

TI_GERICHTE 35.2016.103 vom 23. März 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-03-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.103

FR: TI_GERICHTE 35.2016.103 du 23 mars 2017

IT: TI_GERICHTE 35.2016.103 del 23 marzo 2017

Erwägungen

E. 2

della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG) - del 15 marzo 2011, in vigore dal 1° gennaio 2011 (cfr. BU n. 22/2011 del 13 maggio 2011 pag. 263-264) - prevede:

Inoltre giusta l'art. 3 cpv. 1 LAG l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio.

I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti).

Occorre qui ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (cfr. STF 9C_740/2016 del 31 gennaio 2017; STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181).

Non essendo il ricorrente patrocinato da un avvocato, il gratuito patrocinio, in casu, va negato.

E. 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 di 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).

2.2.2. 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).

2.2.3. In concreto, con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore resistente sostiene innanzitutto che la sintomatologia denunciata dal ricorrente (" brachialgia diffusa al gomito sinistro e la maggior affaticabilità all'arto superiore sinistro ") è prevalentemente dovuta alle alterazioni evidenziate alla indagine risonanza magnetica del rachide cervicale del 1° ottobre 2012 (che comprendono alterazioni artrosiche discosomatiche e uncosomatiche cervicali con fenomeni Modic 1 più accentuati a livello C6-C7, stenosi del canale vertebrale e compressione midollare più critica al passaggio C3-C4, stenosi asimmetrica verso sinistra del canale e forame al passaggio C4-05 e stenosi asimmetrica verso sinistra con compressione midollare C5-C6, stenosi foraminale di medio grado bilaterale nonché compressione midollare a sinistra a livello C6-C7) che esula da qualsivoglia componente infortunistica e anche i " disturbi psichici " di cui è affetto il ricorrente sono prevalentemente dovuti a un danno alla salute che non ha nulla a che fare con l'infortunio del 26 novembre 2015, sulla base

dell'apprezzamento medico del 29 maggio 2013 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e in medicina generale nonché esperto in medicina infortunistica e medico fiduciario della CO 1 (doc. M 52). Da parte sua, il ricorrente fa sostanzialmente valere che i disturbi neuropatici/nocicettivi e psichici di cui soffre sono causati dall'evento infortunistico del 26 novembre 2005 (cfr. doc. I). 2.2.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b). 2.2.5. Il TCA constata innanzitutto che RI 1, dopo essersi sottoposto nel corso del 2007 a svariati accertamenti medici (radiografie e TAC del gomito, una scintigrafia ossea trifasica), l'8 febbraio 2008 è stato operato per la " rimozione dei mezzi di osteosintesi e correzione della cicatrice " dal dr. med. _____, specialista FMH in

chirurgia ortopedica (doc. M 11, 13-15). A causa di una recrudescenza dei dolori sorti il 24 luglio 2008 l'assicurato è stato visitato in data 5 agosto 2008 dal dr. med. _____, che - a fronte degli esami già eseguiti (scintigrafia ossea trifasica con leucotici marcati, TAC, ecc) risultati negativi per componenti patologiche maggiori - ha proposto una valutazione neurologica (doc. M 17). RI 1 si è quindi sottoposto ad una valutazione neurologica (incluso un esame elettromiografico) il 10 settembre 2008 ad opera del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia (che ha evidenziato la presenza di " dolori all'epicondilo radiale ed ulnare, imputabile ad una probabile epicondilite da sovraccarico meccanico " e " lievi esiti di sofferenza del nervo radiale, in fase d'avanzata reinnervazione, che dovrebbe portare ad una probabile completa reinnervazione, a medio-lungo termine, su neuropatia traumatica del radiale "; doc. M 19) come pure ad una TAC il 30 settembre 2008 e a dei cicli fisioterapici (doc. M 20). A causa della persistenza dei disturbi funzionali e dei dolori localizzati, dopo aver effettuato un'artro TAC ed un'artro MR del gomito sinistro (doc. M 22 e M 26), risultati nella norma (doc. M 27), l'assicurato si è sottoposto il 18 febbraio 2010 ad un intervento di " Dekompression und subkutane Vorverlagerung Nervus Ulnaris, Ellbogen-Arthroskopie mit anteriorer Kapsulotomie und Kapsulektomie sowie Döbridement-Arthroplastik wie auch postero lateraler Synovektomie, Resektion dorso radialer Plica und Kapsulotomie, offene mediale und posteriore kapsulektomie und Eröffnen der Fossa olecrani Ellbogen links " ad opera del Prof. dr. med. _____, specialista FMH Orthopädische Chirurgie, Schulter und Ellbogenchirurgie, di _____ (doc. M 29, 32 e 34), e a causa di un "Low-grade Infekt mit koagulase-negativen Staphylokokken" e della persistenza di "ein starkes Brennen" al gomito (doc. M 36 e 37) come pure di una recrudescenza dei dolori al gomito sinistro insorta nel mese di settembre 2010, il 27 gennaio 2011 ad un intervento di " Neurolyse subkutane N. ulnaris, posteriore Arthrotomie mit Entnahme von Gewerbsproben Ellbogen links ", sempre ad opera del Prof. dr. med. _____ (doc. M 40). Il 13 luglio 2011 il Prof. dr. med. _____, non avendo più altre terapie da proporre (" sehe ich im Moment keine weiteren therapeutischen Optionen. Sämtliche Eingriffe, welche iche meinerseits durchgeführt habe, haben die Situation nicht verbessert, sondern eher verschlechtert "), ha inviato l'assicurato dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia della mano, medicina sportiva SSMS, che dopo aver instaurato una terapia conservativa medicamentosa senza successo, ha inviato l'assicurato dal dr. med. _____, vice-primario del Centro per la terapia del dolore dell'_____, che ha visitato il 12 settembre 2011 l'assicurato e instaurato una terapia conservativa medicamentosa al fine di trattare i dolori di natura neuropatica di cui è affetto lungo il territorio del nervo ulnare sinistro (doc. M 43, 44, 45 e 46). Consultato il 21 novembre 2011 dall'assicurato per una seconda opinione, il Prof. dr. med. _____ ha concordato con il procedere del dr. med. _____ (" Die Beurteilung von Dr. _____, den N. ulnaris unbedingt in Ruhe zu lassen und chirurgisch nicht mehr zu behandeln, teile ich vollumfänglich. Iche denke, die konservative Therapie müsste unbedingt so weiter geführt werden. Auch unterstütze ich die Schmerztherapie in dieser Form. "), prolungando l'incapacità lavorativa al 100% dell'assicurato (doc. 47). I tentativi di trattamenti conservativi medicamentosa operati nel frattempo nel predetto Centro non hanno sortito l'efficacia sperata (doc. M 48 e 50). Il 24 settembre 2012 ha avuto luogo nuovamente una valutazione neurologica (incluso un esame elettromiografico) ad opera del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, che ha rilevato come " sul piano neurologico non vi sono sospetti a sostegno di una compressione focale del nervo ulnare, il quadro elettromiografico risulta comunque disturbato con qualche potenziale di

