

TI_GERICHTE 35.2019.143 vom 23. November 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.143

FR: TI_GERICHTE 35.2019.143 du 23 novembre 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.143 del 23 novembre 2020

Regeste

Discussa preliminarmente questione di sapere se i disturbi psi. e quelli privi di sostrato ogg. denunciati dall'ass. - vittima di elettrocuzione - devono essere assunti dall'ass. LAINF. Discussi pure diritto a rendita (applic. art. 28 cpv. 3 OAINF) e entità IMI, tenuto conto dei disturbi spalla sx

Erwägungen

E. 15

giugno 2017, è stato giudicato "... suggestivo di una disfunzione di conduzione lungo la via ottica sinistra di livello prechiasmatico." (doc. 301). Interpellato dall'amministrazione, il dott. _____, spec. FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, ha sostenuto che in base alla documentazione a sua disposizione è dubbio se i disturbi visivi aspecifici denunciati dall'insorgente, come pure il deficit aspecifico del campo visivo a sinistra (e il reperto dei potenziali evocati visivi ad esso difficilmente correlabile), siano addebitabili all'evento infortunistico del 5 settembre 2014. Sempre in base agli atti, non è nemmeno consentito concludere che la nota elettrocuzione abbia provocato un danno agli organi della testa. L'esito dei potenziali evocati visivi è difficilmente compatibile con, da un lato, un visus completo e, dall'altro, con l'aspecifica limitazione del campo visivo (doc. 309). In data 17 maggio 2017, RI 1 è stato periziato dalla dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, per conto dell'istituto convenuto. Ella ha diagnosticato una sindrome post-traumatica da stress in via di remissione (ICD-10 F43.1) e una sindrome da disadattamento con importanti manifestazioni somatiche (ICD-10 F43.8). La psichiatra ha quindi fatto propria la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress formulata in occasione della degenza presso la Clinica di _____ di _____ e ripresa dallo psichiatra curante, con però la precisazione che la relativa sintomatologia era "... in regressione: l'assicurato stesso riferisce che le paure e l'ipervigilanza sono diminuite di molto come pure i comportamenti evitanti (ha riferito che ora riesce anche – seppur con le dovute precauzioni – a cambiare una lampadina). Non riferisce di ricordi intrusivi o sogni riferiti all'evento.". D'altra parte, sempre secondo la dott.ssa _____, "l'assicurato ha riferito di avere "moltissimi disturbi", "se glieli elenco tutti passiamo la giornata", per i quali non si trova un correlato organico. Essi possono essere visti come una manifestazione somatica di un disagio psichico dovuto ad una difficoltà di gestire l'accaduto, nel senso di un disturbo dell'adattamento. Il persistere di questo disturbo è molto probabilmente favorito dal disturbo cognitivo dell'assicurato.". Ella ha quindi dichiarato che i disturbi diagnosticati si trovano in nesso causale naturale con l'infortunio del settembre 2014 e che "attualmente non sussistono gravi limitazioni psichiche allo svolgimento di un'attività lavorativa. La testistica effettuata nell'ottobre 2016 ha evidenziato un disturbo cognitivo di lieve entità (QI 65). Questa compromissione era già sicuramente presente prima dell'infortunio e non ha

