

TI_GERICHTE 35.2021.1 vom 5. Juli 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-07-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.1

FR: TI_GERICHTE 35.2021.1 du 5 juillet 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2021.1 del 5 luglio 2021

Erwägungen

E. 3

gennaio 2000).

L'esigibilità indicata dal medico fiduciario risulta inoltre pure plausibile alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2020.1 del 21 dicembre 2020, consid. 2.4.3, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.3.3, STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.4.3, STCA 35.2018.38 del 10 ottobre 2018, consid. 2.5, STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.3.5). Sempre in merito ai precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori, giova qui ricordare la STCA 35.2017.37 del 23 novembre 2017 (che è stata confermata dall'Alta Corte con STF 8C_32/2018 del 7 gennaio 2019), in particolare il consid. 2.6 nel quale il TCA ha rilevato quanto segue:

In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico fiduciario, che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, è specialista della materia che qui ci occupa e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa.

Alla luce di quanto appena 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, in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal medico di _____, dr. De Belardini) presenta una capacità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%).

Le censure ricorsuali volte a contestare l'esigibilità in attività adeguate dell'assicurato vanno dunque respinte.

Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravi fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr.,

tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3).

Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti).

Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee.

In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare tempo pieno (presenza e rendimento al 100%), tenuto conto dei suoi limiti funzionali.

Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ricorda che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6.

Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del

permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete.

Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, un'attività leggera dal profilo dell'impegno fisico da svolgere a livello del piano orizzontale (cfr. supra, consid. 2.4.6.).

Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure 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), questa Corte ritiene che, non operando alcuna deduzione sociale, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento.

Tale soluzione appare tanto più imprescindibile, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020).

Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale.

Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni.

Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

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

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

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48

p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato).

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

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

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

Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. 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).

2.5.4. 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. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

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

2.5.5. Nella concreta evenienza, basandosi sulla valutazione del dr. _____ esposta nel referto del 10 luglio 2020 concernente la visita medica di chiusura del 23 giugno 2020 (cfr. doc. 194), l■CO 1, con la decisione del 7 agosto 2020 (doc. 199), poi confermata con la decisione su opposizione del 23 novembre 2020 qui impugnata (doc. B), ha rifiutato di riconoscere all■assicurato il diritto ad un■IMI.

Il precedente legale dell■assicurato, già nell■opposizione del 10 settembre 2020 (cfr. doc. 204), ha contestato la scelta dell■amministrazione, ritenendo che l■interessato abbia, invece, diritto ad un■IMI del 10%, così come del resto già riconosciuto (e versato) dall■CO 1 con la decisione del 14 aprile 2020 (cfr. doc. 162), poi annullata a seguito delle obiezioni sollevate dall■assicurato nel corso della procedura di opposizione del maggio 2020 (cfr. doc. 177).

Con nuova presa di posizione del 9 novembre 2020 (cfr. doc. 211), il dr. _____ ha confermato la correttezza della propria precedente valutazione, con la quale ha considerato che l■oggettiva articolarietà da egli constatata in occasione della visita di chiusura del 23

giugno 2020 (e condivisa pure dagli altri specialisti che si sono occupati del caso) non è (più) tale da consentire l'attribuzione di un'IMI (diversamente da quanto, invece, avvenuto al momento della visita del 21 gennaio 2020, allorquando l'interessato presentava limiti di abduzione, elevazione e rotazione all'arto superiore sinistro maggiori giustificanti a quel momento l'assegnazione di un'IMI poi migliorati a seguito delle misure fisioterapeutiche messe in atto, conformemente al parere del dr. _____, cfr. doc. 107).

In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40 s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dal dr. _____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici di senso contrario in grado di rimetterla in discussione.

Tale non può certo essere considerato il referto del dr. _____, visto che, come peraltro ben spiegato dal dr. _____, la nozione di IMI del diritto svizzero è ben diverso dal concetto di danno biologico previsto nell'ordinamento italiano, il quale, secondo la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione italiana, rappresenta l'incidenza negativa che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato.

Del resto, lo stesso dr. _____ non ha mai preteso che il danno permanente presentato dall'interessato trovi un analogo riscontro nelle tabelle in uso nella legislazione svizzera.

Questo Tribunale rileva che, al pari del dr. _____, anche il medico fiduciario dell'Istituto assicuratore ha riscontrato delle alterazioni della funzionalità dell'arto superiore sinistro dell'interessato a seguito del danno alla salute derivante dall'infortunio del quale egli è rimasto.

Le stesse, tuttavia, pur imponendo limiti nell'ambito della valutazione dell'esigibilità, non raggiungono una portata tale da risultare indennizzabili a norma di quanto stabilito nella legislazione svizzera.

In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata rifiutata un'IMI.

2.6. Restituzione dell'IMI già versata con la decisione del 14 aprile 2020, annullata in data 2 giugno 2020 a seguito dell'opposizione dell'assicurato, e trattenuta a titolo di acconto?

Quanto alla domanda di condono dell'importo da restituire formulata dal precedente legale dell'assicurato in sede ricorsuale, facendo riferimento alla buona fede e alle gravi difficoltà economiche in cui versa l'assicurato (cfr. doc. I), va ricordato che per costante giurisprudenza federale è possibile pronunciare una decisione di condono solo al momento

della crescita in giudicato formale della decisione di restituzione, ritenuto che unicamente in quel caso tale obbligo è stabilito definitivamente (cfr. STF 9C_211/2009 del 26 febbraio 2010; STF 8C_130/2008 dell'11 luglio 2008; STF 8C_617/2009 del 5 novembre 2009; STCA 38.2011.45 del 23 novembre 2011; STCA 38.2011.91 del 1° febbraio 2012, STCA 30.2016.9 del 27 aprile 2016).

Spetterà quindi all'CO 1, una volta cresciuta in giudicato la presente sentenza, esprimersi sulla domanda di condono, come peraltro espressamente indicato dall'amministrazione stessa nella risposta di causa (cfr. doc. III).

2.7. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il ricorso deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione impugnata confermata.