fibrillazione a sospenso di una probabile persistente irritazione dei tronchi nervosi locoregionale non meglio focalizzabile e persiste una lieve neuropatia del nervo mediano al carpo sinistro. In considerazione di una storia d'infezione di basso grado, dimostrata in occasione dei prelievi eseguiti lo scorso 20.2.2010, s'impone a mio giudizio una rivalutazione clinica ortopedica-infeziologica, al fine di accertarsi che il sospettato infetto, sia effettivamente guarito e non sussistano problemi a carattere infiammatorio locale. Nel caso in cui le indagini soprammenzionate, non dovessero portare a chiarimenti, andrà richiesta pure una RM cervicale, al fine di rassicurarsi dell'assenza di ev. indipendenti problemi mieloradicolari cervicali " (doc. M 51). Sono state quindi eseguite il 1° ottobre 2012 una MRI della colonna cervicale ed il 18 gennaio 2013 una MRI della colonna lombare (doc. M 52). Dai relativi referti si evince che il ricorrente è affetto da " alterazioni artrosiche disco-somatiche ed uncosomatiche cervicali; fenomeni Modic 1 più accentuati a livello C6-C7; stenosi del canale vertebrale con compressione midollare, più critica al passaggio C3-C4; stenosi asimmetrica verso sinistra del canale e del forame al passaggio C4-C5; stenosi asimmetrica a sinistra C5-C6 e C6-C7 " rispettivamente da " presenza di un quadro di discopatia degenerativa L4-L5 più marcata L5-S1 con possibile radicolopatia L5 destra; presenza di aspetto di natura flogistica in corrispondenza delle limitanti somatiche di L5 sul versante di destra; aspetti degenerativi interapofisari L4-L5 ed L5-S1 ". L'assicurato è stato visitato dal dr. med. _____ in data 1° aprile 2014 (doc. M 53), 6 giugno 2014 (doc. M 54) e 17 novembre 2014 (doc. M 56), che, oltre alle prescrizioni analgesiche, ha proceduto per due volte all'applicazione di un cerotto Qutenza sulla cicatrice a livello del gomito che ha portato un lieve miglioramento temporaneo ma non la completa scomparsa dei dolori neuropatici; dal canto loro, i dolori di tipo nocicettivo, che coinvolgono l'articolazione del gomito, non hanno invece subito alcuna modifica nonostante la somministrazione di Oxycontin. Al termine dell'ultima visita lo specialista ticinese ha quindi concluso che ci si trovava " di fronte ad un caso di dolore cronico misto neuropatico/nocicettivo dove nonostante tutte le terapie effettuate (antiepilettici, anti-infiammatori oppioidi) non si è visto negli ultimi 3 anni alcun miglioramento sensibile tale da poter migliorare la qualità di vita del paziente. Purtroppo non ho ulteriori proposte se non quella di continuare l'applicazione di Qutenza e consigliare al paziente di sforzarsi di muovere il braccio in modo passivo ed attivo per evitare una anchilosi del gomito" . In data 25 dicembre 2014 il dr. med. _____ ha nuovamente visitato l'assicurato, rilevando come la situazione sembrasse immutata rispetto all'ultimo controllo, con i soliti dolori neuropatici refrattari irradianti lungo il decorso del nervo ulnare (doc. M 57). Da quanto precede si evince che, a causa dei persistenti dolori al gomito sinistro, l'assicurato si è sottoposto, sull'arco di quasi un decennio, a svariati accertamenti medici (radiografie del gomito, TAC del gomito, scintigrafia ossea trifasica con leucociti marcati del gomito, esami neurologici ed elettromiografici, ecc. risultati nella norma), a diverse visite specialistiche sia in Ticino sia in Svizzera interna, ad alcuni interventi sia in Ticino sia in Svizzera interna come pure ad un numero significativo di terapie medicamentose. Val qui dunque la pena unicamente di puntualizzare che i disturbi neuropatici e nocicettivi di cui soffre RI 1 sono stati senz'altro approfonditamente indagati da tutti i profili possibili. Non vi è pertanto da attendersi che ulteriori provvedimenti istruttori mettano in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione. 2.2.6. Nel proprio apprezzamento medico del 29 maggio 2013, sul quale la CO 1 ha negato il proprio obbligo a prestazioni per quanto concerne la " brachialgia diffusa al gomito sinistro e la maggior affaticabilità all'arto superiore sinistro " di cui soffre RI 1, il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e in medicina generale nonché esperto

