

## **TI\_GERICHTE 35.2015.64 vom 5. Februar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-02-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2015.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.64)

FR: TI\_GERICHTE 35.2015.64 du 5 février 2016

IT: TI\_GERICHTE 35.2015.64 del 5 febbraio 2016

### **Regeste**

Caduta di un autista di autopostali con danno alla spalla dx. Negata eziologia traumatica ai disturbi al rachide cervicale. Diritto alla rendita d'invalidità e all'IMI: rinvio atti all'assicuratore per approfondimento peritale, in quanto valutazione medico di fiducia non sufficientemente convincente

### **Erwägungen**

#### **E. 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).

2.5.3. 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 48p. 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).

2.5.4. 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).

2.5.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico \_\_\_\_\_, ha negato al ricorrente il diritto all'IMI (cfr. doc. 227, p. 1).

## **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). Nel merito 2.2. L'oggetto litigioso è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a dichiarare l'assicurato totalmente abile nella sua precedente professione (e, pertanto, a negargli di fatto il diritto a una rendita d'invalidità) e a rifiutare il riconoscimento di un'IMI. Preliminarmente, questo Tribunale è però tenuto a esaminare se i disturbi localizzati al rachide cervicale e alla spalla sinistra rappresentano delle conseguenze naturali dell'infortunio del 29 settembre 2011, oppure no. 2.3. Disturbi alla colonna cervicale e alla spalla sinistra: causalità naturale con l'infortunio del 29 settembre 2011? 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 attengono, 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.. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è

prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39).

2.3.3. Nel caso di specie, con la decisione formale del 30 gennaio 2015, l'istituto assicuratore ha negato la propria responsabilità relativamente ai disturbi cervicali presentati dall'insorgente, e ciò facendo capo al parere espresso in proposito dal proprio medico \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 227, p. 1). In effetti, preso atto degli esiti del consulto effettuato presso il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale aveva concluso che i "... nuovi problemi tipo cervico-brachialgia destra molto probabilmente sono da spiegare con una componente cervicale visto che nelle radiografie, (...), ci sono alterazioni degenerative importanti multi-segmentali", senza comunque chiari argomenti per ammettere la presenza di una radicolopatia cervicale (cfr. doc. 207, p. 5), la dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha negato che tra la problematica in questione e l'infortunio del settembre 2011 vi fosse una relazione di causalità naturale (doc. 208). Con apprezzamento del 24 marzo 2015, il medico fiduciario ha ribadito la propria opinione in merito all'eziologia dei disturbi cervicali (cfr. doc. 232, p. 3: "In base alle degenerazioni multiple ed importanti descritte e incontrate alla radiografia della colonna cervicale in 4 proiezioni, ribadisco che l'insorgenza di nuovi disturbi a distanza di 4 mesi post-operatori è in probabile relazione con le descritte degenerazioni multiple cervicali. L'insorgenza di questi nuovi disturbi non è da mettere in relazione con l'infortunio, visto che si tratta di una degenerazione e non di una lesione post-infortunistica."). Per quanto riguarda invece la spalla sinistra, disturbi a questo livello sono stati segnalati dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, a margine delle consultazioni che hanno avuto luogo nella primavera 2015. In quella sede, lo specialista ha in effetti diagnosticato una periartropatia omeroscapolare tendinotica cronica a sinistra con, all'esame sonografico, rottura subtotale del tendine sovraspinato (cfr. doc. 244). In data 10 settembre 2015, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha confermato l'origine morbosa dei disturbi cervicali/cervico-brachiali (cfr. allegato al doc. VIII, p. 9: "I disturbi lamentati a livello cervicale o cervico-brachiale appaiono più probabilmente in rapporto con delle lesioni degenerative alla colonna cervicale e non sono quindi in rapporto di causalità naturale probabile con l'infortunio e i suoi postumi."). D'altro canto, egli ha sostenuto che la capacità lavorativa dell'assicurato era da valutare facendo astrazione dall'età, dalle alterazioni degenerative a livello cervicale e dallo stato della spalla sinistra (cfr. allegato al doc. VIII, p. 9). Interpellato dal TCA in corso di causa (cfr. doc. XII), il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato di condividere il parere secondo il quale i disturbi cervicali e alla spalla sinistra non hanno un'origine traumatica (cfr. doc. XIII, p. 1: "In seguito l'CO 1 ha

