

TI_GERICHTE 35.2024.31 vom 27. August 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-08-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2024.31_d20210827

FR: TI_GERICHTE 35.2024.31 du 27 août 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2024.31 del 27 agosto 2021

Regeste

Tre infotuni spalla destra: rendita LAINF 19%. Infortunio spalla sinistra. Litigiose: entità rendita e IMI. 17 LPGA. Rinvio per verificare eventuale aggravamento della spalla destra con conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato. Perizia ex art. 44 LPGA

Erwägungen

E. 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. In concreto, l'oggetto della lite è circoscritto all'entità dell'invalidità e della menomazione dell'integrità. Non è invece oggetto di contestazione, ed esula quindi dalla presente vertenza, la stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato al 1° gennaio 2024. 2.3. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022, qui applicabile in virtù della disposizione transitoria di cui all'art. 82 a LPGA, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100 per cento (lett. b). L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dagli assicuratori contro gli infortuni, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446 s.). 2.4. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al

momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. 2.5. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.6. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.7. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del

E. 28

ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi

invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.8. Nella concreta evenienza, al momento dell'infortunio in disamina, RI 1 era già beneficiario di una rendita d'invalidità LAINF del 19% dal 1° giugno 2021 a causa di diversi infortuni subiti alla spalla destra, da ultimo il 12 ottobre 2020 (cfr. consid. 1.1.). In quel contesto, RI 1 era stato visitato personalmente il 28 aprile 2021 dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale aveva posto la diagnosi di: “ Strappo spalla destra del 12.10.2020 con rottura massiva della cuffia dei rotatori con cranializzazione della testa omerale trattata conservativamente. Distorsione spalla destra dell'01.12.2009 con rottura dei tendini sovra ed infraspinato trattata conservativamente (_____). Contusione spalla destra del 18.01.2017 trattata conservativamente (_____). ”. Il medico _____ aveva poi dichiarato inesigibile l'attività lavorativa abituale di muratore, mentre aveva considerato l'assicurato abile al 100% (in termini di presenza e rendimento) in attività sostitutive adeguate (più precisamente: “ Livelli di carico: da lieve a medio (15 kg) raramente, lieve (10 kg) saltuariamente, molto lieve (prevalentemente in posizione seduta, 5 kg) frequentemente. Molto spesso può eseguire lavoro leggero e di precisione, di rado lavoro medio, mai più lavoro pesante, lavoro manuale rozzo e molto pesante. Di rado può eseguire lavori sopra la testa. Mai più salire su scale a pioli ”; doc. 58 incarto LAINF n. 2). A seguito dell'infortunio alla spalla sinistra del 6 luglio 2021, l'CO 1 ha considerato una capacità lavorativa residua del 90% (presenza al 100% con una riduzione di rendimento del 10%) in base a quanto concluso dal dr. med. _____ nell'apprezzamento del 19 febbraio 2024 (doc. 199 incarto LAINF n. 1). Dal canto suo, il rappresentante dell'insorgente ribadisce anche in questa sede che il suo patrocinato presenterebbe un'incapacità lavorativa perlomeno del 50% anche in attività molto leggere, sulla base di quanto sostenuto dal Prof. dr. med. _____ - il quale, a differenza del medico _____, ha personalmente visitato l'assicurato – nel referto del 25 marzo 2024 (doc. 1). 2.9. Dalle tavole processuali emerge che, in seguito all'infortunio del 6 luglio 2021, RI 1 è stato sottoposto il 3 novembre 2021 ad un intervento di “ decompressione sottoacromiale e riparazione del tendine