in medicina infortunistica e medico fiduciario della CO 1, ha ritenuto che: " L'infortunio del 26 novembre 2005 ha causato la frattura dell'olecrano sinistro, trattata cruentemente con ritardo di consolidazione, pseudoartrosi, stato dopo asportazione dei mezzi di sintesi, infetto intercorrente e lesione parziale del nervo radiale nel frattempo regredito nonché turbe residue ai raggi IV e V mano sinistra su irritazione del nervo ulnare da questo lato. I postumi di questo infortunio sono responsabili di limitazione funzionale e maggiore affaticabilità del gomito sinistro comparabile con artrosi del gomito di grado medio tendente a grave nonché lievi turbe non dimostrabili alle prove elettrofisiologiche al ramo sensitivo ulnare sinistro per le dita IV e V da questo lato. La sintomatologia di brachialgia diffusa e maggior affaticabilità all'arto superiore sinistro, non riconducibile ad un unico dermatoma specifico, è più che compatibile con le alterazioni evidenziate alla indagine risonanza magnetica del rachide cervicale del 1.10.2012 che comprendono alterazioni artrosiche discosomatiche e uncosomatiche cervicali con fenomeni Modic 1 più accentuati a livello C6-C7, stenosi del canale vertebrale e compressione midollare più critica al passaggio C3-C4, stenosi asimmetrica verso sinistra del canale e foraine al passaggio C4-05 e stenosi asimmetrica verso sinistra con compressione midollare C5-C6, stenosi foraminale di medio grado bilaterale nonché compressione midollare a sinistra a livello C6-C7. Uno stato quo ante, rispettivamente quo sine non sarebbero, comunque, mai stati raggiunti causa la lesione propria al gomito " (doc. M 52). Sempre nel medesimo apprezzamento medico del 29 maggio 2013, sul quale la CO 1 ha negato il proprio obbligo a prestazioni per quanto concerne i " disturbi psichici " di cui soffre RI 1, il dr. med. _____, ha posto quale " diagnosi collaterale indipendente da qualsiasi infortunio " una " Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4) come da diagnosi specialistica esperita nell'ambito della valutazione pluridisciplinare AI del marzo 2009 ", puntualizzando quanto segue: " Da menzionare la componente psichica, indipendente da fattori infortunistici (vedi rapporto redatto il 22.6.2009 dal Dott. _____ per il Servizio Accertamento Medico dell'Assicurazione Invalidità) dove si descrive un paziente con aspetti chiaramente narcisistici e dipendenti che evidenzia una chiara somatizzazione algica dei conflitti intra-psichici avendo il suo "io psicologico" presentato un ripiego assumendo la posizione passiva e regressiva del suo comportamento e della sua affettività. Il Dott. _____ giudica solo minima l'incidenza dell'infortunio del 2000 poiché il paziente aveva in corso questo processo di somatizzazione da tempo specie dopo l'infortunio del 1997 le cui conseguenze fisiche hanno provocato la caduta dei meccanismi di difesa compensatori attivando un vissuto di vulnerabilità psicologica e di insicurezza personale che ha colpito la sfera emotiva, sociale e lavorativa. Da allora si è assistito ad una chiara somatizzazione algica dei conflitti intrapsichici ". (doc. M 52). Da notare che il TCA nella già citata sentenza 35.2013.87 del 26 maggio 2014 aveva rilevato, con specifico riferimento alla perizia del dr. med. _____, svolta in ambito SAM il 22 giugno 2009, che " il perito psichiatra, sebbene abbia rilevato che l'assicurato non ha mai presentato alcun disturbo psichico fino all'infortunio del 1997 che ha provocato in lui "la caduta dei meccanismi di difesa compensatori, attivando un vissuto di vulnerabilità psicologica e di insicurezza personale, che ha colpito la sfera emotiva, sociale e lavorativa", ha fissato un'abilità del 95% quale parrucchiere e del 100% in attività adeguate, per i soli postumi infortunistici del febbraio 2000 ", concludendo che il ricorrente fosse " in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività lavorative che rispettino le limitazioni funzionali " descritte dal dr. med. _____, della _____ di _____, nella propria valutazione medica del 6 luglio 2009 (cfr. consid. 2.3.3 a pag. 12). Nella concreta

evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.2.5), ritiene che il parere espresso dal dr. med. _____, medico fiduciario che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.2.4) -, anche se risalente al 29 maggio 2013, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una " perizia pluridisciplinare in ortopedia, traumatologia, neurologia e psichiatria attuale presso strutture della Svizzera interna " attuale, così come postulato dal rappresentante del ricorrente in sede di opposizione e ribadito nel gravame: cfr. doc. I, pag. 4). Del resto, la valutazione dello specialista della CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. La documentazione medica prodotta in questa sede dal rappresentante dell'assicurato (segnatamente: il certificato medico del 9 febbraio 2015 del dr. med. _____; svariati certificati medici redatti dalla dr. med. _____; i certificati medici del 1° ottobre, del 18 novembre e del 23 dicembre 2016 del dr. med. _____, medico dirigente del S.C. Psichiatria di Varese e Servizi territoriali), non sono atti a sollevare dubbi circa la fedeltà del referto allestito dettagliatamente il 29 maggio 2013 dal dr. med. _____ che presenta una valutazione chiara, esauriente con argomentazioni diffuse e motivate, avvalorata anche dai referti delle visite mediche specialistiche effettuate dal 2005 al 2014 dall'assicurato sia in Svizzera interna che in Ticino come pure dalle svariate indagini strumentali agli atti (con particolare riguardo a quelle eseguite il 1° ottobre 2012 ed il 18 gennaio 2013) rispettivamente dalla referto peritale allestito il 22 giugno 2009 dal dr. med. _____ in ambito SAM e la cui valenza probatoria è già stata confermata da questa Corte nella già citata sentenza 35.2013.87 del 26 maggio 2014 (cfr. consid. 2.3.3 a pag. 12). Le considerazioni espresse dai medici consultati privatamente dall'assicurato non appaiono quindi suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito al parere del dr. med. _____. In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno 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 la " brachialgia diffusa al gomito sinistro e la maggior affaticabilità all'arto superiore sinistro " e i " disturbi psichici " di cui soffre RI 1 costituiscono una conseguenza naturale dell'infortunio occorso in data 26 novembre 2005, di modo che l'assicuratore era legittimato a negare le relative sue prestazioni. Per quanto concerne i " disturbi psichici ", val qui inoltre la pena di osservare che, per stabilire il nesso di causalità adeguato tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri obiettivi e ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella degli eventi di grado medio (DTF 115 V 133 consid. 6 pag. 138 segg.). Nei casi di infortunio insignificante o leggero, l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra evento ed eventuali disturbi psichici può di regola essere a priori negata. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica (DTF 115 V 133 consid. 6a pag. 139; STCA 35.2015.126 del 18 maggio 2016, consid. 2.7). Dalle tavole processuali si

evinces che RI 1 il 26 novembre 2005 è rimasto vittima di una banale caduta dalla posizione eretta dopo essere scivolato ed ha battuto il gomito sinistro (doc. M 1). Nel caso di specie, secondo il TCA - ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr. Anche RAMI 1992 no. U 154 pag. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio) - non vi è alcun dubbio che la caduta sul ghiaccio di cui è rimasto vittima l'assicurato dev'essere classificata nella predetta categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr., per una vicenda analoga, STF 8C_291/2012 dell'11 giugno 2012, riguardante il caso di un assicurato caduto dalle scale, riportando una contusione alla caviglia sinistra; vedi pure STFA U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, riguardante un'assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all'anca destra). Di modo che, come rettamente osservato anche dalla CO 1, l'adeguatezza del nesso di causalità relativa ai "disturbi psichici" di cui soffre l'assicurato, deve essere negata a priori. La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dai disturbi neuropatici/nocicettivi e psichici che, per i motivi poc'anzi detti, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente.

2.3. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° dicembre 2014? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF.

2.3.2. Nel caso di specie, dopo aver sentito il parere del 29 maggio 2013 del dr. _____ (doc. M 52) e aver raccolto agli atti anche il rapporto del 17 novembre 2014 del dr. med. _____ (doc. M 56), il 22 dicembre 2014 l'Istituto assicuratore ha confermato la sospensione delle prestazioni (spese di cura e indennità giornaliera), preannunciata all'assicurato il 19 novembre 2014, a decorrere dal 1° dicembre 2014 (doc. A 67), ritenuto come, in base alla documentazione medica agli atti, il suo stato di salute fosse ormai da considerare stabilizzato e particolari terapie non avrebbero consentito di ottenere sensibili miglioramenti (doc. A 69). Dovendo fare astrazione dalla componente neuropatica / nocicettiva e psichica per i motivi già detti (cfr. considerando 2.2.6), il TCA osserva di non aver motivo di scostarsi da quanto deciso dalla CO 1. In effetti, dalla documentazione agli atti emerge che il 13 luglio 2011 il Prof. dr. med. _____, specialista FMH Orthopädische Chirurgie, Schulter und Ellbogenchirurgie, di _____ che ha operato l'assicurato il 18 febbraio 2010 (doc. M 29, 34 e 34) ed il 27 gennaio 2011, non avendo altre terapie da proporre (" sehe ich im Moment keine weiteren therapeutischen Optionen. Sämtliche Eingriffe, welche iche meinerseits durchgeführt habe, haben die Situation nicht verbessert, sondern eher verschlechtert "), ha inviato l'assicurato dal dr. med. _____ ,

