiti funzionali e cioè è possibile tenere pesi fino a 10 kg e talvolta anche fino a 25 kg. I lavori molto pesanti non sono più possibili con la mano destra. Alla luce delle ulteriori indagini effettuate sul posto di lavoro, nella valutazione della capacità globale si può constatare un'abilità lavorativa al 100% come jumbista e lo stesso vale per il resto della percentuale lavorativa come aiuto per gli altri colleghi sul limite funzionale espresso." (Doc. 171) 2.3.5. In sede ricorsuale, la rappresentante dell'assicurato ha contestato la valutazione di una piena esigibilità lavorativa della precedente professione dell'assicurato fornita dal dr. _____, trasmettendo una dettagliata perizia di parte eseguita dal dr. _____, specialista in medicina del lavoro di _____ su richiesta del medico curante dell'interessato, dr.ssa _____. Nella lettera accompagnatoria inviata alla dr.ssa _____, il dr. _____ ha così riassunto le proprie conclusioni peritali, sottolineando come a suo modo di vedere l'assicurato non possa più svolgere al 100% la precedente professione di jumbista-aiuto minatore, osservando: " Riferisco in merito al paziente summenzionato, che mi aveva gentilmente indirizzato per una visita in medicina del lavoro. Ho parlato con il suo paziente e l'ho esaminato in data 21.1.2015. Ho registrato i referti e l'apprezzamento della situazione salute-professionale in un documento separato che allego alla sua attenzione. Riassumendo, vi è concordanza sul piano diagnostico e sulle mansioni che il paziente eseguiva prima dell'infortunio, un po' meno anche sul procedimento chirurgico. La mia conclusione sul piano professionale invece è che nell'attività svolta di minatore aiuto / jumbista non risulta una capacità lavorativa residuale. Con rispetto ai limiti che risultano dal danno del nervo, rimane una capacità lavorativa riservata a solo una minore parte della giornata lavorativa; ci si deve rendere conto del fatto che con la forza residuale attuale del braccio destro vi è un affaticamento precoce pure per lavori anche molto leggeri. Ero un po' sorpreso e deluso del case management, che mi sembra correre su tre binari (uno svizzero, uno italiano, uno CO 1). Nell'incarto, il decorso non favorevole ad un intervento chirurgico è dubbio nella documentazione. La riabilitazione medica e professionale non era mai stata formulata chiaramente né nei contenuti né negli obiettivi. In risultato, al paziente rimane la sensazione amara di frustrazione e di ingiustizia (non mi spetta di decidere). Come già espresso nel documento in esame, restano più approcci da fare in direzione di: - accertamento del lieve trauma cranico con esame neuropsicologico - riaccertamento dei disturbi allora documentati della gamba destra - seconda opinione circa l'intervento sul nervo - riabilitazione medica - riabilitazione professionale. Per i dettagli mi riferisco al documento allegato. (...)." (Doc. 191) Nel referto peritale del 26 gennaio 2015, il dr. _____, dopo avere accuratamente riportato l'anamnesi e l'esame clinico, ha analizzato la questione dell'esigibilità della precedente professione dell'assicurato, tenendo conto del mansionario indicato dal datore di lavoro in data 2 maggio 2014. La conclusione alla quale il dr. _____ è giunto, dopo avere in particolare eseguito un'approfondita valutazione dei limiti funzionali

dell'interessato, è stata quella, come indicato in precedenza, di una totale incapacità lavorativa dell'interessato nella precedente attività (doc. 191). Con apprezzamento medico del 6 marzo 2015, il dr. _____, chiamato ad esprimersi in merito alla valutazione eseguita dal dr. _____, ha osservato: " (...) Apprezzamento Il rapporto del dr. _____ non ha portato a nessuna nuova informazione del caso salvo una descrizione del lavoro, una situazione personale e sociale e la clinica soggettivamente lamentata dall'assicurato. A livello medico nessuna novità in merito alle conseguenze dell'infortunio. Si nota una discrepanza tra la situazione clinica menzionata alla nostra visita e quella attuale del dr. _____. L'importante faticabilità del braccio non è ben spiegabile con una muscolatura dell'avambraccio ancora simmetrica e che è stata misurata anche dal dr. _____. Siccome oggettivamente il rapporto non descrive alcun cambiamento della situazione clinica e non evidenzia alcun peggioramento dello stato clinico con esame oggettivabile, confermo la mia precedente valutazione dell'8 agosto 2014 anche a riguardo della capacità lavorativa." (Doc. III/1) Chiamato a pronunciarsi, il TCA non può, senza che prima venga eseguito un approfondimento peritale, condividere queste considerazioni del medico _____ dell'amministrazione. A mente di questa Corte, infatti, le motivate critiche addotte dal dr. _____ a proposito del fatto "che con la forza residuale attuale del braccio destro vi è un affaticamento precoce pure per lavori anche molto leggeri", rendendo impossibile per l'assicurato la ripresa della precedente attività, è atta a sollevare fondati dubbi riguardo alle conclusioni alle quali è giunto il dr. _____. Del resto, la difficoltà per l'interessato, a causa dei limiti funzionali constatati dal medico _____ dell'amministrazione, di salire e scendere dalla cabina di pilotaggio del jumbo è stata constatata dall'CO 1 anche in occasione del sopralluogo sul posto di lavoro del 29 aprile 2014 (cfr. doc. 120). Nonostante ciò, il dr. _____, nell'apprezzamento dell'8 agosto 2014, ha ritenuto che l'interessato può accedere al jumbo attaccandosi "anche con la mano destra in modo sicuro anche sotto l'orizzontale" (cfr. doc. 171). Il TCA ritiene che la questione, tutt'altro che secondaria, della possibilità o meno, per l'assicurato, tenuto conto delle sue limitazioni funzionali, di accedere alla cabina del suo mezzo di lavoro, posta ad un'altezza importante e raggiungibile utilizzando una scala verticale sulla quale salire utilizzando le due mani, come espressamente indicato nel rapporto del sopralluogo presso il datore di lavoro del 29 aprile 2014 (cfr. doc. 120), debba essere ulteriormente chiarita, tenendo conto del fatto che lo stesso dr. _____, nell'espone i limiti funzionali dell'interessato, ha espressamente indicato che "sollevare pesi oltre all'altezza del petto con la mano destra non è più possibile" (doc. 96).

