

## **TI\_GERICHTE 35.2021.4 vom 26. Juli 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-07-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.4\\_d20210726](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.4_d20210726)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.4 du 26 juillet 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.4 del 26 luglio 2021

### **Regeste**

Incidente stradale in moto. Causalità naturale ginocchio destro e disturbi psichici negata. Stabilizzazione confermata. Rendita negata (calcolo economico: anno 2019) e IMI 10% confermata

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

giugno 2019: cfr. doc. 455) il dr. med. \_\_\_\_\_ invocava anche dei problemi psicologici che gli impedivano di eseguire una nuova revisione della cuffia dei rotatori e ha criticato l'operato dell'CO 1 per avere omesso di indagare la problematica psichiatrica benché fosse stata invocata in sede medica (cfr. doc. I). In sede di risposta (cfr. doc. III) l'CO 1 ha osservato quanto segue:

In sede di osservazioni del 5 marzo 2021 (doc. IX), l'CO 1 ha ribadito quanto segue:

Dalle tavole processuali si evince che, il 19 giugno 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue:

L'11 maggio 2021 (doc. XV-1) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha attestato, tra l'altro, quanto segue:

Nelle sue osservazioni dell'8 giugno 2021 (doc. XVII), l'CO 1 ha rilevato quanto segue:

Il 21 giugno 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. XIX-1) ha puntualizzato:

In esito a tutto quanto precede (tenuto, in particolare, conto dei dati anamnestici relativi alla problematica psichica indicati dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel precitato certificato medico del

#### **E. 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; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4).

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:

Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, anche in assicurati che hanno subito danni agli arti inferiori e la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che

accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati e STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.5; STCA 35.2020.98 del 26 aprile 2021, consid. 2.4.3). 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 è in grado di svolgere un'attività lavorativa adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal medico di \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_) sia principale a tempo pieno e con un rendimento completo sia accessoria, a tempo parziale e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico.

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

Da ultimo, il TCA non ignora che il ricorrente al momento della decisione su opposizione avversata era quasi 57enne. In proposito, è utile segnalare che, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (diversa è la situazione in materia di assicurazione per l'invalidità), qualora l'età costituisca la causa essenziale che impedisce all'interessato di mettere a frutto la sua restante capacità lavorativa in attività medicalmente adeguate, l'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.5.2) dispone che per la valutazione del grado d'invalidità sono determinanti i redditi che potrebbe conseguire un assicurato di mezza età (l'età media si situa intorno ai 42 o tra i 40 e i 45 anni ■ cfr. DTF 122 V 418 consid. 1b, 426 consid. 2), portatore dei medesimi postumi infortunistici. In virtù della norma in questione, si deve fare astrazione dal fattore età non soltanto per la fissazione del reddito da invalido, ma anche per stabilire il reddito da valido (DTF 114 V 310 consid. 2; consid. 7b/aa non pubblicato della sentenza DTF 122 V 426; cfr., per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, da poco 57enne, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.3.3; per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, da poco 64enne, STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.3.3; cfr. per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, era quasi 57enne, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4).

L'amministrazione si parimenti fonda sull'apprezzamento medico del 24 novembre 2020 (doc. 553) del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale:

### **E. 31**

agosto 2013? 2.3.1. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra

l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attendono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso di causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio ( status quo ante ); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio ( status quo sine ) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.3.2. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere

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

2.3.3. 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 dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale

perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.3.4. In concreto, per quanto concerne i disturbi al ginocchio destro, nella decisione su opposizione del 26 novembre 2020 l'CO 1 ha puntualizzato quanto segue: " In occasione della visita medica di chiusura del 18.10.2019 il dott. \_\_\_\_\_, medico di \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, è giunto alla conclusione che la gonartrosi mediale in ginocchio varo bilaterale in soggetto marcatamente in sovrappeso non concerne la CO 1. Il 17.1.2020 il medico di \_\_\_\_\_ ha precisato il suo parere nei termini seguenti: Per quanto riguarda il giudizio sul nesso di causa tra le affezioni al ginocchio e l'evento a noi assicurato, confermo integralmente quanto presente nella visita \_\_\_\_\_. L'affezione che riguarda il ginocchio destro è una gonartrosi nel comparto mediale insistente su un morfotipo varo peraltro bilaterale in soggetto marcatamente sovrappeso. Essa non è quindi da ascrivere ai postumi dell'evento infortunistico che ci compete che ha determinato unicamente una frattura parcellare composta dell'apice rotuleo distale guarita senza apparenti reliquati. Ciò è stato ben evidenziato dai curanti che hanno seguito l'assicurato: il dr. med. \_\_\_\_\_ nei suoi rapporti citati negli atti della visita \_\_\_\_\_, e Io stesso dr. med. \_\_\_\_\_ che ha chiaramente espresso nel suo ultimo rapporto che la problematica del ginocchio è da ascrivere ad un ambito di malattia. (...) Quanto evidenziato dal patrocinatore - che riprende quanto indicato il 20.12.2019 - non permette - su un quesito prettamente medico - di mettere in dubbio il parere non solo del medico di \_\_\_\_\_ ma anche del dott. \_\_\_\_\_, il quale in data 29.11.2019 ha preventivato di operare l'assicurato sotto l'aspetto malattia. Inoltre, in data 13.2.2014, il dott. \_\_\_\_\_ aveva rilevato che l'evoluzione, per quanto riguarda la frattura, è favorevole. Permane invece una problematica piuttosto mediale, relazionabile essenzialmente al problema gonartrosico conosciuto, che verrà investigato". Da parte sua, il ricorrente fa sostanzialmente valere che i disturbi al ginocchio destro di cui soffre sono causati dall'evento infortunistico del 31 agosto 2013 (cfr. doc. I). Dalle tavole processuali si evince che, a causa di persistenti dolori, l'assicurato si è sottoposto il 5 settembre 2019 ad una RMN che ha messo in evidenza quanto segue: " Rottura su base degenerativa del corpo-corno posteriore del menisco mediale. Rottura parziale inveterata del legamento crociato anteriore. Condropatia di quarto grado a livello femoro-tibiale nel compartimento interno. Condropatia di terzo quarto grado a livello femoro rotuleo. Modesto versamento articolare " (doc. 473). Nell'apprezzamento medico del 2 gennaio 2020 (doc. 502), il medico di \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, ha precisato quanto segue: " Per quanto riguarda il giudizio sul nesso di causa tra le affezioni al ginocchio e l'evento a noi assicurato, confermo integralmente quanto presente nella visita \_\_\_\_\_. L'affezione che riguarda il ginocchio destro è una gonartrosi nel comparto mediale insistente su un morfotipo varo peraltro bilaterale in soggetto marcatamente sovrappeso. Essa non è quindi da ascrivere ai postumi dell'evento infortunistico che ci compete che ha determinato unicamente una frattura parcellare composta dell'apice rotuleo distale guarita senza apparenti reliquati. Ciò è stato ben evidenziato dai curanti che hanno seguito l'assicurato: il

dr. med. \_\_\_\_\_ nei suoi rapporti citati negli atti della visita \_\_\_\_\_, e lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ che ha chiaramente espresso nel suo ultimo rapporto che la problematica del ginocchio è da ascrivere ad un ambito di malattia.”. Nella concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, ritiene che il parere espresso dal dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario che vanta un’ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.3.3) - possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori atti istruttori). Del resto, lo stesso specialista curante dell’assicurato, dr. med. \_\_\_\_\_, ha segnatamente attestato il 29 novembre 2019 quanto segue: “(...) una volta ri-operato per quanto concerne la spalla sotto l’aspetto assicurativo CO 1 e per quanto concerne anche la problematica a carico del ginocchio sotto l’aspetto malattia ” (doc. 494) mentre negli svariati certificati medici - relativi al periodo 15 gennaio 2020-30 marzo 2021 - prodotti dal patrocinatore dell’assicurato il 17 maggio 2021 (doc. XIV 1-11), il precitato specialista non si esprime in merito alla eziologia dei disturbi al ginocchio destro dell’assicurato. In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi al ginocchio destro di cui soffre RI 1 costituiscono una conseguenza naturale dell’infortunio occorso in data 31 agosto 2013, di modo che l’assicuratore era legittimato a negare le relative sue prestazioni. Per quanto concerne i " disturbi psichici ", in sede di ricorso, il patrocinatore dell’assicurato ha rilevato che il 3 settembre 2019 ( recte : 19 giugno 2019: cfr. doc. 455) il dr. med. \_\_\_\_\_ invocava anche dei problemi psicologici che gli impedivano di eseguire una nuova revisione della cuffia dei rotatori e ha criticato l’operato dell’CO 1 per avere omesso di indagare la problematica psichiatrica benché fosse stata invocata in sede medica (cfr. doc. I). In sede di risposta (cfr. doc. III) l’CO 1 ha osservato quanto segue: " Per la prima volta con il ricorso l’assicurato sostiene di presentare dei disturbi psichici. L’assicurato non è mai stato seguito da uno specialista in psichiatria. Egli si è limitato a riferire al dott. \_\_\_\_\_ di sentirsi affaticato a livello fisico e psicologico. Ciò non significa che egli lamenti dei disturbi psichici e soprattutto dei disturbi psichici in relazione di causalità naturale con l’infortunio che hanno un’incidenza sulla capacità di lavoro e di guadagno. Non incombe all’CO 1 disporre degli accertamenti in quanto l’assicurato, se avesse effettivamente sofferto di disturbi psichici, non avrebbe esitato a rivolgersi ad uno specialista”. In sede di osservazioni del 5 marzo 2021 (doc. IX), l’CO 1 ha ribadito quanto segue: " L’assicurato non ha mai consultato uno specialista in psichiatria per cui non può rimproverare all’CO 1 di non avere disposto degli accertamenti a tal proposito. È di meridiana evidenza che, in caso di sofferenze psicologiche, la persona coinvolta, nel suo proprio interesse, si rivolge ad uno specialista. L’CO 1 non è tenuta a disporre sistematicamente degli accertamenti dal lato psichico”. Dalle tavole processuali si evince che, il 19 giugno 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) affetto da una rilesione del tendine sovraspinoso, quadro clinico complicatosi con una problematica a carico del cuore con praticamente un’eiezione della pompa cardiaca del 40%. Il paziente si sento molto affaticato a livello sia fisico sia psicologico e pertanto non ritengo opportuno in questo momento intervenire chirurgicamente a carico della spalla