sovraspinato ” della spalla sinistra ad opera del dr. med. _____ (doc. 37 e 38 incarto LAINF n. 1). Dopo che il 21 giugno 2022 un’artro-RMN ha evidenziato una re-rottura parziale del sovraspinato della spalla sinistra (doc. 85 incarto LAINF n. 1), l’insorgente ha consultato più volte il Prof. _____, per poi rivolgersi per una “ second opinion ” al dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia, il quale nel rapporto del 15 maggio 2023 (doc. 136 incarto LAINF n. 1) ha attestato quanto segue: " Di fronte ad un paziente che continua ad avere dei dolori cronici alla spalla operata consiglieri un'artroscopia diagnostica con delle prese biotiche per escludere un'infezione di basso grado; sarebbe anche un'opportunità per valutare eventuali altre lesioni ed il reale stato del tendine sovraspinato." In data 29 agosto 2023 il Prof. dr. med. _____ ha attestato che RI 1 non intendeva sottoporsi all’intervento consigliato dal dr. med. _____ (doc. 162 incarto LAINF n. 1). Il 18/19 settembre 2023, il ricorrente si è sottoposto ad una “ valutazione delle capacità funzionali ” presso la _____ (doc. 166 incarto LAINF n. 1). Nel relativo rapporto datato 2 ottobre 2023 (doc. 166 incarto LAINF n. 1), il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e il fisioterapista _____ - dopo avere elencato le “ problematiche rilevanti per il lavoro ” (“ Limitazione di movimento della spalla sx e della spalla dx che non gli permettono di eseguire movimenti ampi ed anche i lavori più leggeri di casa od in giardino; Lavori al di sopra delle spalle; Rispetto dei limiti riconosciuti alla spalla dx nel maggio del 2020 ”) - hanno ritenuto l’attività abituale di muratore ormai inesigibile (doc. 166 incarto LAINF n. 1, pag. 7) mentre, per quanto riguarda l’“ esigibilità per altre attività professionali (secondo categorie DOT) ”, hanno invece osservato quanto segue: " (...) Nell'ambito dei test eseguiti l'assicurato non ha mai raggiunto limiti oggettivi ed osservabili; dunque, i risultati non sono valutabili dal punto di vista dell'esame fisico. Da un punto di vista medico-teorico è invece esigibile da subito, considerato che non si attendono ulteriori interventi e miglioramenti della situazione 1) lavoro da molto leggero a leggero tutto il giorno, ev. con rendimento ridotto; 2) Limitazioni particolari: - lavorare prevalentemente in piedi su un piano di lavoro per non dovere - sollevare le braccia da seduto, evitare movimenti ampi dell'AS sx; evitare lavori ripetitivi con l'arto superiore sx e lavori sopra l'altezza delle spalle; - rispettare i limiti già riconosciuti dalla CO 1 per la spalla dx. 3) adattare il posto di lavoro per garantire una buona posizione agli AASS: es: lavorare ad un banco di lavoro in piedi per ridurre i movimenti delle braccia durante le mansioni ricevute.” (doc. 166 incarto LAINF n. 1, pag. 7). Nel rapporto del 6 novembre 2023 (doc. 175 incarto LAINF n. 1), relativo alla visita di controllo del 31 ottobre 2023, il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia, ha dichiarato RI 1 abile al 100% (in termini di presenza e rendimento) in attività alternative adeguate e, quindi, nei limiti della rendita di cui era già al beneficio (doc. 175, pag. 5 incarto LAINF n. 1). In sede d’opposizione, l’avv. RA 1 ha versato agli atti il referto 15 novembre 2023 del Prof. _____ (doc. 180 incarto LAINF n. 1), il cui tenore è il seguente: " (...) Il medico di fiducia ha concluso la valutazione attestando che il paziente è pienamente abile al lavoro per attività leggere. A mio modo di vedere quest'affermazione è errata. A causa della problematica alle due spalle il paziente non può in nessun modo eseguire lavori ripetitivi con gli arti superiori nemmeno se si tratta di lavori leggeri. È infatti costretto ad eseguire spesso delle pause e come detto non può eseguire un lavoro ripetitivo a livello dell'orizzontale né sopra l'orizzontale. Non sono quindi d'accordo con le affermazioni del medico _____. (...)”. Interpellato a tal proposito dall’amministrazione, con apprezzamento del 30 gennaio 2024 (doc. 194 incarto LAINF n. 1), il dr. med. _____ ha rilevato quanto segue: " (...) Le risultanze emerse all'interno