impedito all'assicurato di svolgere delle attività lavorative. Al contrario, un reinserimento professionale gioverebbe al suo stato di salute.” (doc. 310). Con apprezzamento del 14 dicembre 2017, i dottori _____ e _____, entrambi spec. FMH in neurologia, hanno rilevato che le indicazioni dell'assicurato sui disturbi interessanti l'arto superiore sinistro sono vaghe tanto dal profilo qualitativo, nel senso che essi non sono mai stati descritti come tipicamente neuropatici, che da quello della loro estensione, nel senso che non sono mai stati chiaramente attribuibili a un territorio d'innervazione periferico. A distanza dall'evento infortunistico sono apparsi nuovi disturbi che non trovano riscontro nella documentazione iniziale, quali cefalea, dolori cervicali, vaghi disturbi visivi e difficoltà di concentrazione. L'insorgente ha subito una scarica elettrica a bassa tensione, la quale solo raramente è atta a causare delle lesioni a lungo termine dei nervi periferici. Inoltre, nel caso concreto sono assenti delle chiare lesioni esterne, quali bruciate della pelle con punto d'ingresso e di uscita della scarica elettrica. Pertanto, dal punto di vista neurologico, i disturbi denunciati non correlano sufficientemente con un sostrato organico, ritenuto che, in occasione dell'infortunio, è stata refertata soltanto una lacerazione del tendine bicipitale del braccio sinistro a seguito della contrazione dei muscoli, la quale non è atta a provocare dei danni neurologici. Anche la restante sintomatologia non è giustificabile con un danno alla salute organico. Entra piuttosto in linea di conto una cosiddetta estensione dei sintomi con inconsistenze e insorgenza di nuovi disturbi. Devono essere interpretate in questo senso anche le lamentele, espresse a distanza dall'infortunio, circa l'esistenza di disturbi alla regione addominale e alla gamba sinistra, le quali non sono atte a fornire elementi di rilievo a favore di un'effettiva origine neurologica. Di conseguenza, dal punto di vista neurologico, la presunta diagnosi di lesione del nervo genito-femorale e di quello ilio-ipogastrico sinistro, non può essere considerata dimostrata con il grado della verosimiglianza preponderante, visto che una tale lesione non sarebbe spiegabile né con un'esposizione all'elettricità né con un punto di uscita (che non è dato secondo la documentazione a disposizione) (doc. 326, p. 8 s.). A cavallo tra gennaio e febbraio 2018, l'assicurato è stato periziato dalla dott.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, su mandato dell'UAI. In sintesi, la psichiatra ha confermato la diagnosi di sindrome post traumatica da stress, in via di remissione, mentre si è distanziata da quella di sindrome da disadattamento con importanti manifestazioni somatiche formulata dalla dott.ssa _____, precisando in particolare che “i sintomi fisici lamentati, comparsi dopo l'incidente, su cui l'assicurato si focalizza in maniera preponderante, e di cui non viene rilevata una giustificazione organica, sono l'espressione fisica dell'impossibilità per il periziando di elaborare l'accaduto, in gran parte dovuta anche al deficit cognitivo.”. La dott.ssa _____ ha pure escluso l'esistenza di un episodio depressivo, così come di una sindrome mista ansioso-depressiva (inc. AI, p. 369 ss.). Agli atti figura ulteriore documentazione medica che è stata prodotta dall'assicurato. Dal referto 6 agosto 2018 dell'Ambulatorio di neurologia dell'Ospedale di _____ si evince che l'insorgente è stato nel frattempo sottoposto a una TAC cerebrale che è risultata senza particolarità. Per il resto, la dott.ssa _____ si è limitata a una mera descrizione dei sintomi soggettivamente denunciati dal ricorrente, senza alcuna analisi critica (doc. 369). In data 3 maggio 2019, lo psichiatra curante, dott. _____, ha riferito di una “... evoluzione cronica, il paziente non lavora da più anni malgrado un esame neurologico normale e ricostruzione del tendine bicipite. Siamo confrontati con un individuo che non ha ripreso il lavoro né ha fatto tentativi in questo senso e che dagli esami psicologici mostra un QI piuttosto debole di 65. La continuazione delle cure prosegue con trattamento antidepressivo