specialista FMH in chirurgia della mano, medicina sportiva SSMS, che dopo aver instaurato una terapia conservativa medicamentosa senza successo, ha inviato l'assicurato dal dr. med. _____, vice-primario del Centro per la terapia del dolore dell' _____, che ha visitato il 12 settembre 2011 l'assicurato e instaurato una terapia conservativa medicamentosa al fine di trattare i dolori di natura neuropatica di cui è affetto lungo il territorio del nervo ulnare sinistro (doc. M 40, 43, 44, 45 e 46). Consultato il 21 novembre 2011 dall'assicurato per una seconda opinione, il Prof. dr. med. _____ ha concordato con il procedere del dr. med. _____ (" Die Beurteilung von Dr. _____, den N. ulnaris unbedingt in Ruhe zu lassen und chirurgisch nicht mehr zu behandeln, teile ich vollumfänglich. Ich denke, die konservative Therapie müsste unbedingt so weiter geführt werden. Auch unterstütze ich die Schmerztherapie in dieser Form. ") (doc. M 47). Il dr. med. _____ - che ha preso a carico l'assicurato a decorrere dal 12 settembre 2011 per una terapia conservativa medicamentosa a causa dell'oramai appurato fallimento della terapia invasiva chirurgica (doc. M 43, 44, 45, 46, 47, 48 e 50) - al termine della visita del 17 novembre 2014 ha concluso che ci si trovava " di fronte ad un caso di dolore cronico misto neuropatico/nocicettivo dove nonostante tutte le terapie effettuate (antiepilettici, anti-infiammatori oppioidi) non si è visto negli ultimi 3 anni alcun miglioramento sensibile tale da poter migliorare la qualità di vita del paziente. Purtroppo non ho ulteriori proposte se non quella di continuare l'applicazione di Qutenza e consigliare al paziente di sforzarsi di muovere il braccio in modo passivo ed attivo per evitare una anchilosi del gomito" (doc. M 56). In data 25 dicembre 2014 il dr. med. _____ ha nuovamente visitato l'assicurato, rilevando come la situazione sembrasse immutata rispetto all'ultimo controllo, con i soliti dolori neuropatici refrattari irradianti lungo il decorso del nervo ulnare (doc. M 57). Ora, alla luce degli elementi convergenti che emergono dalla documentazione medica appena riassunta, questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° dicembre 2014, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF convenuto era dunque legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata. 2.4. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta 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 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA 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 sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità

lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGa. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la 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 che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano

l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.4.3. Nel caso di specie, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore ha fatto capo al parere espresso dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e in medicina generale nonché esperto in medicina infortunistica e medico fiduciario della CO 1, nel proprio apprezzamento medico del 29 maggio 2013, giusta il quale: "(...) A causa dei postumi infortunistici del 26 novembre 2005 il paziente è prevalentemente impedito nei movimenti ripetitivi di flesso-estensione e di pro-supinazione del gomito sinistro specie se contro resistenza o con pesi superiori i kg. 2-3. Possibile l'esecuzione ripetitiva di non più di 3-4 movimenti al minuto. (...). Nell'attività di parrucchiere, si stima una inabilità lavorativa in misura del 30% (paziente mancino). In veste di rappresentante di prodotti per parrucchieri o di utilizzo quotidiano (anche Call-center), come amministratore il paziente potrebbe lavorare in misura completa così come in veste di ricezionista in albergo o altra attività confacente (...)." (doc. M 52). Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio specialista di fiducia nell'apprezzamento medico del 29 maggio 2013 (doc. A 52), con decisione del 22 dicembre 2014 (doc. A 69), la CO 1 ha quindi negato l'attribuzione di una rendita d'invalidità, senza procedere al raffronto dei redditi dell'assicurato, dal momento che il suo stato di salute, per quanto riconducibile all'evento assicurato, continuava a permettergli di mettere a frutto pienamente la propria capacità lavorativa senza discapito economico. Con decisione su opposizione del 14 ottobre 2016 la CO 1 ha confermato il contenuto della sua prima decisione, puntualizzando che anche procedendo al raffronto dei redditi (a fronte di un reddito annuo da valido di fr. 52'000.- rispettivamente da invalido , determinato secondo la tabella TA1 di fr. 63'311.50 per un'attività semplice e ripetitiva nel 2014, senza applicare alcuna deduzione sociale), il rifiuto di accordare all'assicurato una rendita di invalidità meritava conferma visto che l'assicurato non subiva alcun discapito economico in seguito ai postumi infortunistici (doc. A 1 allegato al doc I). 2.4.4. Nella

concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.2.5), ritiene che il parere espresso dal dr. med. Gino Simoni, medico fiduciario che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.2.4) -, anche se risalente al 29 maggio 2013, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una " perizia pluridisciplinare in ortopedia, traumatologia, neurologia e psichiatria attuale presso strutture della Svizzera interna " attuale, così come postulato dal rappresentante del ricorrente in sede di opposizione e ribadito nel gravame: cfr. doc. I, pag. 4). Del resto, la valutazione dello specialista della CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. La documentazione medica prodotta in questa sede dal rappresentante dell'assicurato (segnatamente: il certificato medico del 9 febbraio 2015 del dr. med. _____; svariati certificati medici redatti dalla dr. med. _____; i certificati medici dell'1 ottobre, del 18 novembre e del 23 dicembre 2016 del dr. med. _____, medico dirigente del _____), non sono atti a sollevare dubbi circa la fedeltà del referto allestito dettagliatamente il 29 maggio 2013 dal dr. med. _____ che presenta una valutazione chiara, esauriente con argomentazioni diffuse e motivate, avvalorata anche dai referti delle visite mediche specialistiche effettuate dal 2005 al 2014 dall'assicurato sia in Svizzera interna che in Ticino come pure dalle svariate indagini strumentali agli atti (con particolare riguardo a quelle eseguite il 1° ottobre 2012 ed il 18 gennaio 2013) rispettivamente dalla referto peritale allestito il 22 giugno 2009 dal dr. med. _____ in ambito SAM e la cui valenza probatoria è già stata confermata da questa Corte nella già citata sentenza 35.2013.87 del 26 maggio 2014 (cfr. consid. 2.3.3 a pag. 12). Le considerazioni espresse dai medici consultati privatamente dall'assicurato non appaiono quindi suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito al parere del dr. med. _____. Del resto, la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori. Ad esempio, in una pronuncia inedita del 12 novembre 1996, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, ad esempio, ritenuto realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive, trattandosi di un assicurato cinquantacinquenne che - a causa dei postumi infortunistici interessanti, in particolare, la spalla destra - era impedito nel sollevare pesi superiori ai 10 kg lungo tutto l'asse corporeo. La mobilità era ridotta di 2/3, certi movimenti non erano più possibili, come ad esempio, il sollevamento del braccio oltre i 60°, di modo che il braccio destro poteva unicamente servire come aiuto per il braccio adominante. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 - questo Tribunale ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro, un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, fatta eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA è pervenuto alla medesima conclusione in una sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss., concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, e il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg (e pertanto ritenuto praticamente monco di una

mano). In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un, citiamo: "importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto, citiamo: "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato dal tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco." (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Anche nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra adominante, aveva subito l'amputazione del pollice, dell'indice e del medio, come pure una frattura pluriframmentaria della falange basale con instabilità a livello delle articolazioni interfalangee dell'anulare, divenendo praticamente monca di una mano, l'Alta Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa dal profilo ortopedico. In una sentenza 8C_260/2011 del 25 luglio 2011, il TF ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno attività lavorative leggere non bimanuali, un assicurato che presentava una paralisi, da parziale a completa, della muscolatura della spalla e del braccio destro dominante. Ad un'analogha conclusione è giunta l'Alta Corte in un'altra sentenza 8C_311/2015 del 22 gennaio 2016, concernente un assicurato, il quale, per evitare di cadere mentre era intento a scaricare un camion, si era attaccato con il braccio destro alla sponda dello stesso, avvertendo immediatamente forti dolori all'arto superiore in questione. In una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014, il TCA ha confermato la decisione con la quale un falegname, che ha subito l'amputazione dell'avambraccio destro (dominante) nell'utilizzare una sega circolare, è stato ritenuto totalmente abile in attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione), che non richiedono l'utilizzo di entrambi gli arti superiori. Vedi, infine, anche la sentenza di questa Corte 35.2014.57 del 4 maggio 2015, confermata con STF 8C_396/2015 del 17 settembre 2015, nella quale, nonostante l'infortunio alla spalla sinistra, un assicurato è stato ritenuto inabile in maniera praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio, ma in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera. In una sentenza 35.2016.43 del 22 settembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "tassametrista-impiegato-operaio", che - mentre usciva dalla doccia al proprio domicilio - era caduto, riportando un trauma distorsivo alla spalla destra con lesione