del rapporto medico del Dr. _____ del 31.10.2023 si basano sulle valutazioni riportate all'interno del rapporto EFL del Dr. _____ del 02.10.2023. All'interno del rapporto EFL del Dr. _____ alla pagina n.6 viene riportato: "In un'attività consona l'assicurato è abile al lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento dovuta alla disfunzione dell'AS sx e di quella già nota dell'AS dx" mentre all'interno della pagina n. 7 del medesimo rapporto EFL viene riportato: "Da un punto di vista medico-teorico è invece esigibile da subito, considerato che non si attendono ulteriori interventi e miglioramenti della situazione, lavoro da molto leggero a leggero tutto il giorno, ev. con rendimento ridotto". Per favore si prega di richiedere direttamente al Dr. _____ un addendum dove venga espressamente chiarito se in un'attività lavorativa rispettosa delle limitazioni identificate, il Sig. RI 1 sia abile in misura completa con o senza diminuzione del rendimento e qualora vi sia una riduzione del rendimento esprimere un valore percentuale, poiché dalla lettura dei rapporti EFL del 02.10.2023 emerge una non chiara presa di posizione. (...)" Su richiesta dell'amministrazione (doc. 195 incarto LAINF n. 1), in data 6 febbraio 2024, il dr. med. _____ ha precisato che " dal punto di vista medico teorico in un'attività rispettosa dello stato di salute, dei limiti funzionali e delle risorse come descritto nel test, il Paziente risulta avere una capacità lavorativa al 100% su intera giornata con rendimento ridotto al max del 10% (vedi considerazioni descritte nel test). " (doc. 196 incarto LAINF n. 1). In un successivo apprezzamento datato 19 febbraio 2024 (doc. 199 incarto LAINF n. 1), il dr. med. _____ ha certificato quanto segue: "(...) il signor RI 1, per quanto attiene i disturbi connessi ad entrambe le spalle è da risultare abile al 100% in attività che rispecchiano le limitazioni sottoindicate con una riduzione del rendimento del 10% a causa delle necessità di pause aggiuntive. Non si condividono le valutazioni riportate dal Prof. dr. med. _____ all'interno del suo rapporto medico del 15.11.2023 quando lo stesso riferisce: «[...] A causa della problematica alle due spalle il paziente non può in nessun modo eseguire lavori ripetitivi con gli arti superiori nemmeno se si tratta di lavori leggeri. È infatti costretto ad eseguire spesso delle pause e come detto non può eseguire un lavoro ripetitivo a livello dell'orizzontale né sopra l'orizzontale. Non sono quindi d'accordo con le affermazioni del medico _____ [...] », in quanto in nessun luogo è emerso che il Dr. med. _____ all'interno del rapporto medico del 31.10.2023 relativo alla visita medico-assicurativa del 31.10.2023, abbia certificato che il Sig. RI 1 avesse potuto svolgere attività ripetitive con gli arti superiori e neppure un lavoro ripetitivo a livello dell'orizzontale né sopra l'orizzontale: d'altra, parte anche all'interno del rapporto EFL del dott. med. _____, a cui il dott. med. _____ ha fatto capo per le sue conclusioni, viene chiarito che l'assicurato non può eseguire lavori ripetitivi con gli arti superiori. Esigibilità del lavoro: Livelli di carico: da lieve a medio (15 kg) raramente, lieve (10 kg) saltuariamente, molto lieve (prevalentemente in posizione seduta, 5 kg) frequentemente. Molto spesso può eseguire lavori leggeri e di precisione non ripetitivi, di rado lavoro medio, mai più lavoro pesante, lavoro manuale rozzo e molto pesante. Di rado può eseguire lavori sopra la testa, mai più salire su scale a pioli. Rimane esigibile un lavoro, da molto leggero a leggero poco ripetitivo che possa essere eseguito in posizione comoda (in piedi ad un tavolo senza grandi movimenti delle spalle) ed aiutandosi anche con il braccio destro in termini già noti per quest'ultimo. (...)" (doc. 199, pag. 2 e 3 incarto LAINF n. 1). Pendente causa, l'avv. RA 1 ha prodotto il rapporto 25 marzo 2024 del dr. med. _____ (doc. 1), giusta il quale: "(...) Il paziente presenta esiti di duplice infortunio, da una parte infortunio alla spalla destra nel 2020 a causa del quale presenta un'artropatia da rottura della cuffia dei rotatori. Si tratta di un'affezione grave ed evolutiva con peggioramento progressivo sia della