e ansiolitico al fine di stabilizzare la situazione del paziente ed evitare un aggravamento. Ciò malgrado il paziente appare sempre più irritato e nervoso, teso e in certi frangenti anche leggermente aggressivo.” (doc. 390). Nel novembre 2019, RI 1 è stato sottoposto a una RMN della spalla-braccio destro che ha evidenziato la presenza di modesti segni tendinosici al sovraspinato senza soluzioni di continuità o retrazioni, come pure di un’artrosi acromio-claveare anteriore causa d’impingement sulla giunzione miotendinea del sovraspinato (doc. A 3). Il 25 novembre 2019, l’assicurato ha di nuovo consultato l’Ambulatorio di neurologia dell’Ospedale di _____. Dal relativo referto risulta che era stata disposta l’esecuzione di una RMN cerebrale e cervicale, come pure una valutazione neuropsicologica. Al ricorrente è stata pure prescritta l’assunzione del farmaco Pregabalin (doc. A 2). In base alla valutazione neuropsicologica, che ha avuto luogo il 19 febbraio 2020, l’insorgente presenta un deficit della memoria a lungo termine, una riduzione ai limiti di norma dello span mnemonico e della working memory, un deficit della pianificazione e del problem solving, con deficit della sensibilità al feedback ed inflessibilità cognitiva, un deficit della capacità di soppressione dell’interferenza e un deficit delle capacità visuo-percettive e visuo-costruttive. Secondo la neuropsicologa, è dunque dato un profilo cognitivo caratterizzato da una sindrome disesecutiva e amnesica di media entità (doc. XIII 6). Dal referto 21 febbraio 2020 dell’Ambulatorio di neurologia dell’Ospedale di _____ si apprende in particolare che gli esami di risonanza magnetica cerebrale e cervicale sono risultati nella norma, che la visita oculistica è pure risultata nella norma, che l’esame audio-impedenzometrico ha evidenziato una ipoacusia neurosensoriale bilaterale sui toni acuti più accentuata a destra (con acufene localizzato verosimilmente intorno ai 4KHz) e che l’approfondimento fisiatrico ha mostrato delle contratture paravertebrali e cingolo-scapolari irradiate in regione sternale, una ridotta articolarietà scapolo-omerale sinistra e una limitazione all’articolazione dell’anca sinistra. La dott.ssa _____ ha quindi concluso che, “dopo aver subito un danno da elettrocuzione nel 2014”, RI 1 è portatore di un disturbo post-traumatico da stress e sindrome ansiosa associata, di una sindrome disesecutiva e amnestica di media entità, di un’ipoacusia neurosensoriale bilaterale con acufene destro, di contratture paravertebrali e cingolo-scapolari e ridotta articolarietà scapolo-omerale e coxo-femorale a sinistra, nonché di riferite cefalee, algie e parestesie facciali, parestesie e disestesie in territorio ulnare sinistro e femorale omolaterale da possibile danno neuropatico periferico non indagabile con ENG per rifiuto del paziente (doc. XIII 1). Invitato dall’amministrazione a prendere posizione sulla documentazione prodotta nel frattempo, il medico _____ ha sottolineato l’assenza di “... elementi che comprovino un peggioramento ulteriore o che impongano una rivalutazione visto l’esito dei numerosi accertamenti effettuati e soprattutto la sostanziale stabilità del quadro clinico.” (doc. XV 1). 2.8. Alla luce della documentazione riassunta al precedente considerando, questo Tribunale considera accertato con il grado della verosimiglianza preponderante che RI 1 soffre di postumi infortunistici residuali alla spalla sinistra, di turbe psichiche (relativamente alle quali è stata ammessa la natura infortunistica), di disturbi per i quali è chiara l’assenza di una relazione di causalità naturale con l’infortunio assicurato (l’ipoacusia e i disturbi alla regione del nervo ulnare del braccio sinistro, data la loro preesistenza all’evento – cfr., in questo senso, i doc. 138 e 217 nonché, trattandosi dell’arto superiore sinistro, il rapporto 22 luglio 2009 del dott. _____, doc. 83, p. 56: “Uno studio EMG dell’arto sup. sin. eseguito in data 29/06/2009, indicato per la recente comparsa di algie con ipostenia e acro-parestesie ingravescenti allo stesso livello, ha evidenziato lieve sofferenza del n. ulnare al gomito (s.

del tunnel cubitale?).” – il corsivo è del redattore), rispettivamente per i quali, nonostante i numerosi accertamenti compiuti, non è stata sufficientemente dimostrata la correlazione con un danno alla salute oggettivamente (le cefalee, le difficoltà cognitive, i disturbi all’arto inferiore sinistro, i disturbi visivi e l’acufene a destra). In proposito, va in particolare segnalato che gli esami TAC e di RMN cerebrale, come pure di RMN cervicale, non hanno evidenziato alcun reperto patologico. In queste condizioni, il TCA può esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va 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). In merito alla sintomatologia per la quale non è stato trovato un sufficiente substrato organico, va ricordato che sono da considerare come oggettivamente gli esiti d’accertamenti (medici) suscettibili di conferma in caso di ripetizione dell’esame, allorché sono indipendenti dalla persona dell’esaminatore e dalle indicazioni fornite dal paziente. Per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivamente dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (DTF 138 V 248 consid. 5.1; STF 8C_591/2018 del 29 gennaio 2020 consid. 2 e riferimenti). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi , dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale , non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L’Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2; in materia di cefalee, si veda pure la DTF 140 V 290). In una sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.3, il TF ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l’esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. Per quanto concerne il tinnito , nella DTF 138 V 248, il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a un’affezione organica oggettivamente, il nesso di causalità adeguata con l’infortunio non può essere ammesso senza aver fatto l’oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico. Sempre in quella pronuncia, l’Alta Corte ha precisato che non esiste una base scientifica sicura per considerare il tinnito un disturbo organico, né per attribuirlo imperativamente a una causa organica. Neppure la sua gravità consente di concludere a una conseguenza infortunistica di natura organica. Riportando l’opinione del Prof. B. Kellerhals, il TF ha osservato che sulla questione di sapere come è causato un tinnito, esistono principalmente delle ipotesi . Pertanto, secondo la Corte federale, l’affermazione secondo la quale un danno all’orecchio interno può essere ritenuto la vera causa del tinnitus , non trova sufficiente conferma nella succitata pubblicazione, così come