interpellato il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, a \_\_\_\_\_ . Questi ha sostenuto che i disturbi cervicali e quelli alla spalla sinistra non abbiano un'origine traumatica (sono perfettamente d'accordo con questa osservazione) ...” – il corsivo è del redattore). Chiamata ora a pronunciarsi, visto l'univoco contenuto delle certificazioni mediche appena menzionate, questa Corte reputa dimostrato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi cervico-brachiali e quelli interessanti la spalla sinistra non costituiscono una conseguenza naturale dell'evento infortunistico del 29 settembre 2011. In esito a quanto precede, l'istituto assicuratore convenuto era dunque legittimato a valutare la capacità lavorativa dell'insorgente e la menomazione all'integrità, tenendo conto unicamente dei disturbi infortunistici alla spalla destra . 2.4. Piena capacità lavorativa dal 5 gennaio 2015 (e, pertanto, nessun diritto a una rendita d'invalidità)? 2.4.1. Secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 91). 2.4.2. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha

diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella RAMI 2004 U 529 citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dal previgente art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia, la Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico); 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). 2.4.3. Nella concreta evenienza, dalla decisione formale si evince che l'amministrazione ha posto fine al versamento dell'indennità giornaliera a far tempo dal 5

gennaio 2015, siccome da quella data RI 1 avrebbe ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua professione di autista di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 227). Così facendo, l'istituto assicuratore gli ha implicitamente negato il diritto alla rendita d'invalidità (si veda, del resto, il doc. VIII, p. 12: "Con riferimento ai calcoli di controparte circa un'eventuale rendita di invalidità si rileva che non essendo il ricorrente inabile al lavoro, egli non può essere considerato invalido secondo la LAINF (...)" – il corsivo è del redattore). Questo Tribunale constata che la decisione di ritenere l'assicurato totalmente abile al lavoro, trova il proprio fondamento nei rapporti agli atti dei dottori \_\_\_\_\_, le cui conclusioni sono state avallate, in un secondo tempo, dal dott. \_\_\_\_\_. In occasione della visita di controllo del 12 novembre 2014, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha disposto un approfondimento neurologico e ha precisato che "se l'attuale sintomatologia, insorta dal 15 ottobre 2014, dovesse risultare di origine neurogena cervicale, si confermerà la capacità lavorativa completa già espressa a suo tempo dal PD dott. \_\_\_\_\_ e ulteriori incapacità lavorative andranno a carico della Cassa malati. Da rivalutare." (doc. 203, p. 3). Va precisato che, a margine del consulto del 30 settembre 2014, il dott. \_\_\_\_\_, autore dell'intervento d'impianto di protesi totale, ha auspicato un tentativo di ripresa del lavoro di autista a far tempo dal 27 ottobre 2014 (cfr. doc. 186, p. 2). A fronte delle perplessità sollevate dal datore di lavoro, l'amministrazione ha soprasseduto alla decisione di dichiarare il ricorrente in grado di riprendere il suo lavoro originario (cfr. doc. 188: "Nel frattempo e fino a nuovo avviso, indipendentemente dal certificato medico del Dr. \_\_\_\_\_, la CO 1 continua a riconoscere una piena indennità giornaliera;"). Presa conoscenza degli esiti del consulto neurologico, in data 1° dicembre 2014, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato la piena capacità lavorativa dell'assicurato, "... come era definito da parte pd dott. \_\_\_\_\_." (doc. 208). Il 3 dicembre 2014, RI 1 è stato nuovamente visitato dal PD dott. \_\_\_\_\_, il quale ha indicato che la questione della capacità lavorativa sarebbe stata definita dall'CO 1 (doc. 215, p. 2). A margine della consultazione dell'11 febbraio 2015, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha rilevato che, grazie alla protesi totale inversa, i dolori erano minimamente migliorati, mentre la mobilità dell'arto era peggiorata. Egli ha peraltro precisato che i dolori risentiti dal ricorrente erano in parte imputabili a una problematica cervicale (cfr. doc. 233, p. 2). Chiamata a pronunciarsi sul contenuto del rapporto del dott. \_\_\_\_\_, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato "... ulteriormente la presa di posizione dello specialista PD dott. med. \_\_\_\_\_ nel suo scritto del 30.09.2014 definendo una capacità lavorativa del 100% a partire dal 27.10.2014." (doc. 238, p. 2). Nella primavera 2015, l'assicurato si è privatamente rivolto al dott. \_\_\_\_\_ per una valutazione reumatologica. Per quanto qui d'interesse, il sanitario in questione si è espresso in questi termini a proposito della capacità lavorativa: " (...). Per quanto riguarda il problema della capacità lavorativa, dal mio punto di vista questo paziente 63enne è inabile al lavoro nella misura del 100% come autista di \_\_\_\_\_, non solo per i rari compiti pesanti che la professione comporta ma a causa della problematica cervicale e a causa dei problemi alle 2 spalle che limitano in modo molto importante la rotazione della colonna cervicale, posizioni statiche prolungate (per i problemi a carico della colonna cervicale) e la guida con sicurezza con la necessità di mantenere a lungo gli arti superiori in parziale elevazione e di effettuare rapidi movimenti di rotazione esterna e interna (in presenza di un'insufficienza del sottoscapolare a destra) per muovere il volante." (doc. 244, p. 3) Con apprezzamento del 10 settembre 2015 - dopo aver giustamente fatto astrazione dai disturbi al rachide cervicale e alla spalla sinistra (cfr. consid. 2.3.3. in fine) -, il dott. \_\_\_\_\_ non ha condiviso l'apprezzamento del dott. \_\_\_\_\_, e ciò sulla base delle considerazioni seguenti: "