funzione della spalla che dei dolori. Per questa spalla la situazione è andata gradualmente a peggiorare, in parte a causa della natura evolutiva della problematica stessa ma in parte anche perché, dopo l'infortunio alla spalla sinistra, il paziente ha dovuto sollecitare maggiormente l'arto destro. Attualmente presenta importante limitazione funzionale con impossibilità di eseguire attività a livello dell'orizzontale ma anche sollevare piccoli pesi gli risulta impossibile anche solo di rado. Per quello che concerne la spalla sinistra il paziente aveva subito un infortunio nel 2021 e avevamo deciso di eseguire un intervento di ricostruzione tendinea che ho realizzato il 03.11.2021. L'evoluzione è stata purtroppo caratterizzata da re-rottura, perlomeno parziale, del tendine riparato. Attualmente funzione compromessa anche dell'arto superiore sinistro. Per la combinazione delle due patologie, il paziente risulta, a mio modo di vedere, inabile al lavoro perlomeno del 50% anche per attività molto leggere. Questo principalmente in ragione dell'aggravamento della situazione della spalla destra ma anche a causa di costanti dolori che teoricamente necessiterebbero di continue pause. Ribadisco dunque che il signor RI 1 risulta inabile al lavoro perlomeno al 50% anche in un ipotetico lavoro amministrativo. (...)". Con la risposta (cfr. doc. III), l'CO 1 ha rilevato quanto segue: " (...) 7. A sostegno del ricorso viene prodotto un certificato del dott. _____, il quale pretende che, per la combinazione delle due patologie, l'assicurato risulta inabile al lavoro perlomeno nella misura del 50 % questo in ragione dell'aggravamento della situazione alla spalla destra. 8. Il preteso peggioramento della spalla destra non viene documentato da nessun reperto oggettivo e non risultava nel certificato del 15.11.2023 prodotto a sostegno dell'opposizione dove peraltro il dott. _____ si era limitato a contestare la piena capacità lavorativa per attività leggere e indicato che l'assicurato non poteva eseguire lavori ripetitivi con gli arti superiori e necessitava di pause. 9. Non appare verosimile che quattro mesi più tardi la situazione della spalla destra è peggiorata. 10. Sintomatico è il fatto che il dott. _____ non ha prescritto nessun esame mirato né tanto meno delle cure. 11. Altrettanto sintomatico è il fatto che già in occasione della visita del 10.5.2021 l'assicurato aveva riferito dei dolori alla spalla destra ogni volta che cerca di mobilizzarla fino all'orizzontale. Il dolore era presente anche a riposo, con aumento dell'intensità all'aumentare dei movimenti. Riportava una concomitante riduzione della forza e più in generale in tutto il braccio. 12. In materia di apprezzamento delle prove deve essere tenuto conto che, secondo l'esperienza, i medici curanti, compresi gli specialisti, viste le relazioni di fiducia che instaurano con i loro pazienti, in caso di dubbio, tendono generalmente a rilasciare pareri a loro favorevoli (DTF 135 V 465 consid. 4.5, DTF 125 V 351 consid 3b/cc; sentenza del TF 8C_630/2020 del 28.1.2021). 13. Questo Tribunale ha avuto modo di ricordare a più riprese che non vi è motivo alcuno per non riconoscere ad un assicurato vittima di una lesione ad una spalla una piena capacità di lavoro in un'attività leggera con delle limitazioni del tipo di quelle ritenute dal medico assicurativo in concreto. 14. Il fatto che l'assicurato ha riportato una lesione ad entrambe le spalle non giustifica una diminuzione di rendimento superiore al 10 %. (...)” (doc. III, pag 2 e 3). 2.10. Chiamato ora a pronunciarsi nel caso di specie, questa Corte rileva preliminarmente che, non essendo la decisione impugnata fondata su una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA, può trovare applicazione la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465, secondo la quale dei lievi dubbi circa l'affidabilità di un rapporto medico bastano per potersene discostare (cfr. supra, consid. 2.7.). Ora, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non ritiene di poter senz'altro concludere, come fatto dall'amministrazione sulla base di quanto indicato dal proprio medico fiduciario, che, tenuto conto del danno infortunistico alle due spalle, RI 1 sarebbe in