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). In una sentenza 8C_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quello dell'atteso aumento o ripristino della capacità lavorativa, non rappresenta un criterio di valutazione esclusivo. La prosecuzione della cura medica - in quella fattispecie, si era trattato di un intervento chirurgico volto a eliminare il dito "a scatto" - può ancora comportare un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, anche se la persona assicurata ha già ripreso in misura completa la sua precedente attività professionale (per un caso recente di applicazione di questa giurisprudenza, si veda la STF 8C_620/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 2.4). È utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. RAMI 2005 U 557 pag. 388; STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6.; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017, consid. 2.3.3; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.2.2; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.2.2; STCA 35.2020.1 del 21 dicembre 2020, consid. 2.3.1.). 2.3.2. Nella concreta evenienza, l'insorgente ha contestato innanzitutto che, dal punto di vista medico, le sue condizioni di salute infortunistiche siano da ritenere stabilizzate a partire dal momento in cui è stato posto fine alle prestazioni di corta durata (1° agosto 2020) (cfr. doc. I). Nella decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore infortuni ha specificato che lo stato di salute è stato reputato stabilizzato a partire dal 31 luglio 2020, conformemente a quanto valutato dal medico fiduciario, dr. _____, spec. in chirurgia. Quest'ultimo, nel referto del 10 luglio 2020 concernente la visita medico-_____ di chiusura del 23 giugno 2020, si è così espresso sul tema della stabilizzazione: " Proposte diagnostiche e terapeutiche Al momento attuale l'assicurato ha decisamente migliorato l'articolari, inoltre ha effettuato una RM che non denota alcun tipo di rottura tendinea, ma a livello del foot print una leggera infrazione edematosa e null'altro. Tale alterazione è molto comune dopo l'intervento di riposizionamento e sutura del sovraspinato. Soprattutto non vi è praticamente più traccia della capsulite adesiva o di altre lesioni tali da giustificare il dolore pressoché continuo riferito dall'assicurato. Il netto miglioramento dal punto di vista articolare è dovuto fondamentalmente alla fisioterapia, peraltro confermata dal medico di _____ su proposta del dr. _____ durante la valutazione EFL. Può essere utile continuare la fisioterapia fino a luglio, a scopo cautelativo, dopodiché in assenza di lesioni strumentalmente dimostrate, che possano spiegare il dolore riferito dall'assicurato, il caso può considerarsi stabilizzato." (Doc. 194) Il precedente patrocinatore dell'assicurato ha

contestato le conclusioni del dr. _____, ritenendo che lo stato di salute non possa essere ritenuto stabilizzato, visto che nel rapporto EFL della Clinica _____ del 12 dicembre 2019 era stato indicato che occorressero ancora 4-6 mesi di fisioterapia. Chiamato ad esprimersi in merito, con apprezzamento del 19 ottobre 2020 il dr. _____ ha osservato: " (...) Circa il rapporto EFL della Clinica _____ del 12.12.2019 si diceva che ci volevano ancora 4-6 mesi con una fisioterapia per far scomparire la capsulite e si dice anche che dopo 6 mesi sicuramente vi sarebbe stata una rivalutazione della capacità lavorativa. Tutto questo è stato compiuto diligentemente dal medico di _____ prima di tutto perché ha continuato la fisioterapia e secondo perché la rivalutazione è stata a luglio ben più in là dei sei mesi iniziali. (...) ." (Doc. 207) Nella decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha quindi confermato il raggiungimento di uno stato di salute stabilizzato, osservando: " (...) Nemmeno i medici interpellati dall'assicurato pretendono che vi siano ancora delle cure atte a portare ad un miglioramento della situazione e questo anche alla luce della sentenza del TF 8C_614/20 del 29.1.2020. La CO 1 ha eseguito quanto consigliato dal dott. _____ e ripristinato le prestazioni di breve durata nei termini evocati da tale specialista. La fisioterapia, come illustrato dal medico di _____, ha dato i suoi frutti. A giusta ragione la CO 1 ha sospeso il versamento dell'indennità giornaliera con l'1.8.2020 e esaminato il diritto alla rendita d'invalidità procedendo al raffronto dei redditi su basi teoriche." (Doc. 212) 2.3.3. In sede ricorsuale, l'assicurato ha ancora una volta contestato la sospensione delle prestazioni di corta durata stabilita dall'amministrazione, per il motivo che egli continua ad essere totalmente inabile al lavoro nella sua professione (doc. I). Al riguardo, nella risposta di causa l'CO 1 ha osservato: " (...) 4. Dagli atti non risulta alcun elemento che permetta di ammettere – anche alla luce della sentenza del TF 8C_164/20 del 29.1.2020 – che vi siano dopo il 31.7.2020 delle cure atte a migliorare sensibilmente la situazione. Il fatto che la capacità lavorativa nell'attività svolta al momento dell'infortunio non sia stata ripristinata non soccorre l'assicurato in quanto nessuno pretende che delle ulteriori cure permetterebbero all'assicurato di riprendere a lavorare quale gessatore. Ciò viene anche confermato dal dott. _____ interpellato personalmente dall'assicurato come osservato dal patrocinatore con il ricorso." (Doc. III) Ora, alla luce degli elementi convergenti che emergono dalla documentazione medica all'incarto, questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 31 luglio 2020, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. A quel momento, infatti, l'assicurato era definitivamente inabile all'esercizio della sua abituale professione di "gessatore", mentre presentava una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (aspetto quest'ultimo che verrà meglio definito nei considerandi che seguono). La circostanza che l'insorgente denunciava ancora disturbi alla spalla, rispettivamente necessitasse di misure conservative volte a evitare un loro aggravamento, è irrilevante. Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che, diversamente da quanto considerato nella valutazione della capacità funzionale del 12 dicembre 2019 dal dr. _____ - nella quale era stato ritenuto necessario un periodo di ulteriori 4-6 mesi di fisioterapia per un recupero della mobilità articolare e rinforzo mirato della muscolatura gleno-omeroale e scapolo-toracale sinistra (cfr. doc. 107), circostanza che aveva portato l'amministrazione ad annullare la precedente decisione di sospensione delle prestazioni di corta durata stabilita a partire dal 31 marzo 2020 (cfr. doc. 177) - secondo il parere unanime dello specialista curante, di quello privatamente consultato dall'assicurato e di quello di _____ dell'CO 1, a quel momento lo stato della spalla non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad

ulteriori terapie. In conclusione il TCA non ritiene dunque dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), che al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, vi fossero ancora delle misure terapeutiche suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. La decisione su opposizione impugnata, nella misura in cui sancisce che al 1° agosto 2020 lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, va dunque confermata. 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 ad 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 TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., 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 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.

2.4.2. 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, 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. 2.4.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STCA 35.2018.42 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.2.4.). 2.4.4. Nella concreta evenienza, esprimendosi in merito all'esigibilità lavorativa, al termine della visita medica _____

di chiusura del 23 giugno 2020, il dr. _____, specialista FMH in chirurgia, dopo aver posto le diagnosi di “stato dopo infortunio con contusione spalla sinistra in data 12.12.2018; stato dopo infiltrazioni endoarticolari e sottoacromiali; stato dopo intervento di sutura tendine sovraspinoso e acromioplastica in data 6.5.2019; stato dopo intensa fisioterapia”, ha rilevato quanto segue: " (...). Reperti oggettivi Elevazione 160°, abduzione 150°, rotazione interna a L4 con leggera difficoltà, rotazione interna 35°. (...) Aspetti medico-assicurativi Si conferma che l'attività di gessatore non è più esigibile, come risulta sia dal rapporto EFL sia dalla precedente visita _____, è invece esigibile certamente un'attività lavorativa che non comporti il sovraccarico funzionale oltre i 90° e per il resto può svolgere attività pesanti e medio pesanti secondo la seguente nuova esigibilità lavorativa, visto il miglioramento strumentalmente dimostrato e clinicamente dimostrato, sia dal dr. _____, sia dal medico di _____.