(...). Nonostante la variabilità delle misure di mobilità constatate dal signor RI 1, tendenzialmente in peggioramento progressivo rispetto ai valori migliori misurati a decorso, la mobilità dimostrata appare comunque del tutto compatibile con la guida di un \_\_\_\_\_ . La situazione appare compatibile con l'aiutare qualcuno a scendere o salire dal \_\_\_\_\_. Trattandosi dei lavaggi del veicolo, con degli accessori adatti, non vi è necessità di procedere ad un'abduzione della spalla oltre a quella dimostrata. Finalmente, per quanto riguarda il fatto di dover montare le catene, penso che si possa accettare, questo senza modificare la capacità lavorativa, che, alla sua età, in esiti di protesi alla spalla destra ma anche in presenza di disturbi cervicali su fondo degenerativo e di disturbi alla spalla sinistra, il signor possa prendere un po' più di tempo di quello previsto dal regolamento delle \_\_\_\_\_ per le rare volte in cui gli capiterà di dover svolgere tale attività. In altre parole, il signor RI 1 appare, in considerazione dei postumi infortunistici alla spalla destra, abile senza restrizione di orario o di rendimento nella sua professione di autista di \_\_\_\_\_, pur se presenta magari in considerazione dei disturbi muscolo-scheletrici globali e della sua età una piccola perdita di rendimento nello svolgimento di attività saltuarie come il montaggio delle catene." (allegato al doc. VIII, p. 7) In corso di causa, questo Tribunale ha chiesto al reumatologo dott. \_\_\_\_\_ di ipotizzare che i disturbi legati alla colonna cervicale e quelli alla spalla sinistra abbiano effettivamente un'origine morbosa, e di prendere posizione in merito alla valutazione della capacità lavorativa enunciata dal dott. \_\_\_\_\_ (doc. XII). A proposito della spalla destra, il reumatologo ha osservato che "... il fatto stesso che siano stati necessari 3 interventi indica che il decorso non è del tutto regolare. Qualcosa non è andata bene. La successione di più interventi è generalmente associata a un risultato non del tutto soddisfacente a livello delle spalle in particolare. La mobilità non è l'unico parametro per decidere della meccanica di una spalla operata. Dal mio punto di vista si può credere a questo paziente che mi è apparso del tutto adeguato quando ci dice che i dolori gli impediscono di lavorare alla guida del proprio veicolo. La descrizione dei dolori molto chiara e coerente (movimenti particolari, fattori scatenanti, netto miglioramento con il riposo, assenza di generalizzazione) rendono un'origine nocicettiva molto probabile. Vale la pena di approfondire questa tematica con i 2 chirurghi ortopedici che hanno avuto a carico il paziente e conoscono la situazione molto meglio di un perito esterno.". Quindi, egli si è così espresso a proposito della capacità lavorativa: " Dal mio punto di vista, tenendo conto di questi 3 problemi (cervicale, spalla destra e spalla sinistra, ndr), la guida di un autoveicolo di grandi dimensioni che trasporti passeggeri non è più sicura e non è esigibile perché impone al paziente uno sforzo eccessivo e dei dolori ben coerenti con la patologia. Non ritengo corretto imporre a un lavoratore di continuare il proprio lavoro con forti dolori." (doc. XIII) In data 13 gennaio 2016, il TCA ha ripreso contatto con il dott. \_\_\_\_\_, al quale è stato chiesto di "... pronunciarsi di nuovo sulla capacità del signor RI 1 di esercitare la professione d'autista di \_\_\_\_\_, considerando unicamente i disturbi infortunistici alla spalla destra (facendo dunque astrazione dalla sindrome cervicospindilogenica e dalla periartropatia a sinistra)." (doc. XIV). Con rapporto datato 15 gennaio 2016, dopo aver ricordato la premessa fatta nel suo precedente scritto, ossia che "... problemi postinfortunistici e soprattutto problemi che si presentino dopo ripetuti interventi chirurgici dovrebbero essere valutati da un chirurgo ...", il dott. \_\_\_\_\_, "facendo (...) astrazione dei problemi alla colonna cervicale e alla spalla sinistra ...", ha affermato di ritenere "... un'incapacità lavorativa parziale come autista di \_\_\_\_\_ indicativamente (perché non sono chirurgo ortopedico e soprattutto non conosco in dettaglio la situazione meccanica dopo gli interventi alla spalla destra) del