grado di svolgere un'attività sostitutiva adeguata sull'arco dell'intera giornata con una riduzione del rendimento del 10%. Secondo questo Tribunale, l'apprezzamento elaborato il 19 febbraio 2024 dal dr. med. _____ non può costituire da valido fondamento al giudizio che è chiamato a rendere. In effetti, a suscitare dei dubbi, perlomeno lievi, circa la correttezza della valutazione espressa dal fiduciario dell'CO 1 vi è la circostanza che, il 25 marzo 2024, il Prof. dr. med. _____ ha sostenuto che la situazione della spalla destra "è andata gradualmente a peggiorare, in parte a causa della natura evolutiva della problematica stessa ma in parte anche perché, dopo l'infortunio alla spalla sinistra, il paziente ha dovuto sollecitare maggiormente l'arto destro. Attualmente presenta importante limitazione funzionale con impossibilità di eseguire attività a livello dell'orizzontale ma anche sollevare piccoli pesi gli risulta impossibile anche solo di rado", attestando quindi un'inabilità del 50% almeno anche in attività lavorative molto leggere "principalmente in ragione dell'aggravamento della situazione della spalla destra ma anche a causa di costanti dolori che teoricamente necessiterebbero di continue pause". Ora, questa Corte non è in grado di escludere, con la necessaria tranquillità, che la situazione della spalla destra si sia effettivamente aggravata, in particolare perché, dopo il trauma alla spalla sinistra, l'assicurato ha dovuto sollecitare maggiormente l'arto superiore destro e che, di conseguenza, "necessiterebbe di pause continue", come fatto valere dal Prof. _____.

Inoltre, laddove ciò fosse il caso, sapere se il peggioramento dello stato della spalla destra determina la necessità per l'insorgente di effettuare maggiori pause con, di conseguenza, un'ulteriore riduzione del rendimento rispetto al 10% già ammesso dal dr. med. _____ sulla base di quanto attestato dal dr. med. _____ in data 6 febbraio 2024, è una questione, controversa tra le parti, di natura medica che non spetta a questo Tribunale risolvere in prima battuta. Ciò è tanto più vero se si considera che su tale aspetto (eventuale aggravamento dello stato della spalla destra con possibili conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato), il medico fiduciario dell'CO 1 non si è nemmeno pronunciato. Dalle tavole processuali emerge infatti che il dr. med. _____ ha visitato l'assicurato l'ultima volta il 28 aprile 2021, nel contesto dell'infortunio alla spalla destra, mentre, per quanto riguarda la spalla sinistra, l'ultimo documento specialistico concernente lo stato di quella parte del corpo a sua disposizione, era costituito dal rapporto 6 novembre 2023 del dr. med. _____ relativo alla visita fiduciaria di controllo del 31 ottobre 2023 (doc. 175 incarto LAINF n. 1). Successivamente a tale data, RI 1 è stato visitato personalmente soltanto dal Prof. dr. med. _____, il quale, come detto, ha attestato l'insorgenza di un aggravamento dello stato della spalla destra. In simili circostanze, non può quindi essere condivisa l'argomentazione dell'amministrazione secondo la quale "una lesione ad entrambe le spalle non giustifica una diminuzione di rendimento superiore al 10%. (...)." (cfr. p.to 14 della risposta di causa di cui al doc. III).

D'altro canto, se è vero che in passato questa Corte ha costantemente ammesso una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate trattandosi di assicurati vittime d'infortuni agli arti superiori, in particolare alle spalle (cfr., fra le più recenti, la STCA 35.2022.67 del 14 novembre 2022 consid. 2.3.4. Per un caso in cui il TCA ha invece rinviato gli atti all'assicuratore LAINF per complemento istruttorio, si veda la pronuncia 35.2020.97 del 3 maggio 2021, riguardante un assicurato al quale era stata impiantata una protesi inversa della spalla. Si veda inoltre la sentenza 8C_542/2023 del 25 aprile 2024, mediante la quale il TF ha ordinato a questo Tribunale di disporre una perizia giudiziaria volta a definire la capacità lavorativa di un assicurato vittima di un trauma alla spalla destra), è altrettanto vero che il caso sub iudice si differenzia dai precedenti per il fatto che