non la trova la conclusione secondo la quale il tinnito è un disturbo organico (cfr. DTF 138 V 248 consid. 5.8.1). 2.9. Trattandosi della problematica psichica e dei disturbi privi di sufficiente substrato organico oggettivabile, la relativa responsabilità dell'assicuratore LAINF dipende (anche) dal risultato di un esame specifico dell'adeguatezza (cfr. supra, consid. 2.5. e 2.6.). Ora, nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, in relazione all'evento del 5 settembre 2014, bisogna anzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente. Per quanto riguarda la dinamica, dal verbale di audizione dell'11 febbraio 2015 - sottoscritto dal ricorrente in segno di accettazione - risulta la descrizione seguente: " (...) L'infortunio è successo il 5.9.14 verso le ore 10.30 a _____ . Ero salito sopra un'impalcatura per posare una modina su una vecchia casa in disuso dove bisognava poi procedere alla demolizione con relativa ricostruzione di uno stabile nuovo. Avevo con me una modina leggera di alluminio che dovevo fissare al ponteggio. Mentre stavo armeggiando la modina, la stessa era finita nei pressi di un lampione che sporgeva dalla casa. Non sono in grado di spiegare il motivo, ma nel momento che la modina aveva toccato il supporto del lampione, avevo iniziato a sentire una forte scossa elettrica. A fatica ero riuscito a staccare le mani dalla modina. Non sono in grado di dire per quanto tempo sono rimasto attaccato alla corrente, ma sicuramente per diversi secondi. Ero poi caduto sull'impalcatura all'indietro e per un attimo vedevo tutto nero. Non sono in grado di dire per quanto tempo avevo visto tutto buio e non sono neppure in grado di dire se e come avevo picchiato la schiena sul ponteggio. Mi ero sentito male, per questo motivo per un attimo ero rimasto sdraiato sul ponteggio. (...)." (doc. 59, p. 2) Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, né le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questa Corte, il sinistro occorso al ricorrente deve essere classificato, tra gli infortuni di grado medio in senso stretto. Del resto, in una sentenza 8C_442/2014 dell'11 novembre 2014 consid. 2.1.2, riguardante un assicurato che aveva riportato un'elettrocuzione alla regione del gomito sinistro con bruciature di I. grado, dopo aver toccato un cavo esposto, il Tribunale federale ha proceduto alla medesima classificazione (in questo stesso senso, si veda pure la STF 8C_362/2011 del 30 giugno 2011 consid. 3.2, concernente un assicurato, vittima di un'elettrocuzione nello smontare un forno, che era stato scaraventato all'indietro e aveva visto nero davanti agli occhi. Egli aveva perso brevemente conoscenza ed era finalmente caduto a terra. Non aveva presentato segni d'ingresso o di uscita della corrente elettrica). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.5. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12