Esigibilità del lavoro L'assicurato può alzare pesi leggeri fino a 5 kg senza difficoltà fino all'altezza dei fianchi. Spesso può sollevare pesi leggeri e molto leggeri fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi medi fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi pesanti fino all'altezza dei fianchi, mai pesi molto pesanti fino all'altezza dei fianchi, spesso 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. Spesso può effettuare lavoro leggero e di precisione, spesso può effettuare lavoro medio, di rado può effettuare lavoro manuale rozzo e mai può effettuare lavoro molto pesante. La rotazione della mano è consentita senza limitazioni, talvolta può effettuare lavori sopra la testa. Nessun'altra limitazione funzionale.” (Doc. 194) Il precedente patrocinatore dell'assicurato ha contestato tale esigibilità espressa dal medico _____ dell'Istituto assicuratore, ritenendo che l'assicurato debba, invece, essere considerato totalmente inabile al lavoro con completa perdita di guadagno, tale da dare diritto ad una rendita di invalidità del 100%. Con apprezzamento medico del 19 ottobre 2020 il dr. _____, chiamato a prendere posizione riguardo all'opposizione del legale dell'assicurato, ha confermato la propria precedente valutazione, ribadendo che l'assicurato non è più in grado di riprendere l'usuale attività di gessatore, mentre va considerato pienamente abile al lavoro in attività adatte, indicando che: " Apprezzamento Rispetto alla visita medico-_____ del 23.06.2020 innanzitutto non vengono portati fatti nuovi debitamente documentati tali da potere modificare il parere già dato. In particolare rispondendo ai motivi dell'opposizione dell'avv. _____ punto per punto, al punto nr. 5 si dice che l'assicurato è ancora inabile al 100% alla visita del dr. _____ si denota un'elevazione attiva a 160°, un'extra-rotazione limitata a 35° ed un'intrarotazione limitata al pollice a livello di L4 quindi a parte una contrattura muscolare ed una leggera infiammazione del capo lungo del bicipite su basi cliniche non si hanno altri dati clinico-strumentali tali da giustificare la persistenza dell'inabilità. A tal proposito va detto che all'artro-RMN del 3.3.2020 non si evidenziano lesioni transmurale nuove ma una leggera entesopatia inserzionale del tendine del sovraspinoso nella parte posteriore della struttura e pertanto non vi è nessuna lesione che si è ripetuta o formata ex-novo e soprattutto vi è un'articolazione che è a dir poco ottimale rispetto allo stato anteriore. L'unica cosa che vi è, è che si tratta comunque come dice giustamente il dr. _____ di un tendine che è decisamente assottigliato e pertanto è possibile una nuova lesione se non si formula un'esigibilità lavorativa rispettosa della sua situazione. Tale esigibilità è stata data dal medico di _____ nella visita _____ ed è ampiamente rispettosa della situazione dell'assicurato per cui non si può fare altro che ribadire l'esigibilità del lavoro espressa nell'ultima visita _____ e soprattutto va considerato anche il fatto che non si può considerare una persona invalida al 100% con

un'articolarietà come quella, peraltro collimante, vista dal dr. _____ e dal dr. _____ oltre che dal dr. _____. Tenuto conto anche del fatto che l'assicurato ha due braccia e se anche il braccio sinistro appare dominante sicuramente può svolgere diversi tipi di attività con entrambe le braccia. (...)" (Doc. 207) L'assicurato ha contestato la valutazione del medico _____ dell'assicuratore LAINF, producendo, a comprova della sua pretesa di poter beneficiare di una rendita di invalidità, un referto del 19 ottobre 2020 del dr. _____, spec. in medicina legale e delle assicurazioni, del seguente tenore: " (...) Esame obiettivo attuale in soggetto sinistrorso dominante: all'esame ispettivo del moncone della spalla e del braccio si rileva importante limitazione articolare e precisamente segni cicatriziali dal pregresso intervento chirurgico per via artroscopica. Il volume del moncone della spalla risulta diminuito per possibile sofferenza del deltoide, dei muscoli sopra e sottospinosi. Significativa contrattura del muscolo rotondo, del bicipite omerale, del trapezio e dell'elevatore della scapola. Escursione articolare della scapola omerale limitata globalmente con elevazione attiva del braccio possibile fino a 150° (norm. da 0 a 180°), limitazione della abduzione con perdita della extrarotazione di -30°. Diagnosi Esiti invalidanti con significativa limitazione funzionale articolare, con influenza negativa sulla capacità lavorativa, da lesione post-traumatica della spalla sinistra dominante con rottura tendine sovraspinoso trattato chirurgicamente, con vite di Corkscrew e tenodesi del capolungo del bicipite brachiale. Ipotonotrofia dei muscoli della spalla stessa. Considerazioni medico-legali circa il nesso di causalità fra evento e danno lesivo, dall'esame obiettivo del soggetto, dall'anamnesi dello stato anteriore, ci permette di conoscere i termini reali della modificazione clinica ai fini della valutazione del nesso causale. Nel caso concreto in esame con il criterio cronologico si esclude la preesistenza di danno fisico alla spalla sinistra. Il criterio qualitativo del mezzo lesivo si giustifica con la caduta dal ponte ove intendeva a preparare la gessatura con trauma diretto alla spalla sin. ed il ginocchio dx. Il criterio quantitativo con danno da considerare come risultante dalla energia cinetica (caduta dal ponte) e quella della resistenza organica che da essa si sovrappone. Criterio di continuità fenomenologica consistente fra rapporto dell'antecedente di spalla integra e la lesione post-traumatica. Criterio di esclusione di altre cause che ha dimostrato che l'evento in esame non deriva da altre cause. Lo "status quo sine" non è stato raggiunto in considerazione del danno permanente conseguenza dell'infortunio sul lavoro del 12/12/2018 alla spalla sinistra, sinistrorsa dominante, con importante incidenza funzionale, in un soggetto lavoratore gessista con pregressa integrità della funzionalità degli arti e la limitazione residua è di tipo infortunistico. Circa i pareri che seguono: 3/06/2020 controllo del dr. _____: "elevazione a circa 160°, una extra-rotazione limitata a 35° ed una intrarotazione limitata a pollice a livello di L4, importante contrattura della muscolatura del grande rotondo, dell'elevatore della scapola, del trapezio e del bicipite omerale, con infiammazione del capolungo del bicipite. 7/08/2020 rapporto CO 1: circa l'indennità per menomazione dell'integrità recita la nota: "per quanto concerne l'indennità per menomazione dell'integrità, contrariamente a quanto valutato dal medico di _____ con apprezzamento del 31/01/2020 per la spalla sin, i postumi infortunistici non incidono sull'integrità in misura apprezzabile. Infatti dalla visita medico _____ del 23/06/2020 risulta che vi è stato un miglioramento per quanto concerne l'articolarietà della spalla. Non sono quindi date le premesse per la concessione di un'indennità per menomazione dell'integrità ai sensi dell'art. 24 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni. Ritengo inverosimili le considerazioni medico-legali contrastanti fra il giudizio del 03/06/2020 del dr. _____ con quanto descritto nella

visita del medico _____ (23/06/2020) con parere di miglioramento dell'articolari  della spalla sinistra negando l'indennit  per menomazione dell'integrit  fisica". Ritengo che questa considerazione medico-legale viene ampiamente confortata dal riscontro e conforto della ultima visita ortopedica effettuata dall'infortunato in data 9/9/2020 presso l'Istituto Ortopedico " _____" di _____ "Postumi invalidanti in trauma della spalla sin gi  operata in artroscopia: in atto limitazione articolare in elevazione passiva (-20 ), elevazione attiva (-30 ), abduzione limitata con perdita della extrarotazione (-30 ), perdita di forza. Potrebbe peggiorare il quadro clinico o subire una rottura inserzionale del sovraspinoso." Valutazione della capacit  lavorativa nell'attivit  abituale L'attivit  abituale che si identifica con capacit  lavorativa generica e con possibilit  di espletare una qualsiasi attivit  lavorativa che non richieda particolare specializzazione e preparazione o speciali attitudini si pu  stimare con una menomazione all'integrit  nella misura del 14%.