il ricorrente presenta un danno ad entrambe le spalle, ciò che giustifica una diversa soluzione. Tutto ben considerato, sulla scorta di quanto precede, questo Tribunale ritiene dunque che la presente vertenza non possa essere decisa senza preliminarmente procedere a un complemento istruttorio, di natura medica, volto a determinare la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività adeguate a far tempo dal 1° gennaio 2024. Visto che in discussione vi è un aggravamento dello stato della spalla destra, l'accertamento da compiere dovrà necessariamente includere anche l'aspetto riguardante l'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'assicurato. 2.11. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der 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 consid. 5.2 – dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPGa: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” In una sentenza 8C_412/2019 del 9 luglio 2020 consid. 5.4, la Corte federale ha rinviato la causa all’assicuratore LAINF (e non al tribunale cantonale che aveva respinto il ricorso della persona assicurata) affinché disponesse l’esecuzione di una perizia ai sensi dell’art. 44 LPGa, precisando che laddove esistano dubbi circa l’attendibilità e la pertinenza della valutazione del medico fiduciario, spetta in primo luogo all’assicuratore contro gli infortuni procedere a ulteriori atti istruttori per determinare d’ufficio i fatti determinanti e, se del caso, assumere le prove necessarie prima di emanare la decisione (art. 43 LPGa): " Lorsqu’il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l’appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l’assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d’office l’ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d’administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGa; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/209 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3. et ses références).” (si veda pure la STF 8C_697/2019, 8C_698/2019 del 9 novembre 2020 consid. 4.1). Inoltre, con la pronuncia 8C_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4, pubblicata in SVR 10/2022 UV n. 34 p. 137 ss., l’Alta Corte ha stabilito che, laddove un tribunale cantonale determini il diritto alle prestazioni facendo capo a un rapporto del medico curante prodotto nel quadro della procedura di opposizione, sebbene ci si trovi in presenza di un caso di applicazione della DTF 135 V 465 che richiede l’intervento di un perito esterno, la causa deve essere rinviata all’amministrazione, e non ai giudici di prime

cure, affinché proceda a un complemento istruttorio. È in effetti in primo luogo compito dell'amministrazione disporre degli atti istruttori complementari volti ad accertare d'ufficio tutti i fatti pertinenti e, se del caso, raccogliere le prove necessarie prima di rendere la propria decisione (questo principio è stato confermato ancora con le sentenze 8C_274/2021 del 31 marzo 2023 consid. 9.3.3; 8C_523/2022 del 23 febbraio 2023 consid. 5.4 e riferimenti; 8C_731/2021 succitata consid. 4.6; cfr. pure la STCA 35.2023.12 del 24 aprile 2023, consid. 2.9 e la STCA 35.2024.12 del 10 giugno 2024, consid. 2.6). Infine, con pronunzia 8C_447/2023 del 18 aprile 2024 consid. 5.3, l'Alta Corte ha stabilito che: "Aufgrund der widersprüchlichen Berichte der RAD-Ärzte untereinander einerseits und im Vergleich zu den erwähnten Berichten des Spital F. _____ andererseits bestanden mithin zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung durch die beiden Ärzte des RAD, auf welche sich die Vorinstanz abstützte. Anstatt weitere Abklärungen zu tätigen, stellte das kantonale Gericht eigene medizinische Überlegungen an und schloss auf eine abgestufte Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2017. Dies liegt jedoch nicht mehr im Rahmen einer zulässigen freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), ist es doch nicht Aufgabe des Gerichts, fachfremde Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Urteile 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 5.3; 8C_586/2022 vom 26. April 2023 E. 5.2.2; 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 5.3+5.5). Vielmehr hätte die Vorinstanz die dargelegten Unstimmigkeiten und Widersprüche näher abklären müssen. Indem sie dies unterliess, stellte sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend fest, was die Beweiswürdigungsregeln sowie den Untersuchungsgrundsatz, mithin Bundesrecht, verletzt". Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all'istituto convenuto (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che esso ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del proprio medico fiduciario. Per le ragioni già esposte al considerando 2.7., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGa) volto a chiarire la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività adeguate al 1° gennaio 2024 e l'entità della sua menomazione dell'integrità. Sulla base delle relative risultanze peritali, l'assicuratore resistente sarà poi chiamato a definire nuovamente le prestazioni di lunga durata (rendita e IMI) spettanti all'assicurato. 2.12. Alla luce di tutto quanto esposto, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, in particolare all'esperimento della perizia richiesta dal patrocinatore del ricorrente (cfr. doc. I, pag. 5). Va qui ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.13. Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr., da ultimo, STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 p. 271 e riferimento), l'CO 1 verserà all'insorgente, rappresentato da un avvocato, l'importo fr. 2'500 (IVA inclusa) a titolo d'indennità per ripetibili. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere

imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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