maggio 2011 consid. 4.4.4: “Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6.)”). Il sinistro qui in discussione, secondo il TCA, non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell’infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Del resto, la realizzazione del criterio in questione è stata negata, ad esempio, in una sentenza 8C_89/2012 del 10 maggio 2012 consid. 6.2.2, riguardante una fattispecie in cui un assicurato aveva subito un’elettrocuzione nel revisionare un elettrofiltro, lamentando ustioni di 3. grado all’alluce del piede destro (punto d’ingresso della scarica elettrica) e al mignolo del piede sinistro (punto di uscita). In quella pronuncia, il TF ha ricordato di aver ammesso una particolare spettacolarità nel caso di un autista di camion il cui mezzo, entrato in contatto con la linea aerea di alimentazione delle FFS, si era trovato sotto tensione elettrica. L’assicurato non aveva di per sé subito alcuna elettrocuzione, siccome il camion aveva funto, secondo le regole della fisica, da “gabbia di Faraday”. Il mezzo era stato notevolmente danneggiato a causa dell’onda d’urto e i vetri dell’immobile delle FFS erano esplosi. Nel caso di specie, non è certamente ravvisabile una simile spettacolarità. D’altro canto, l’Alta Corte federale ha riconosciuto in più occasioni che infortuni con l’elettricità sono atti, secondo l’esperienza, a causare disturbi psichici, ragione per la quale in tali casi va considerato adempiuto il criterio della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate (cfr. STF 8C_89/2012 succitata consid. 6.2.3), così come ha pertinentemente stabilito l’assicuratore resistente (doc. 407, p. 10). Inoltre, nessun elemento all’inserito permette di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell’infortunio. Ora, in ossequio ai principi giurisprudenziali precedentemente citati, tenuto conto che la componente psichica non può essere presa in considerazione nella valutazione dell’adeguatezza secondo la DTF 115 V 133, che le cefalee, le difficoltà cognitive, i disturbi all’arto inferiore sinistro, i disturbi visivi e l’acufene a destra sono risultati privi di sufficiente substrato organico oggettivabile (cfr. supra, consid. 2.8.) e che i disturbi uditivi e quelli alla regione del nervo ulnare del braccio sinistro sono stati giudicati certamente estranei all’infortunio assicurato (cfr. supra, consid. 2.8.), considerato che i postumi infortunistici alla spalla sinistra (rottura distale del tendine del bicipite brachiale e rottura parziale del sovraspinato) hanno presentato un decorso tutto sommato favorevole (se è vero che, già nel marzo 2016, il chirurgo ortopedico dott. _____ aveva definito la problematica ortopedica come ormai “decisamente marginale”) nella concreta evenienza, non possono essere ritenuti soddisfatti i criteri della durata eccezionalmente lunga della cura medica, dei disturbi somatici persistenti, del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, nonché del grado e la durata dell’incapacità lavorativa. Alla luce di quanto precede - essendo soddisfatto soltanto uno dei criteri di rilievo (peraltro non con una particolare intensità) -, si deve concludere che le turbe psichiche denunciate da RI 1 (e, con esse, tutti quei disturbi risultati privi di sufficiente substrato organico oggettivabile), non costituiscono una conseguenza

adeguata dell'evento infortunistico che lo ha visto vittima il 5 settembre 2014. Stante ciò, il diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI) deve dunque essere valutato tenuto conto esclusivamente della situazione a livello della spalla sinistra.

2.10. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.10.1. 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 TF, 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 precedenti 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 LPGGA. 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.

2.10.2. 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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 LPGGA). 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 TF 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 (STF 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; STF 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. STF 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 . 2.10.3. L'art. 28 cpv. 3 OAINF prevede che se la capacità lavorativa dell'assicurato era già ridotta in modo durevole prima dell'infortunio a causa di un danno alla salute non assicurato, per calcolare il grado d'invalidità si deve paragonare il salario che l'assicurato potrebbe realizzare tenuto conto dell'incapacità lavorativa ridotta preesistente con il reddito che potrebbe conseguire

malgrado le conseguenze dell'infortunio e la menomazione preesistente. Nel quadro di questa disposizione, il reddito conseguito prima del nuovo infortunio a fronte di una ridotta capacità lavorativa costituisce certo un reddito da invalido, tuttavia nei confronti del nuovo infortunio corrisponde al reddito da valido, mentre il reddito realizzato dopo questo infortunio rappresenta il reddito da invalido. Il reddito da valido ai sensi dell'art. 28 cpv. 3 OAINF costituisce dunque per definizione un reddito ridotto per motivi di salute (cfr. STF 8C_876/2015 del 29 gennaio 2016 consid. 5.2.3 e riferimenti ivi menzionati). 2.10.4. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha negato il diritto a una rendita d'invalidità in applicazione dell'art. 28 cpv. 3 OAINF. Accertato che, già prima dell'infortunio del settembre 2014, la capacità lavorativa dell'insorgente era ridotta a causa di patologie morbose, tanto che l'assicurazione per l'invalidità lo ha dichiarato invalido in misura del 40% dal 1° ottobre 2009, l'CO 1 ha sostenuto che i postumi infortunistici (in sostanza quelli interessanti la spalla sinistra) non hanno pregiudicato ulteriormente questa sua (già) residua capacità lavorativa (doc. 407, p. 9). A proposito della situazione antecedente al noto infortunio, nell'incarto AI figura segnatamente la valutazione 23 luglio 2009 del dott. _____ (inc. AI, p. 142 ss.), fondata essenzialmente sulla perizia 2 marzo 2009 del dott. _____, spec. FMH in medicina interna e su quella psichiatrica del 25 giugno 2009 del Centro _____, dalla quale risulta che RI 1 presentava una sindrome lombo-spondilogenica cronica con sciatalgia S1 a sinistra, una discopatia L4-L5, una disfunzione sacroiliaca a sinistra, come pure un episodio depressivo lieve. Secondo il medico SMR, l'assicurato non era più abile a svolgere la sua precedente professione di gruista, mentre in attività sostitutive adeguate la sua capacità lavorativa residua raggiungeva il 75% dall'aprile 2009. Egli è stato ritenuto in grado di effettuare lavori dove poter cambiare frequentemente posizione da seduto a in piedi, evitando di restare in piedi, rispettivamente seduto per più di un'ora di fila, di assumere posizioni in flessione del tronco o in estensione della colonna lombare e di sollevare/trasportare pesi superiori a 10 kg, anche occasionalmente e per brevi tragitti. Il dott. _____ ha infine precisato che la riduzione della capacità lavorativa del 25% (corrispondenti a due ore/giorno) era imputabile alla problematica psichica. Nel settembre 2014 è accaduto l'infortunio in discussione. In data 17 ottobre 2017 si è tenuta la visita medica di chiusura, a margine della quale il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha così valutato l'esigibilità lavorativa: "(...) Al momento attuale pertanto, l'assicurato appare idoneo al 100% ed a tempo pieno secondo la seguente esigibilità lavorativa fatta salva l'evoluzione psichiatrica. Esigibilità del lavoro L'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino all'altezza dei fianchi e pesi leggeri fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi medi, mai pesi pesanti e molto pesanti. Di rado può sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg, mai può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori a 5 kg, nessuna limitazione per il lavoro leggero e di precisione o medio, mai può effettuare lavoro pesante e manuale rozzo molto pesante con attrezzi, la rotazione della mano invece è possibile senza nessuna limitazione. Di rado può effettuare lavori sopra la testa, nessuna limitazione per la rotazione del tronco, la posizione seduta e inclinata in avanti, in piedi e inclinata in avanti, molto spesso può tenere la posizione inginocchiata o che comporti flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta e in piedi e di libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino oltre 50 m, per camminare per lunghi tratti, spesso può camminare su terreno accidentato, nessuna limitazione per salire le scale, talvolta può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile senza nessuna limitazione, lo stare in equilibrio è impossibile." (doc. 320, p. 9) Nel quadro della perizia eseguita nel