transumorale della cuffia rotatoria a livello di sovraspinato e nella porzione craniale del sottoscapolare e, successivamente - mentre andava a prendere l'automobile al proprio domicilio a Bellinzona - è scivolato sul ghiaccio, cadendo in avanti con ricezione su entrambi i polsi e dolori di contraccolpo ad entrambe le spalle e riportando una re-rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra e una rottura della cuffia dei rotatori della spalla destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito alle spalle. In una sentenza 35.2015.131 del 21 novembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "autista" con qualifica di "impiegato-operai", che - mentre stava caricando il camion a _____ - era caduto dalla rampa di carico, riportando una frattura del capitello radiale sinistro tipo Mason II e una frattura composta dello spigolo esterno del processo coronoideo dell'ulna) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al gomito sinistro (adominante). In una sentenza 35.2016.89 del 13 febbraio 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "muratore" che, a causa di un infortunio professionale con una sega circolare, aveva subito un intervento di amputazione trans-P2 del IV dito a destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico alla mano destra (dominante), e, quindi, un lavoro leggero dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione) che non richiede un'ottima presa della mano destra e sinistra nel contempo rispettivamente un'ottima agilità di ambedue le mani contemporaneamente. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti al gomito sinistro (dominante) dal danno alla salute infortunistico (e più precisamente: prevalentemente impedito nei movimenti ripetitivi di flesso-estensione e di pro-supinazione del gomito sinistro specie se contro resistenza o con pesi superiori i kg. 2-3 e possibile l'esecuzione ripetitiva di non più di 3-4 movimenti al minuto: doc. M 52). 2.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2014. Da notare

che il patrocinatore del ricorrente si è limitato a contestare in maniera del tutto generica le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico determinato dall'amministrazione, senza sollevare alcuna censura specifica nel dettaglio ai calcoli da essa effettuati (doc. I e VII).

2.5.1. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'istituto assicuratore, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2014, qualora non avesse subito il danno alla salute di natura infortunistica, un importo annuo pari a fr. 52'000.- (cfr. doc. A 1 allegato al doc I). L'Istituto assicuratore riferisce di aver desunto questo importo dai " dati raccolti presso il datore di lavoro dall'UAI " (doc. A 1 allegato al doc I). Il TCA osserva che nella già citata sentenza STCA 35.2013.87 del 26 maggio 2014, cresciuta incontestata in giudicato, al consid. 2.4.1, ha confermato il salario lordo annuo di fr. 45'902.30, quale parrucchiere, stabilito per il 2008 dall'Istituto assicuratore mediante aggiornamento di quanto l'insorgente aveva guadagnato nel 1996, ultimo anno completo prima dell'insorgere del danno alla salute. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (da quantificare in: +2,1% per il 2009, + 0,8% per il 2010, + 1% per il 2011, + 0,8% per il 2012, + 0,7% per il 2013 e + 0,8% per il 2014; cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS) di tale dato, si ottiene, per il 2014, un reddito annuo di fr. 48'819.38. Il reddito da valido, nel 2014, ammonta dunque a fr. 48'819.38. Da notare che, quand'anche si volesse prendere in considerazione l'importo di fr. 52'000.- stabilito dalla CO 1 quale ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato, quest'ultimo non ne trarrebbe alcun giovamento, in quanto - come si vedrà meglio appresso al considerando 2.5.3 (in fine) - non avrebbe comunque diritto ad una rendita di invalidità.

2.5.2. Per quanto riguarda il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti) . Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nella

sentenza 8C_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha difatti stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. Giova infine ricordare che, nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'INSAI, che il salario medio risultante dalle DPL si situava soltanto leggermente sotto quello secondo l'ISS (in questo senso, si veda pure la STF 8C_647/2013 del 4 giugno 2014 consid. 7.2). 2.5.3. Dalle tavole processuali risulta che la CO 1 ha determinato in fr. 61'311.50 il reddito "da invalido", applicando la tabella TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, totale, riportato sulle 41.7 ore, senza operare alcuna deduzione sociale (cfr. doc. A 1 allegato al doc I). Da notare che l'Istituto assicuratore resistente ha considerato l'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato ovvero il reddito di fr. 61'311.50 (ovvero fr. 4'901.-, riportato su 41.7 ore a fr. 5'109.30x12 mensilità) applicando la tabella TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, totale, riportato sulle 41.7 ore anziché il reddito di fr. 66'453.12 (ovvero fr. 5'312.-, riportato su 41.7 ore a fr. 5'537.76x12 mensilità) applicando la tabella TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, riportato sulle 41.7 ore. Ferma questa premessa, il TCA osserva che, come correttamente appurato dalla CO 1, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2014, l'assicurato, svolgendo nel 2014 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'900.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. dati pubblicati sul sito web dell'UFS; a questo proposito, si veda la STF