2.3.6. Va rilevato che 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 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 - 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)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA constata che l'CO 1 ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere del suo medico di _____ (il dr. _____). In un caso del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGGA (cfr., in questo senso, STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo "Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales" in CGRSS n. 50 – 2014 pag. 137 seg. n. 15 pag. 140). Per le ragioni esposte ai considerandi 2.2.4 e 2.3.5., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione impugnata. L'Istituto assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGGA) che valuti l'insieme dei disturbi che affliggono l'assicurato, di natura somatica e psichica. Esperiti questi accertamenti medici, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alle prestazioni dell'assicurato dopo il 1° novembre 2014.

2.4. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità. 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad 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).

2.4.2. 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 ed 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. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. 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).

2.4.4. 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).

2.4.5. In concreto, d alla decisione su opposizione impugnata si evince che l'Istituto assicuratore convenuto ha riconosciuto un'IMI del 15% per i postumi infortunistici interessanti la spalla destra, così come valutato dal proprio medico _____. Nella valutazione del 10 febbraio 2014, infatti, il dr. _____ ha indicato quanto segue: " 1. Reperti L'assicurato è portatore di postumi infortunistici importanti e durevoli, presenta uno stato dopo trauma diretto alla spalla destra con lesione del nervo ascellare a destra con una mancanza della funzione del muscolo deltoideo, leggera riduzione della rotazione esterna con la spalla destra. La limitazione funzionale dell'abduzione sopra gli 80° e persistente riduzione della forza. 2. Valutazione del danno all'integrità 15%. 3. Motivazione Secondo la tabella 1.2 il danno della limitazione funzionale delle estremità superiori, una limitazione della spalla fino all'orizzontale viene indennizzata con il 15%. Per quanto riguarda la funzionalità una spalla mobile fino all'orizzontale ha diritto ad un 15% e 30° oltre l'orizzontale del 15%. In base a queste considerazioni ritengo che un 15% in questo caso sia giustificato." (Doc. 97) La rappresentante del ricorrente non ha contestato la valutazione dell'IMI eseguita dal dr. _____ in relazione ai postumi infortunistici all'arto superiore destro, ma ha chiesto "di adeguare l'indennità per menomazione considerando i problemi psicogeni del ricorrente" (doc. I). A quest'ultimo riguardo, va rilevato che un danno all'integrità conferisce il diritto a un'indennità soltanto se è durevole. Tenuto conto del fatto che, secondo la dottrina psichiatrica maggioritaria, soltanto degli eventi infortunistici di una gravità eccezionale determinano dei pregiudizi durevoli all'integrità psichica, l'esame di questo aspetto deve prendere in considerazione l'evento infortunistico in quanto tale. In quest'ambito, la giurisprudenza si rifà alla classificazione stabilita per statuire sul rapporto di causalità adeguata tra evento infortunistico e disturbi di natura psichica (DTF 115 V 140

consid. 6c, 409 consid. 5c). Per prassi, il diritto a un'IMI dev'essere di principio negato - senza necessità di procedere a misure istruttorie ulteriori in merito alla natura e al carattere durevole della menomazione psichica - in caso di infortunio insignificante o leggero, come pure di un infortunio di grado medio. Una deroga a questo principio è eccezionalmente ammissibile in presenza di un evento classificabile al limite degli infortuni gravi se gli atti all'inserto mettono in evidenza degli elementi che permettono di concludere per l'esistenza di una menomazione dell'integrità psichica particolarmente grave che non sembra doversi più esaurire. Simili elementi sono ravvisabili nelle circostanze strettamente connesse all'infortunio che servono da criterio per l'esame della causalità adeguata, se rivestono un'importanza e un'intensità particolari e se, in quanto fattori che causano stress, hanno favorito in maniera evidente l'instaurarsi di disturbi durevoli per tutta la vita. Infine, (anche) in caso di infortuni gravi, il carattere durevole della menomazione psichica deve sempre e comunque essere oggetto di verifica - se del caso previo allestimento di una perizia psichiatrica - se non risulta già in maniera evidente sulla base degli atti all'inserto (DTF 124 V 29 consid. 5c, 214). In concreto, ritenuto che, come illustrato in precedenza (cfr. consid. 2.2.4.), il sinistro occorso all'assicurato, per la dinamica e per le lesioni che ne sono conseguite, va classificato fra gli infortuni di grado medio propriamente detto, in ossequio alla giurisprudenza summenzionata, il diritto ad un'IMI per i problemi psicogeni del ricorrente può essere negato a priori. 2.5. V isto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato da un sindacato, ha diritto al versamento da parte dell'CO 1 di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili.

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