50%.”. Egli ha peraltro precisato di aver fondato la propria valutazione “... sui disturbi che il paziente riferisce e che mi sembrano del tutto coerenti” e sugli esiti dell’esame clinico che aveva evidenziato una “... insufficienza di uno dei 3 muscoli della cuffia dei rotatori, cioè il sottoscapolare (muscolo che permette la rotazione interna della spalla, funzione necessaria a girare il volante in senso antiorario).” (doc. XV). Invitata a formulare delle osservazioni a proposito delle risposte fornite dal dott. \_\_\_\_\_, l’amministrazione ha sostenuto che la sua valutazione “... non ha saputo gettare ombre sulla coerenza, l’attendibilità e l’accuratezza dell’opinione dei medici dell’CO 1 ai quali dovrebbe essere, a mente nostra, riconosciuto pieno valore probatorio.” (doc. XVIII, p. 2).

2.4.4. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) , la Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione , il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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.

2.4.5. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, il TCA non ritiene che gli apprezzamenti agli atti dei medici fiduciari dell’CO 1, gli consentano di concludere che, senza alcun dubbio, RI 1 sarebbe stato in grado di riprendere, a tempo pieno e con un rendimento completo, il suo precedente lavoro di autista di

\_\_\_\_\_, e ciò pur tenendo conto delle sole sequele infortunistiche. In primo luogo, in merito al fatto che la dott. \_\_\_\_\_ fonda la propria decisione di considerare l'assicurato pienamente abile sul parere del PD dott. \_\_\_\_\_ (cfr., in particolare, doc. 238, p. 2), va rilevato che, in occasione della visita del 30 settembre 2014, quest'ultimo specialista aveva semplicemente proposto un tentativo ("Versuch") di ripresa al 100% del lavoro (cfr. doc. 186, p. 2). La ripresa non si era tuttavia concretizzata, in ragione delle resistenze manifestate dal datore di lavoro, il quale aveva (comprensibilmente) preteso delle garanzie circa la totale idoneità del ricorrente a condurre dei mezzi destinati al trasporto di persone (cfr. doc. 187: "È assente da tre anni, ora dovrebbe riprendere il lavoro, ma lui deve avere la garanzia che possa lavorare in misura completa e senza limitazione (deve dunque essere in grado di cambiare una gomma, di mettere le catene, ecc.). Deve avere la garanzia che non abbia limitazioni." e doc. 188: "Stesse perplessità sono espresse dal DL, il quale dice di non accettare queste conclusioni: prima che possa eventualmente riprendere la guida con passeggeri (mi ricorda che l'autista deve occuparsi della guida anche di scolari) ritiene indispensabile provare l'A. "sul campo" sotto osservazione di un esperto della \_\_\_\_\_"). In secondo luogo, questa Corte non può seguire la patrocinatrice dell'assicuratore convenuto allorché afferma che i referti allestiti dal dott. \_\_\_\_\_ non sarebbero suscettibili di generare dubbi circa la correttezza delle conclusioni ritenute dai medici fiduciari (cfr. doc. XVIII). Da una parte, occorre precisare che lo specialista appena citato è stato interpellato dall'insorgente per una valutazione reumatologica (cfr. doc. 244, p. 1). Non si tratta quindi del suo medico curante. Al riguardo, va comunque segnalato che, in una sentenza 9C\_816/2014 del 17 dicembre 2015, il Tribunale federale ha confermato il giudizio di questa Corte che aveva attribuito maggiore valore probatorio alle certificazioni dettagliate del curante dell'assicurata, rispetto ai rapporti dei medici del SAM. D'altra parte, se è vero che lo stesso dott. \_\_\_\_\_ ha affermato che sarebbe stato preferibile interpellare uno specialista in chirurgia (ortopedica, segnatamente quelli che hanno operato RI 1), è altrettanto vero che il reumatologo in questione è regolarmente chiamato a effettuare perizie in ambito di assicurazione per l'invalidità, in particolare a valutare la capacità/esigibilità lavorativa degli assicurati. Del resto, in una sentenza 9C\_965/2008 consid. 4, pubblicata in RtiD 2010 II p. 208, il TF ha già avuto modo di chiarire che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Ora, questo Tribunale osserva che, nella pratica, capita di frequente che gli assicuratori, compresi quelli contro gli infortuni, facciano capo a reumatologi quando si tratta di valutare la capacità/esigibilità lavorativa, anche in persone che lamentano lesioni alle spalle. Tenuto conto anche della delicatezza delle mansioni che l'insorgente sarebbe stato chiamato a compiere in caso di ripresa della sua originaria attività professionale, il TCA non è in grado di derimere la questione riguardante la sua capacità lavorativa a decorrere dal 5 gennaio 2015 sulla base della sola documentazione agli atti, ragione per la quale s'impone un approfondimento peritale (in questo senso, si veda la STF 8C\_943/2010 del 9 novembre 2011 consid. 3.3 e 3.4). 2.4.6. 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 pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può