gennaio/febbraio 2018 per conto dell'UAI, la psichiatra dott.ssa _____, a fronte della diagnosi di sindrome post traumatica da stress, in via di remissione, ha dichiarato il ricorrente abile all'80% sia nell'ultima attività svolta sia in attività sostitutive adeguate, precisando in proposito che "l'inabilità lavorativa parziale è data dalle difficoltà di memoria e di concentrazione, nonché dal timore dell'elettricità. Si ritiene adatto ad un lavoro che non implichi l'utilizzo di oggetti elettrici, che non richieda particolari sforzi di memoria né di concentrazione sostenuti nel tempo. Appare adatto a lavorare con colleghi o in gruppo, è in grado di adattarsi senza particolari difficoltà all'interazione interpersonale. Si ritiene indicato un tipo di lavoro routinario, in ambiente tranquillo senza eccessive stimolazioni visive o uditive. Sarebbero da evitare eccessivi carichi di responsabilità o situazioni altamente stressanti o costantemente sotto pressione, con scadenze ristrette. Circa il carico emotivo, appare in grado di fronteggiare le difficoltà degli altri, a patto che non siano gravi." (inc. AI, p. 407). Nel rapporto finale del 13 marzo 2018, il medico SMR ha ritenuto – diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa – degli esiti di elettropulsione del 5 settembre 2014, uno stato dopo lesione parziale articolare del sovraspinato della spalla sinistra con borsite acromiale, uno stato dopo lesione completa del tendine distale del capo lungo del bicipite con esiti successivi alla plastica con trapianto semimembranoso, una lombosciatalgia cronica e una sindrome post-traumatica da stress, in via di remissione. Gli altri disturbi - tinnito a destra, cefalee, vertigini, ecc. -, sono stati considerati non avere incidenza sulla capacità lavorativa. Secondo il dott. _____, RI 1 presenta un'incapacità lavorativa del 25% in attività adeguate a far tempo dal 13 febbraio 2018 (data della perizia psichiatrica), incapacità determinata dalla patologia psichica (inc. AI, p. 416 ss.). Con apprezzamento del 9 aprile 2018, il dott. _____ ha nuovamente definito l'esigibilità lavorativa, tenendo conto "sia delle affezioni che hanno dato diritto alla rendita AI sia dei postumi infortunistici alla spalla sinistra", e ciò in applicazione dell'art. 28 cpv. 3 OAINF: " (...) L'assicurato non ha nessuna limitazione per sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta può sollevare pesi leggeri compresi tra i 5 e i 10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare pesi medi superiori ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi, pesanti da 25-45 kg fino all'altezza dei fianchi, molto pesanti superiori ai 45 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg, mai può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg. Nessuna limitazione per il lavoro leggero o di precisione o medio, mai può effettuare lavoro manuale rozzo pesante o molto pesante, nessuna limitazione per la rotazione della mano. Di rado può effettuare lavori sopra la testa, molto spesso può effettuare lavori che comportino la rotazione del tronco e mai può tenere la posizione seduta e inclinata in avanti, mai può tenere una posizione in piedi e inclinata in avanti, spesso può mantenere una posizione inginocchiata, spesso può effettuare una posizione che comporti la flessione delle ginocchia. Talvolta può mantenere una posizione di lunga durata seduta o in piedi, molto spesso può tenere la posizione a libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino 50 metri, talvolta può camminare per tratti superiori ai 50 metri, mai può camminare per lunghi tratti, mai può camminare su terreno accidentato, talvolta può salire le scale, mai può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile mentre è impossibile lo stare in equilibrio." (doc. 337, p. 8) 2.10.5. Chiamato a pronunciarsi in merito all'applicabilità al caso di specie dell'art. 28 cpv. 3 OAINF, questo Tribunale ritiene che, alla luce della documentazione riassunta in precedenza, occorra ammettere che già prima dell'infortunio del settembre 2014, la capacità lavorativa di RI 1 era ridotta in maniera durevole a causa di rilevanti affezioni morbose. In questo senso, si veda in particolare la valutazione SMR del 23 luglio 2009, dalla quale si