8C_480/2010 del 10 marzo 2012 consid. 3.1.1), esso ammonta a fr. 5'108.25 mensili oppure a fr. 61'299.-- per l'intero anno (fr. 5'108.25 x 12). L'assicurato, quale parrucchiere, avrebbe realizzato nel 2014 un reddito annuo di fr. 48'819.38 per un'occupazione a tempo pieno in linea con la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (Tabella TA 1 2014, p.to 96 " Altre attività di Servizi personali ", livello di qualifica 1, totale: fr. 3'898.-- riportato su 41.7 ore/settimana = fr. 4'063.66 x 12 mesi = fr. 48'763.92) o addirittura apprezzabilmente superiore, se si volesse considerare per mera ipotesi l'importo di fr. 52'000.- stabilito dalla CO 1. Nel caso in esame non sono quindi realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Nella concreta evenienza, l'istituto assicuratore non ha operato alcuna decurtazione sul reddito statistico da invalido (cfr. doc. A 1 allegato al doc I). Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), in considerazione anche del fatto che - come poc' anzi osservato - l'Istituto assicuratore resistente ha considerato l'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato (ovvero un reddito di fr. 61'311.50 applicando la tabella TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, totale, riportato sulle 41.7 ore anziché il reddito di fr. 66'453.12 applicando la tabella TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, riportato sulle 41.7 ore), questo Tribunale ritiene che, non operando alcuna decurtazione, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il reddito da invalido ammonta dunque a fr. 61'299.--. Importo che sarebbe comunque superiore al reddito che RI 1 avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno infortunistico, e cioè fr. 48'819.38 rispettivamente fr. 52'000.- laddove si prenda in considerazione - per mera ipotesi - l'importo stabilito dall'CO 1 (cfr. consid. 2.5.1). Da notare che, quand'anche si applicasse al caso di specie - per mera ipotesi - una deduzione sociale del 10% (che già terrebbe ampiamente conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica di cui è affetto l'assicurato) oppure del 15% (che non sarebbe comunque giustificata nel caso di specie), si giungerebbe ad un reddito annuo di fr. 55'169.10 (fr. 61'299.-- meno il 10% ovvero fr. 6'129.90) rispettivamente di fr. 52'104.15 (fr. 61'299.-- meno il 15% ovvero fr. 9'194.85), importi che sarebbero comunque ancora superiori al reddito che RI 1 avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno infortunistico, e cioè fr. 48'819.38 rispettivamente fr. 52'000.- laddove si prenda in considerazione - per mera ipotesi - l'importo stabilito dall'CO 1 (cfr. consid. 2.5.1). Sulla scorta delle considerazioni che precedono la decisione su opposizione impugnata, con cui è stato negato al ricorrente una rendita di invalidità LAINF, merita di essere confermata. Nulla muta a questo riguardo il fatto che, in ambito LAI, con sentenza C-7111/2016 del 17 febbraio 2017 il Tribunale amministrativo federale abbia condiviso la proposta dell'UAIE d'annullamento della decisione del 1° novembre 2016, con cui il predetto ufficio aveva nel frattempo soppresso, a far tempo dal 1° gennaio 2017, la rendita intera versata fino ad allora a RI 1, al fine di procedere al complemento dell'istruttoria, mediante esperimento di una perizia reumatologica, neurologia e psichiatrica, così come postulato nel preavviso del 18 gennaio

2017 dell'UAI sulla base dell'annotazione del 16 gennaio 2017 del dr. med. _____ del SMR, " in considerazione della complessità del caso con problematica post infortunistica oltre a problematica di tipo degenerativo e possibile presenza di problematica psichica, in particolare somatoforme " (cfr. allegati 1-3 al doc. XI). In quella sede è stata infatti ravvisata la necessità che l'assicurato venga sottoposto alle visite specialistiche - reumatologica, neurologica e psichiatrica - in relazione anche alle affezioni extra-infortunistiche di cui soffre, visto che le valutazioni agli atti dei medici SMR (che si basano essenzialmente sulle valutazioni specialistiche allestite su richiesta dell'assicuratore contro gli infortuni il

E. 24

settembre 2012 dal neurologo dr. med. _____ e il 29 maggio 2013 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e in medicina generale nonché esperto in medicina infortunistica e medico fiduciario della CO 1 e, quindi, anteriori di oltre 3 anni all'emanazione delle decisioni impugnate) non hanno analizzato/approfondito l'incidenza sulla capacità lavorativa dell'insieme delle affezioni di cui soffre l'assicurato, segnatamente di quelle extra-infortunistiche (cfr. STAF citata al consid. 10.2; cfr. doc. XI allegato 1), ovvero dei problemi neuropatici/nocicettivi e psichici che, per i motivi già indicati al consid. 2.2.6, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente, a cui va pure aggiunta una problematica degenerativa, così come sottolineato anche dal dr. med. _____ del SMR nella già citata annotazione del 16 gennaio 2017 (doc. XI allegato 3), che parimenti non è di pertinenza della CO 1. 2.6. Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria e di essere esonerato da eventuali spese giudiziarie a causa della precaria situazione finanziaria in cui versa (cfr. doc. I, p. 5). In realtà la domanda del ricorrente di assistenza giudiziaria deve essere intesa solo come richiesta di gratuito patrocinio, visto che la procedura davanti al TCA in materia di assicurazione contro gli infortuni è per principio gratuita (cfr. art. 29 cpv. 1 Lptca). Secondo l'art. 28 cpv. 2 Lptca la disciplina della difesa d'ufficio gratuito patrocinio è retta dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria. L'art. 2 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG) - del 15 marzo 2011, in vigore dal 1° gennaio 2011 (cfr. BU n. 22/2011 del 13 maggio 2011 pag. 263-264) - prevede: " L'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative." Inoltre giusta l'art. 3 cpv. 1 LAG l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Occorre qui ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (cfr. STF 9C_740/2016 del 31 gennaio 2017; STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). Non essendo il ricorrente patrocinato da un avvocato, il gratuito patrocinio, in casu, va negato.

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