Valutazione della capacit  lavorativa nell'attivit  adatta Nel caso in esame l'attivit  professionale espletata come gessatore in sinistrorso dominante ritengo non pi  compatibile con l'attivit  professionale stessa esercitata, ma ancora compatibile sebbene con limitazioni, con professioni della stessa categoria che non comportino un sovraccarico articolare della spalla, in quanto manifesta un significativo deficit funzionale della spalla, come descritto nei vari esami obiettivi. Si stima una menomazione della integrit  sulla capacit  lavorativa specifica nella misura del 18%." (Doc. 208/1-5) L'assicurato ha pure trasmesso un referto del dr. _____, specialista in ortopedia e traumatologia dell'Istituto Ortopedico " _____" di _____, del 9 settembre 2020, del seguente tenore: " Paziente affetto da postumi invalidanti di trauma spalla sinistra gi  operata (artroscopia). In atto: limitazione articolare in elevazione passiva (-20 ), elevazione attiva (-30 ), abduzione limitata con perdita della extrarotazione (-30 ). Ipotrofia deltoidea. Perdita di forza. Si sconsigliano sforzi lavorativi come sollevare pesi o movimenti ripetitivi. Potrebbe peggiorare il quadro clinico o subire rirottura inserzionale del sovraspinoso. Si rilascia a richiesta dell'assicurato." (Doc. 208/6-7) Invitato dall'amministrazione a prendere posizione riguardo alla documentazione prodotta dall'interessato, con apprezzamento medico del 9 novembre 2020 il dr. _____ ha osservato: " Apprezzamento Da ribadire con forza tutto quello che   stato scritto nel precedente apprezzamento del 19.10.2020 che   piuttosto dettagliato oltre a quanto rilevato nella visita medico-_____del 23.06.2020 per quanto riguarda l'esame obiettivo, quindi lo stato clinico corrente dell'assicurato. In particolare si fa notare che esiste una perfetta congruenza tra la valutazione articolare ortopedica effettuata dal dr. _____ che   il chirurgo che ha effettuato gli interventi e il medico _____ mentre sono discordanti solo con quella effettuata all'Istituto Ortopedico di _____. Nella visita del medico _____ e in quella del dr. med. _____ l'articolari    definita intorno ai 160  di elevazione e 140  di abduzione. Evidente che vi   quindi una perdita di elevazione la quale per  non contro-implica in s  l'esecuzione di vari tipi di lavori anche in edilizia, ci  che conta   lo stato della riparazione del tendine e soprattutto il suo difetto residuo inteso come consumo dello stesso all'atto dell'infortunio e successivamente. Proprio secondo questa filosofia di esercizio il dr. med. _____ ha stilato nella sua valutazione EFL, dove concorda con l'assenza di nuove rotture della cuffia dei rotatori e rileva infatti un tendine, anzi pi  tendini consumati per cui viene raccomandato un adeguato periodo di fisioterapia e successivamente un reintegro nelle attivit  diverse da quella di gessatore. Tutto quanto questo, a parte il fatto che   ampiamente spiegato nella precedente relazione, ma si ribadisce   stato fatto in maniera molto accurata e rispettosa della situazione del signor RI 1. Lo stesso dr. med. _____, gi  nella sua

visita del 19.02.2020 riferisce che il paziente è inabile per l'attività lavorativa precedente all'infortunio quale gessatore al 100% ma è abile per attività lavorative che non sfruttino troppo la spalla sinistra come indicato nel rapporto della CO 1. Dopo un periodo di congrua fisioterapia ben oltre i sei mesi previsti dal dr. med. _____, la situazione come tale appariva decisamente stabilizzata e il caso è stato chiuso, valutando attentamente la lesione residua anatomica, la funzionalità dell'arto nel complesso e relativamente all'attività assicurata oltre che a quella sul mercato generale del lavoro. Nella visita con apprezzamento del 19.10.2020 si è nuovamente valutata la articolarietà che è sensibilmente migliorata rispetto ai controlli precedenti e che non raggiungeva più i limiti di legge per la corresponsione del beneficio. Circa l'inverosimile contraddizione tra il referto del dr. med. _____ del 03.06.2020 e la visita del dott. med. _____ non si capisce quale sia se l'articolarietà in elevazione è da entrambi valutata a 160°. Peraltro la valutazione dell'_____ di _____ considera l'elevazione con perdita del 20% alla mobilizzazione passiva e del 30% di quella attiva, quindi quasi identica a quella considerata dagli altri colleghi di controparte. Tra l'altro, la articolarietà normale in elevazione arriva in teoria fino a 180°, ma si calcola un valore teorico in quanto va sempre valutata confrontandola con quella dell'altro arto che nella visita del 31.01.2020 era di 160°. Ciò significa che costituzionalmente il soggetto arrivava di suo in entrambe le braccia prima dell'infortunio a 160°, quindi dopo la FKT e nell'ultima visita medico-_____ e del dr. med. _____ aveva raggiunto la sua articolarietà. Per quanto riguarda l'IMI va detto che secondo le tabelle di legge che sono decisamente diverse da quelle italiane, sia come valore punto sia come criteri di utilizzo: la tabella CO 1 1.2 attribuisce un valore del 15% per l'articolarietà residua che non va oltre l'orizzontale, cioè 90° e un valore del 10% rispetto a un'articolarietà che va fino a 30° oltre il piano orizzontale. Nel caso in esame l'articolarietà è ben al di sopra di questi valori per cui non è attribuibile un'IMI. Non si notano per altro segni di artrosi o di instabilità articolare, né nuove lesioni anatomiche oggettivamente e tabellati dalla CO 1. Pertanto l'attribuzione dell'IMI è stata data su valori e su indicazioni di legge basata su dati oggettivi. Tutto questo è già stato ampiamente spiegato negli apprezzamenti precedenti e dalle relazioni del dr. med. _____, dr. med. _____ e dott. med. _____ e sull'effettivo miglioramento riscontrato. Da notare poi che il collega effettua una valutazione di invalidità legata alla capacità lavorativa generica di 14% e una invalidità legata a una capacità lavorativa specifica pari a 18%. Tale valutazione riguarda il sistema tabellare italiano legato praticamente all'INAIL ed alla responsabilità civile, cosa che è totalmente differente nel sistema svizzero. Vi è nel caso citato dal collega la valutazione di una capacità lavorativa residua con una percentuale di invalidità, cosa che nella normativa svizzera è profondamente diversa. Come ampiamente è assai più esaurientemente spiegato nel precedente apprezzamento bisogna distinguere tra capacità lavorativa ed IMI, perché l'IMI è un valore che si attribuisce conferendo un valore aderente alle tabelle, la capacità lavorativa è invece considerata in maniera autonoma in quanto riguarda una situazione diversa da quella del danno residuo. Si valuta soprattutto dalla capacità lavorativa quello che una persona può fare e non può fare rispetto al lavoro e generalmente si agisce anche in maniera preventiva in quanto se è vero che in questo caso non vi è più alcuna lesione di tipo traumatico oggettivamente dimostrabile, è vero che il tendine è debolmente e decisamente degenerato in alcuni punti e quindi il rischio di nuova rottura fa sì che venga data una esigibilità lavorativa tutelante in tal senso. Se la situazione anatomica articolare è quella che oggettivamente viene constatata l'IMI non può essere attribuita sulla base di congetture ma sul danno attuale non su quello futuro. Se si nota