evinces che, dal mese di aprile 2009, l'insorgente risultava definitivamente inabile nella sua precedente professione di gruista e in misura del 25% in attività alternative adeguate, come pure la decisione AI del 24 novembre 2010 - non contestata dall'assicurato - con la quale gli è stato riconosciuto un quarto di rendita a far tempo dal 1° ottobre 2009, a fronte di un grado d'invalidità del 40% (inc. AI, p. 220 ss.). Sulla scorta di quanto precede e in ossequio al disposto di cui all'art. 28 cpv. 3 OAINF, si deve ora esaminare se, tenuto conto della globalità del danno alla salute (affezioni preesistenti + postumi naturali e adeguati dell'infortunio del settembre 2014 – cfr. STF 8C_441/2013 del 3 marzo 2014 consid. 6.2: “Vielmehr ist es gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV für die Bestimmung des Invalideneinkommens erforderlich zu wissen, was der Versicherte trotz der natürlich und adäquat kausalen Unfallfolgen und der vorbestehenden Beeinträchtigung erzielen könnte.” – il corsivo è del redattore), il ricorrente può essere ancora ritenuto in grado di svolgere un'attività alternativa adeguata nella misura del 75%. Tutto ben considerato, secondo il TCA, la risposta a questo quesito non può che essere positiva. In effetti, ritenuto che a titolo di postumi infortunistici vanno presi in considerazione unicamente i disturbi residuali a livello della spalla sinistra (cfr. supra, consid. 2.9. in fine; circa l'importanza di questi postumi, si veda il referto 24 gennaio 2017 del dott. _____ – doc. 268: “...; dimostra una buona mobilità, una forza dal lato mio oggettivamente buona-discreta, non vi è instabilità, non vi sono segni di sofferenza della cuffia ed anche la mobilità passiva risulta completa e libera.”) e che non risulta che il danno alla salute (morboso) interessante il rachide lombo-sacrale e quello di natura psichica si siano nel frattempo aggravati, non vi è motivo di dubitare che l'insorgente sarebbe in grado di svolgere un'attività lavorativa adeguata nella medesima misura che vigeva prima dell'infortunio del settembre 2014 (75%), è lecito escludere a priori che egli subisca una perdita di guadagno a dipendenza di questo evento. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'CO 1 ha negato all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità a decorrere dal 1° gennaio 2018, deve essere confermata.

2.11. Entità della menomazione dell'integrità? 2.11.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.11.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.11.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una

percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.11.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.11.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____, ha assegnato al ricorrente un'IMI del 15% (doc. 346). In effetti, con apprezzamento del 9 aprile 2018, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia, ha valutato nei seguenti termini l'entità della menomazione dell'integrità: " (...). 1. Reperti Esiti di elettrocuzione con riferita nevralgia residua del nervo ulnare sinistro e nervo genito-femorale sinistro, del nervo ilio-ipogastrico sinistro, lesione parziale articolare del sovraspinato della spalla sinistra e lesione completa del tendine distale del capo lungo del bicipite con riduzione di 11 cm e successiva liberazione con plastica e trapianto semi-membranoso, residui riferite vertigini, cefalea parietale e disturbi visivi con riduzione del campo visivo sinistro non ben meglio specificati, residua riferita sindrome post-traumatica da stress in via di remissione e sindrome da disadattamento con importanti manifestazioni somatiche. Articolari residua della spalla attiva 90° in abduzione attiva e in elevazione. Le sintomatologie neurologiche sopra riferite sono state esaminate in dettaglio dal PD dr. med. _____ e ritenute non oggettivabili né derivanti da nesso di causa determinato con probabilità preponderante. 2. Valutazione del danno all'integrità 15%. 3. Motivazione Secondo la tabella Suva 1.2 una spalla mobile fino all'orizzontale viene valutata al 15%, pertanto la valutazione articolare appare più che giustificata. Per quanto riguarda le parestesie riferite dall'assicurato, queste non sono valutabili secondo IMI in quanto non adeguatamente oggettivate." (doc. 336) In proposito, questo Tribunale constata che la tabella 1.2 edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'CO 1 (" Menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori "), prevede in effetti che a una

spalla mobile fino all'orizzontale (90°) corrisponde un'indennità del 15% . D'altro canto, l'avv. RA 1 non può essere seguito nella misura in cui rimprovera al medico _____ di aver modificato la propria valutazione dell'IMI dopo essere stato sollecitato in tal senso dall'amministrazione (cfr. doc. I, p. 6). Al riguardo, il TCA osserva che il dott. _____ si era espresso, una prima volta, sull'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'assicurato, nell'ottobre 2017. In quell'occasione, egli aveva quantificato l'IMI in un 20% tenuto conto, oltre che del danno interessante la spalla sinistra, anche dei disturbi neurologici a livello dell'estremità superiore sinistra e dell'arto inferiore sinistro (cfr. doc. 319). Nel frattempo, l'amministrazione ha interpellato i neurologi dottori _____ e _____, i quali sono pervenuti alla (corretta) conclusione che la sintomatologia (di natura neurologica) denunciata da RI 1 non correlava con un danno organico oggettivabile (cfr. doc. 326, p. 9). In data 9 aprile 2018, il medico fiduciario ha quindi proceduto a una nuova valutazione dell'IMI, considerando il solo danno infortunistico alla spalla sinistra (doc. 336). In esito a quanto precede, l'agire del dott. _____ non presta dunque il fianco a critiche di sorta, posto che disturbi soltanto soggettivi, privi di sufficiente substrato organico (e, in concreto, neppure in nesso causale adeguato con il sinistro assicurato), non danno diritto a un'IMI. Il rappresentante del ricorrente non può infine essere seguito nemmeno laddove fa valere che nella valutazione dell'IMI andrebbe tenuto conto anche dell'artrosi acromion-claveare diagnosticata dalla RMN del 22 novembre 2019 (cfr. doc. I, p. 6). In realtà, l'accertamento in questione ha riguardato la spalla destra (doc. A 3), parte del corpo che non risulta essere stata coinvolta nell'infortunio del settembre 2014. Alla luce di tutto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata merita conferma anche nella misura in cui all'insorgente è stata attribuita un'IMI del 15%. 2.12. Deve ancora essere verificato se al ricorrente può essere concessa l'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 7). 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del

E. 20

settembre 2004). Sulla scorta dei dati che risultano dalla documentazione prodotta in corso di causa (dalla quale emerge, in particolare, che l'assicurato - divorziato e che convive con la figlia _____ nata nel 2001 - non percepisce alcun altro reddito all'infuori delle rendite corrispostegli dall'AI e dal secondo pilastro, per un ammontare di fr. 800/mese circa), RI 1 deve essere considerato indigente, già considerando soltanto l'importo base risultante dalla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, emanata dalla Camera di esecuzione e fallimento del Tribunale d'appello (fr. 1'200 per il debitore che vive da solo) e sebbene il costo della vita in Italia è inferiore a quello che vige nel Cantone Ticino. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPG). Per questi motivi, dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. L'istanza tendente alla

concessione dell'assistenza giudiziaria è accolta . 3. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 4. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente
Cattaneo
Il segretario di Camera Daniele
Gianluca Menghetti

E. 36

cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave.

In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438).

La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.11.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF.

Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato.

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato).

Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato).

La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato).

Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF).

Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero

se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF).

Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati.

Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per

menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.11.4. L'■CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.11.5. Nel caso di specie, l'■assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____, ha assegnato al ricorrente un'■IMI del 15% (doc. 346).

Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c).

Per questi motivi,

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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