rinvia 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) é 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), già per il solo fatto che essa ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere dei propri medici fiduciari (per un caso analogo, si veda la STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le ragioni esposte al considerando 2.4.5., si giustifica pertanto l’annullamento della decisione su opposizione impugnata, perlomeno nella misura in cui l’assicurato è stato dichiarato completamente abile nella sua precedente professione (negandogli di fatto il diritto alla rendita d’invalidità). L’assicuratore resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno volto a chiarire la capacità/esigibilità lavorativa dopo il 4 gennaio 2015, tenuto conto dei soli disturbi infortunistici. Sulla base delle relative risultanze, l’CO 1 sarà poi chiamato a definire nuovamente il diritto a prestazioni, dal profilo materiale e temporale, a contare dal 5 gennaio 2015.

2.5. Diritto all’indennità per menomazione all’integrità? 2.5.1. 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).

2.5.2. 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).

2.5.3. 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).

2.5.4. 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).

2.5.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico \_\_\_\_\_, ha negato al ricorrente il diritto all'IMI (cfr. doc. 227, p. 1). In effetti, in data 10 dicembre 2014, riferendosi agli esiti della visita di controllo del 3 dicembre 2014 presso il PD dott. \_\_\_\_\_, la dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha indicato che l'arto superiore destro era risultato mobile oltre i 120° (il dott. \_\_\_\_\_ aveva misurato una flessione di 150° e un'abduzione di 120° - cfr. doc. 215), di modo che, in applicazione della tabella 1.2, l'assicurato non ha diritto a un'IMI (cfr. doc. 217). Il medico \_\_\_\_\_ ha ribadito il proprio parere in data 20 aprile 2015 (cfr. doc. 238, p. 2: "Per i soli postumi post-infortunistici l'assicurato non ha diritto ad una IMI secondo le tabelle Suva, sempre facendo astrazione dagli attuali disturbi di origine non post-infortunistica."). Da parte sua, il ricorrente pretende che, "nel complesso e alla luce della tabelle Suva", le venga riconosciuta un'indennità del 25% (cfr. doc. I). Tutto ben considerato, secondo il TCA, l'apprezzamento espresso dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ non è sufficientemente preciso né motivato, tanto più che, in una sentenza 35.2000.60 del 17 settembre 2001 consid. 2.4.5. - fondandosi sul parere dell'allora medico \_\_\_\_\_ dell'CO 1 -, era stata riconosciuta un'IMI del 10% a un assicurato la cui spalla destra era limitata in elevazione a 170° ed in abduzione a 160° e che, inoltre, presentava una diminuzione della forza. Anche allo scopo di garantire l'uguaglianza di trattamento fra gli assicurati, questa Corte ritiene di non poter confermare la decisione su opposizione, nemmeno nella misura in cui l'amministrazione ha negato un'IMI al ricorrente. L'CO 1, a

cui gli atti vengono già retrocessi per approfondire la questione della capacità/esigibilità lavorativa (cfr. consid. 2.4.6.), chiederà al perito esterno di valutare anche la menomazione all'integrità legata al danno infortunistico alla spalla destra. In questo contesto - con riferimento a quanto indicato dal dott. \_\_\_\_\_ a proposito dello stato degenerativo preesistente (cfr. allegato al doc. VIII, p. 5 s.) -, occorrerà valutare l'applicabilità dell'art. 36 cpv. 2 LAINF.

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