l'evoluzione nel tempo a partire dalla valutazione del dr. med. _____ e quella dr. med. _____ vi è certamente un aumento dell'articolarietà su cui sono tutti quanti d'accordo e la valutazione ultima del dott. med. _____ non ha fatto altro che considerare l'articolarietà raggiunta. Per quanto riguarda la capacità lavorativa vi è una esigibilità lavorativa estremamente tutelante, già spiegata nei dettagli nelle precedenti relazioni e quindi siamo tutti d'accordo sul fatto che anche l'assicurato non può più svolgere l'attività di gessatore, ma certamente può svolgere tutte le attività al di sotto dell'orizzontale che non mandano in sovraccarico l'articolazione della spalla, visto che, di braccia ne ha due. Quindi egli si può impiegare in tutte quelle attività che siano rispettose dell'esigibilità lavorativa a suo tempo data. Si conclude affermando che non esiste alcun fatto nuovo strumentalmente dimostrato che possa mutare la situazione così come definita nella visita medico-_____ ultima e nel precedente apprezzamento medico-_____ del dott. med. _____. Si ribadisce inoltre la valutazione complessiva sia dell'IMI che della capacità lavorativa a suo tempo fatta e spiegata nei dettagli, in quanto la valutazione del collega _____ appare decisamente superflua e ripetitiva rispetto a quanto già riportato dalla opposizione dell'avvocato _____ e soprattutto da un punto di vista medico, non contiene riferimenti adeguati da un punto di vista giuridico rispetto al sistema svizzero e tantomeno elementi clinici che possano mutare il giudizio già pronunciato durante le EFL, nelle visite medico-_____ e nella visita del dr. _____." (Doc. 211) 2.4.5. In sede ricorsuale, l'assicurato ha ribadito la pretesa di poter essere posto al beneficio di una rendita di invalidità, fondandosi sugli stessi referti medici del dr. _____ e del dr. _____, già trasmessi all'amministrazione nella procedura di opposizione (cfr. doc. I). Con la risposta di causa, l'CO 1 ha confermato che l'assicurato presenta una piena esigibilità lavorativa in una attività adatta, come valutato dal dr. _____ (cfr. doc. III).

2.4.6. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, posta alla base della decisione avversata. Il dr. _____ ha, infatti, in maniera chiara, esaustiva e motivata - e oltretutto a più riprese (cfr. doc. 194, 207, 211) - esposto le ragioni alla base della propria valutazione, la quale, del resto, concorda con quelle poste anche dal dr. _____ (cfr. doc. 107) e dal dr. _____. Come ben messo in evidenza dal medico fiduciario dell'assicuratore, tutti gli specialisti che si sono occupati del caso dell'assicurato sono stati, difatti, d'accordo nel considerare che ormai l'interessato non possa più riprendere la sua usuale professione di gessatore, ma sia invece in grado di svolgere un'attività più leggera, rispettosa delle sue limitazioni funzionali. Già nella valutazione della capacità funzionale del 12 dicembre 2019 il dr. _____, spec. FMH in reumatologia, dopo avere indicato che l'attività di gessatore "non è ancora esigibile, le prestazioni richieste sono troppo alte: soprattutto il lavoro ripetitivo sopra all'altezza delle spalle con un peso in mano" (cfr. doc. 107 pag. 6), aveva rilevato come l'assicurato fosse invece "da subito totalmente abile al lavoro per attività manuali leggere a mediamente pesanti, che evitino lavori ripetitivi sopra l'altezza delle spalle, particolarmente con un peso in mano" (cfr. doc. 107 pag. 7). Anche il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, dal canto suo, nel referto del 19 febbraio 2020, ha posto una totale inabilità lavorativa per quanto concerne la precedente attività lavorativa dell'assicurato in qualità di gessatore, ritenendo per contro l'interessato "abile al 100% nella massima misura possibile per le attività consigliate dalla CO 1" e che "non sfruttino troppo la spalla sinistra" (cfr. doc. 137 e 138). Alla luce di queste concordanti valutazioni specialistiche, il TCA non ha motivo per scostarsi dalle conclusioni del dr. _____, le

quali, del resto, neppure sono state rimesse in dubbio dagli specialisti consultati privatamente dall'interessato. Sia il dr. _____, sia il dr. _____, difatti, hanno sottolineato come appaiano sconsigliate attività pesanti e movimenti ripetitivi, i quali potrebbero comportare una ri-rottura inserzionale del sovraspinoso o un peggioramento del quadro clinico (cfr. doc. 208), senza tuttavia apportare alcun tipo di argomentazione che possa escludere l'esistenza di una piena abilità lavorativa per lo svolgimento di attività leggere e rispettose dell'esigibilità posta dal dr. _____. Ciò appare in piena sintonia con quanto pure apprezzato dal medico fiduciario dell'assicuratore LAINF. Il TCA concorda, inoltre, con il dr. _____, anche nella misura in cui il medico fiduciario ha diffusamente spiegato le ragioni per le quali le valutazioni di un'invalidità del 14% rispettivamente del 18% indicate dal dr. _____ non possono essere prese in considerazione nel caso di specie, in quanto afferiscono al sistema tabellare italiano legato all'INAIL e alla responsabilità civile, ciò che è ben diverso dal concetto di invalidità vigente nel diritto svizzero (cfr. doc. 207 e doc. 211). Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni alle spalle: in sostanza, si tratta dell'impossibilità di sollevare, rispettivamente, trasportare pesi anche solo relativamente importanti nonché d'ingaggiare l'arto superiore interessato in mansioni da eseguire al di sopra dell'orizzontale (cfr., fra le tante, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4.; STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.4.3, STCA 35.2018.38 del 10 ottobre 2018, consid. 2.5, STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.3.5, STCA 35.2017.37 del 23 novembre 2017, consid. 2.6, STCA 35.2017.2 del 2 ottobre 2017, consid. 2.6; STCA 35.1998.63 del 23 novembre 1998 e 35.1998.117 del 29 luglio 1999, confermata dal TFA con pronuncia U 296/99 del 3 gennaio 2000). L'esigibilità indicata dal medico fiduciario risulta inoltre pure plausibile alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2020.1 del 21 dicembre 2020, consid. 2.4.3, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.3.3, STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.4.3, STCA 35.2018.38 del 10 ottobre 2018, consid. 2.5, STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.3.5). Sempre in merito ai precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori, giova qui ricordare la STCA 35.2017.37 del 23 novembre 2017 (che è stata confermata dall'Alta Corte con STF 8C_32/2018 del 7 gennaio 2019), in particolare il consid. 2.6 nel quale il TCA ha rilevato quanto segue: " (...) 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. Ipsensibilità 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 "tassametrice-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 - 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-operaio", che - mentre stava caricando il camion - 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 una sentenza 35.2016.103 del 23 marzo 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "parrucchiere" che, a causa di tre infortuni non professionali, aveva riportato delle limitazioni al gomito sinistro dominante), 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 (e più precisamente: prevalentemente impedito nei movimenti ripetitivi di flessione-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). Infine, in una sentenza 35.2017.10 del 22 giugno 2017, il TCA ha giudicato completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate, un assicurato che presentava uno stato dopo contusione del dorso della mano destra con sviluppo di una malattia di Sudeck che aveva portato a esiti tragici in una situazione paragonabile a un amputato del braccio destro. Va inoltre rilevato che il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 170 p. 899). Il mercato del lavoro accessibile ai lavoratori non qualificati è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (RCC 1989 p. 331 consid. 4a). Tuttavia, nell'industria e nell'artigianato, le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite

delle macchine, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza che possono essere svolte da personale non qualificato o semi qualificato (SVR 2002 UV Nr. 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). In una sentenza 8C_971/2008 del 23 marzo 2009, l'Alta Corte ha ribadito che anche per gli assicurati funzionalmente monchi di un braccio, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio: (...). Questa giurisprudenza è stata ulteriormente confermata con la STF 8C_451/2016 del 17 ottobre 2016 consid. 5.1, pubblicata in SVR 2017 Nr. 20 consid. 5.1, in cui l'Alta Corte ha ribadito che sul mercato equilibrato del lavoro vi sono possibilità d'occupazione sufficientemente realistiche per persone che vanno ritenute funzionalmente monche di un braccio e che inoltre possono ancora eseguire soltanto dei lavori leggeri (cfr., fra le tante, STCA 35.2017.2 del 2 ottobre 2017, consid. 2.6).” In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico fiduciario, che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, è specialista della materia che qui ci occupa e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Alla luce di quanto appena 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, in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal medico di _____, dr. De Belardini) presenta una capacità lavorativa completa (presenza e rendimento 100%). Le censure ricorsuali volte a contestare l'esigibilità in attività adeguate dell'assicurato vanno dunque respinte. Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata

dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare tempo pieno (presenza e rendimento al 100%), tenuto conto dei suoi limiti funzionali. 2.4.7. Si tratta dunque 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, STF 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, STF 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 2020, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° agosto 2020. 2.4.8. Per quanto concerne il reddito da valido, nella decisione su opposizione l'assicuratore infortuni resistente ha calcolato che, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurato, nel 2020, come gessatore al 100%, avrebbe realizzato un guadagno annuo di fr. 61'300 (cfr. doc. B). Tale reddito è stato calcolato dall'amministrazione partendo dal salario base di fr. 27.10 indicato dal datore di lavoro dell'assicurato (cfr. indicazioni fornite dalla ditta _____, doc. 136), moltiplicato per 174 ore e per 13 mensilità (cfr. doc. 161). Il legale dell'assicurato, in sede ricorsuale, ha contestato tale ammontare, rilevando come il reddito da valido debba essere quantificato in fr. 64'531.20, risultante dal "salario orario di CHF 33.61 per 40 ore alla settimana per 48 settimane" (doc. I). Il TCA ritiene di poter lasciare aperta la questione, visto che anche volendo considerare quale reddito da valido quello indicato in sede ricorsuale - ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato - egli non avrebbe comunque diritto ad una rendita di invalidità, come meglio illustrato qui di seguito (cfr. consid. 2.4.9.). 2.4.9. Per quanto concerne il reddito da invalido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, con il danno alla salute infortunistico, l'assicurato, nel 2020, avrebbe potuto realizzare un guadagno annuo lordo di fr. 68'082, calcolato sulla base dei dati statistici risultanti dall'ISS (doc. 160). L'importo di fr. 68'082 è stato desunto dalla tabella TA1 2016, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2020, tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate (cfr. doc. 160). Il legale dell'assicurato ha contestato il reddito da invalido stabilito dall'amministrazione, ritenendo che lo stesso andasse decurtato del 18% per ragioni mediche, come indicato dal dr. _____ (doc. I). Ora, tale questione - di natura medica - è già stata affrontata e chiarita da questo Tribunale in precedenza (cfr. consid. 2.4.6.), confermando la valutazione con la quale il medico di _____ ha stabilito che l'assicurato presenti una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate. Non occorre quindi dilungarsi oltre sull'argomento. Il legale ha, poi, ritenuto che al reddito da invalido statistico andasse applicata una riduzione percentuale almeno del 10% per tenere conto della necessità di dovere cambiare attività, "ripiegando su un'attività leggera da svolgere usando principalmente l'arto non dominante (destra) (cfr. doc. I). In sede di risposta di causa l'Istituto assicuratore ha escluso che nel caso di specie possa essere applicata la riduzione percentuale pretesa dal ricorrente, indicando che "non sussiste alcun

elemento per operare una riduzione sui dati statistici. Come risulta dalla giurisprudenza ricordata nella decisione su opposizione, il fatto che l'assicurato debba cambiare professione e sia in grado di svolgere, per quanto riguarda l'arto superiore sinistro, solo delle attività leggere non giustifica alcuna riduzione" (doc. III). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ricorda che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. La più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure Ares Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti). Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, un'attività leggera dal profilo

dell'impegno fisico da svolgere a livello del piano orizzontale (cfr. supra, consid. 2.4.6.). Secondo questo Tribunale, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione non sarebbe giustificata (in questo senso, si veda, ad esempio, la STF 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.1.4, concernente un assicurato i cui limiti funzionali riguardavano i movimenti ripetitivi del gomito destro e il trasporto di pesi superiori a 7 kg, precisato che quest'ultimo costituiva un valore massimo nel senso che il trasporto di pesi, anche di minore entità, doveva alternarsi a periodi di riposo per il braccio destro, la STF 8C_174/2019 consid. 5.2.2, riguardante un'assicurata in grado di impiegare il suo arto superiore sinistro soltanto in attività leggere e non ripetitive oppure la STCA 35.2019.73 del 22 gennaio 2020 consid. 2.4.6, concernente un assicurato, vittima di un infortunio all'arto superiore dominante, che è stato ritenuto ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa leggera, in cui potesse evitare di sollevare/trasportare pesi superiori ai 5 kg e di svolgere mansioni sopra il livello delle spalle). Da notare che, in base a quanto risulta dagli atti medici, il qui ricorrente non può essere considerato alla stregua di un individuo di fatto in grado di utilizzare un'unica mano/un unico braccio [faktische Einhändigkeit/Einarmigkeit], situazione che, in base alla giurisprudenza, avrebbe giustificato una riduzione sociale (cfr., ad esempio, la STF 8C_383/2020 del 21 settembre 2020 consid. 4.2.2). Il TCA non può, pertanto, procedere ad una riduzione supplementare per tenere conto del fatto che l'interessato non possa più svolgere attività pesanti, come, invece, preteso dal suo legale (cfr., sul tema, STF 8C_765/2019 del 10 giugno 2020, nella quale l'Alta Corte ha considerato non corretta la deduzione percentuale del 10% riconosciuta dal TCA nel caso di un assicurato che presentava delle limitazioni ad entrambe le spalle). Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure 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), questa Corte ritiene che, non operando alcuna deduzione sociale, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Tale soluzione appare tanto più imprescindibile, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020). Il "reddito da invalido" ammonta, quindi, per il 2020, a fr. 68'082 così come opportunamente stabilito dall'amministrazione in applicazione dei dati statistici di cui alle RSS. 2.4.10. Il grado di invalidità del ricorrente risulta, pertanto, nullo, anche volendo tenere conto, quale reddito da valido, del più elevato ammontare indicato in sede ricorsuale, maggiormente favorevole all'assicurato (cfr. consid. 2.4.8.). A ragione, dunque, l'CO 1 non ha riconosciuto il diritto ad una rendita LAINF, non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%. La decisione dell'CO 1 che nega il diritto a una rendita d'invalidità va, di conseguenza, confermata.

2.5. Diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità? 2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con

identica gravità e 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.5.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. 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).

2.5.4. 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. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.5.5. Nella concreta evenienza, basandosi sulla valutazione del dr. _____ esposta nel referto del 10 luglio 2020 concernente la visita medica di chiusura del 23 giugno 2020 (cfr. doc. 194), l'CO 1, con la decisione del 7 agosto 2020 (doc. 199), poi confermata con la decisione su opposizione del 23 novembre 2020 qui impugnata (doc. B), ha rifiutato di riconoscere all'assicurato il diritto ad un'IMI. Il precedente legale dell'assicurato, già nell'opposizione del 10 settembre 2020 (cfr. doc. 204), ha contestato la scelta dell'amministrazione, ritenendo che l'interessato abbia, invece, diritto ad un'IMI del 10%, così come del resto già riconosciuto (e versato) dall'CO 1 con la decisione del 14 aprile 2020 (cfr. doc. 162), poi

annullata a seguito delle obiezioni sollevate dall'assicurato nel corso della procedura di opposizione del maggio 2020 (cfr. doc. 177). Esprimendosi proprio a proposito di tale obiezione, il dr. _____, con apprezzamento medico del 19 ottobre 2020, ha spiegato le ragioni per le quali l'attribuzione di un'IMI del 10% fosse appropriata in ragione delle limitazioni funzionali del braccio da egli constatate in occasione della visita medica del 21 gennaio 2020 (cfr. doc. 128), mentre risulta ingiustificata alla luce del miglioramento dell'articolazione riscontrato al momento della visita medico-_____ di chiusura del 23 giugno 2020 (cfr. doc. 194). Il medico di fiduciario ha, infatti, rilevato che: "(...) Per quanto riguarda l'IMI la valutazione del 21.1.2020 comprendeva una limitazione funzionale in elevazione a 130°, un'abduzione a 110° e veniva valutata circa il 10%. Questo secondo la tabella CO 1 2.2 dove una spalla mobile fino a 30° oltre l'orizzontale equivale a 10%. In base ai nuovi parametri rilevati non solo dal medico di _____, ma anche mesi prima dal dr. _____, l'articolazione arriva a 160°, l'abduzione a 150°, la rotazione interna a L4 con leggera difficoltà e la rotazione esterna a 35° per cui tali valori non sono compatibili con la percentuale di IMI del 10% in quanto l'articolazione è perfettamente ristabilita. È quindi da valutare soprattutto la differenza tra capacità lavorativa e IMI, mentre l'IMI è indubbiamente un valore di tipo tabellato che si esegue attribuendo un valore aderente alle tabelle, la capacità lavorativa può essere anche considerata in maniera autonoma in quanto riguarda una situazione diversa da quella del danno residuo. Si valuta soprattutto nella capacità lavorativa quello che una persona può fare e non può fare rispetto al lavoro e soprattutto si agisce anche in maniera preventiva in quanto se è vero che non vi è più alcuna lesione di tipo traumatico anche recidiva, è anche vero che il tendine è indubbiamente decisamente degenerato in alcuni punti e quindi il rischio di nuova rottura fa sì che venga data una esigibilità lavorativa tutelante in tal senso, ma se la situazione anatomica ed articolare è quella che è oggettivamente, l'IMI non può essere attribuita. Esiste quindi una diversità ed una valenza diversa anche dal punto di vista giuridico oltre che medico tra l'IMI e la capacità lavorativa. (...)” (Doc. 207) Il precedente patrocinatore dell'assicurato ha insistito nel richiedere il riconoscimento di un'IMI del 10%, giustificata anche alla luce delle considerazioni espresse dal dr. _____ nel referto del 19 ottobre 2019 (cfr. doc. 208 sopra riprodotto per intero al consid. 2.4.4.). Con nuova presa di posizione del 9 novembre 2020 (cfr. doc. 211), il dr. _____ ha confermato la correttezza della propria precedente valutazione, con la quale ha considerato che l'oggettiva articolazione da egli constatata in occasione della visita di chiusura del 23 giugno 2020 (e condivisa pure dagli altri specialisti che si sono occupati del caso) non è (più) tale da consentire l'attribuzione di un'IMI (diversamente da quanto, invece, avvenuto al momento della visita del 21 gennaio 2020, allorché l'interessato presentava limiti di abduzione, elevazione e rotazione all'arto superiore sinistro maggiori – giustificanti a quel momento l'assegnazione di un'IMI – poi migliorati a seguito delle misure fisioterapeutiche messe in atto, conformemente al parere del dr. _____, cfr. doc. 107). Riferendosi alle considerazioni espresse dal dr. _____, il dr. _____ ha inoltre sottolineato che: " il collega effettua una valutazione di invalidità legata alla capacità lavorativa generica di 14% e una invalidità legata a una capacità lavorativa specifica pari a 18%. Tale valutazione riguarda il sistema tabellare italiano legato praticamente all'INAIL ed alla responsabilità civile, cosa che è totalmente differente nel sistema svizzero. Vi è nel caso citato dal collega la valutazione di una capacità lavorativa residua con una percentuale di invalidità, cosa che nella normativa svizzera è profondamente diversa. Come ampiamente e assai più esaurientemente spiegato nel precedente apprezzamento bisogna distinguere tra capacità lavorativa ed IMI (...).”

(Doc. 211) 2.5.6. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ritiene non sussistere motivo alcuno che permetta di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40 s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dal dr. _____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici di senso contrario in grado di rimetterla in discussione. Tale non può certo essere considerato il referto del dr. _____, visto che, come peraltro ben spiegato dal dr. _____, la nozione di IMI del diritto svizzero è ben diverso dal concetto di danno biologico previsto nell'ordinamento italiano, il quale, secondo la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione italiana, rappresenta l'incidenza negativa che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato. Del resto, lo stesso dr. _____ non ha mai preteso che il danno permanente presentato dall'interessato trovi un analogo riscontro nelle tabelle in uso nella legislazione svizzera. Questo Tribunale rileva che, al pari del dr. _____, anche il medico fiduciario dell'Istituto assicuratore ha riscontrato delle alterazioni della funzionalità dell'arto superiore sinistro dell'interessato a seguito del danno alla salute derivante dall'infortunio del quale egli è rimasto. Le stesse, tuttavia, pur imponendo limiti nell'ambito della valutazione dell'esigibilità, non raggiungono una portata tale da risultare indennizzabili a norma di quanto stabilito nella legislazione svizzera. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata rifiutata un'IMI. 2.6. Restituzione dell'IMI già versata con la decisione del 14 aprile 2020, annullata in data 2 giugno 2020 a seguito dell'opposizione dell'assicurato, e trattenuta a titolo di acconto? 2.6.1. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LPGGA, le prestazioni indebitamente rimosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà. La restituzione e il suo eventuale condono vengono normalmente decisi in due fasi separate (art. 3 e 4 OPGA). Nella fattispecie, l'oggetto della lite riguarda unicamente il tema della restituzione. L'obbligo di restituzione ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 LPGGA presuppone ancora oggi, conformemente alla giurisprudenza sviluppata in relazione all'art. 47 cpv. 1 LAVS o all'art. 95 LADI (cfr. DTF 129 V 110 consid. 1.1, DTF 126 V

E. 23

consid. 4b, D TF 122 V 21 consid. 3a, DTF 122 V 368 consid. 3), che siano adempiute le condizioni di una riconsiderazione oppure di una revisione processuale della decisione - formale oppure informale - con la quale sono state corrisposte le prestazioni in questione (cfr. DTF 130 V 318 consid. 5.2). Secondo l'art. 53 cpv. 2 LPGGA, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.

Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (DTF 127 V 466 consid. 2c). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C_457/2008 del 3 febbraio 2009 consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1).

2.6.2. Nel caso di specie, come visto, con la precedente decisione del 14 aprile 2020 l'CO 1, ritenuto stabilizzato lo stato di salute dell'interessato, ha posto termine alle prestazioni di corta durata, assegnando all'assicurato un'IMI del 10% (cfr. doc. 162), basata sulla valutazione espressa dal dr. _____ in data 31 gennaio 2020 (doc. 129). A seguito dell'opposizione interposta dall'assicurato, con la quale è stato contestato, in primo luogo, il raggiungimento della stabilizzazione dello stato di salute infortunistico (cfr. doc. 172), con comunicazione del 2 giugno 2020 (alla quale va attribuito il valore di una decisione de facto), l'CO 1 ha ritirato la decisione formale del 14 aprile 2020, ha ripristinato il diritto alle prestazioni di corta durata a far tempo dal 1° aprile 2020 e, quanto al capitale di fr. 14'820.00 già versato a titolo di indennità per menomazione dell'integrità, ha informato l'assicurato che esso poteva "... essere trattenuto (...) come anticipo sulle prestazioni" (doc. 177). Terminati gli ulteriori trattamenti terapeutici, ha avuto luogo una nuova visita di controllo da parte del dr. _____. Nel relativo referto del 10 luglio 2020, il medico _____, accertata la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche e confermata la piena esigibilità lavorativa in un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali dell'interessato, ha escluso il diritto a un'IMI, visto che il miglioramento articolare raggiunto grazie alle ulteriori terapie aveva consentito di escludere l'esistenza di una menomazione dell'integrità indennizzabile (cfr. doc. 194). Alla luce del miglioramento, oggettivo, constatato medicalmente, la valutazione del dr. _____, appare corretta e va quindi confermata (cfr. consid. 2.5.).

Chiamato ora a pronunciarsi a proposito della pretesa di restituzione, questo Tribunale giudica manifestamente errata la decisione informale del 2 giugno 2020, laddove l'CO 1, ammessa la mancata stabilizzazione dello stato di salute infortunistico e, di conseguenza, ripristinato il diritto alle prestazioni di corta durata, in particolare quello alla cura medica,

ha confermato il diritto dell'assicurato a un'IMI. Al riguardo, va precisato che l'indennità per menomazione dell'integrità presuppone un danno all'integrità durevole, ossia un danno che sussisterà verosimilmente per tutta la vita almeno con identica gravità. Di regola, questo presupposto può venir valutato con attendibilità soltanto una volta terminata la cura medica. È quindi opportuno che il diritto all'indennità insorga pure a quello stesso momento. Esso insorge quindi contemporaneamente all'eventuale diritto a una rendita d'invalidità.

Conformemente a ciò, l'art. 24 cpv. 2 LAINF prevede che l'indennità è determinata simultaneamente alla rendita d'invalidità o al termine della cura medica se l'assicurato non ha diritto a una rendita (cfr. Frei, op. cit., p. 62 s.). Nel caso di specie, visto che la cura medica era stata ripristinata proprio con lo scopo di migliorare lo stato della spalla sinistra (ciò che è poi puntualmente avvenuto), l'assicuratore non avrebbe dovuto confermare il diritto all'IMI in quanto, a quel momento, non ne erano (più) dati i presupposti, specificatamente quello del carattere durevole. Avendolo comunque fatto, esso ha violato una norma di legge, nello specifico l'art. 24 LAINF e, di conseguenza, commesso un errore manifesto ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA. Stante ciò, a carico dell'assicurato esiste un obbligo di restituzione ex art. 25 cpv. 1 LPGA. La decisione su opposizione impugnata merita dunque conferma anche nella misura in cui all'insorgente è stata chiesta la restituzione di un importo di fr. 14'820, da lui indebitamente percepito quale indennità per menomazione dell'integrità. Quanto alla domanda di condono dell'importo da restituire formulata dal precedente legale dell'assicurato in sede ricorsuale, facendo riferimento alla buona fede e alle gravi difficoltà economiche in cui versa l'assicurato (cfr. doc. I), va ricordato che per costante giurisprudenza federale è possibile pronunciare una decisione di condono solo al momento della crescita in giudicato formale della decisione di restituzione, ritenuto che unicamente in quel caso tale obbligo è stabilito definitivamente (cfr. STF 9C_211/2009 del 26 febbraio 2010; STF 8C_130/2008 dell'11 luglio 2008; STF 8C_617/2009 del 5 novembre 2009; STCA 38.2011.45 del 23 novembre 2011; STCA 38.2011.91 del 1° febbraio 2012, STCA 30.2016.9 del 27 aprile 2016). Spetterà quindi all'CO 1, una volta cresciuta in giudicato la presente sentenza, esprimersi sulla domanda di condono, come peraltro espressamente indicato dall'amministrazione stessa nella risposta di causa (cfr. doc. III).

2.7. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il ricorso deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione impugnata confermata.

2.8. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: "La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGA). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto

riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera fbis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI ”). Secondo l'art. 83 LPGa (disposizione transitoria), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso, datato 31 dicembre 2020, è pervenuto a questo Tribunale il 4 gennaio 2021, per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.

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