destra (...) in questo momento non ritengo che il signor RI 1 sia psicologicamente e fisicamente pronto ad affrontare un altro intervento chirurgico.” (doc. 455). L’11 maggio 2021 (doc. XV-1) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha attestato, tra l’altro, quanto segue: " (...) il signor RI 1 mi è stato nuovamente segnalato dal medico curante nel mese di gennaio 2021 per la comparsa di una marcata sintomatologia depressiva, associata ad insonnia e precario istinto vitale nell’ambito di un episodio depressivo grave. Per tale situazione veniva certificata una inabilità lavorativa totale. Il signor RI 1 è stato visto con una frequenza di 2 sedute mensili.”. Nelle sue osservazioni dell’8 giugno 2021 (doc. XVII), l’CO 1 ha rilevato quanto segue: " (...) determinati sono i fatti che esistevano al momento del rilascio della decisione su opposizione (novembre 2020) per cui ev. peggioramenti esulano dalla presente procedura. Tali considerazioni concernono non solo lo stato della spalla destra ma anche la situazione psichica. L’assicurato è stato nuovamente segnalato al dott. \_\_\_\_\_ nel gennaio 2021 per la comparsa di una marcata sintomatologia depressiva. Nessun elemento permette di ammettere che l’assicurato al momento in cui l’CO 1 ha chiuso la ricaduta e esaminato le prestazioni di lunga durata lamentava dei disturbi psichici e soprattutto dei disturbi psichici invalidanti in relazione di causalità naturale con l’infortunio.”. Il 21 giugno 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. XIX-1) ha puntualizzato: " (...) Il signor RI 1 è stato visitato per la prima volta dal sottoscritto il 03 marzo 2020 su indicazione del medico curante. Si è trattato di un primo ed unico incontro durante il quale il signor RI 1 presentava un umore deflesso di grado live/medio associato ad insonnia. Al primo incontro conoscitivo non ha fatto seguito né una presa a carico e né una prescrizione farmacologica. Come descritto nel precedente rapporto, il signor RI 1 è stato nuovamente segnalato nel mese di gennaio 2021 quando ha iniziato ad essere seguito regolarmente. Difficile valutare se Episodio depressivo medio (ICD10: F 32.1) associato a Sindromi da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD10: F43.22) constatato nel mese di gennaio 2021 sia la continuazione/evoluzione del quadro valutato nel mese di marzo 2020 oppure si tratti di un nuovo episodio che comporterebbe una modifica della diagnosi in Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD 10: F33.1).”. In esito a tutto quanto precede (tenuto, in particolare, conto dei dati anamnestici relativi alla problematica psichica indicati dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel precitato certificato medico del 21 giugno 2021), il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che i disturbi psichici di cui soffre RI 1 costituiscono una conseguenza naturale dell’infortunio occorso in data 31 agosto 2013, di modo che l’assicuratore era legittimato a negare le relative sue prestazioni anche per quest’aspetto. La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dai disturbi al ginocchio destro e dalla componente psichica che, per i motivi appena illustrati, non sono di pertinenza dell’assicuratore resistente. 2.4. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° dicembre 2019? 2.4.1. Giusta l’art. 10 LAINF, l’assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d’infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell’art. 16 LAINF, l’assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d’infortunio, ha diritto all’indennità giornaliera. Il diritto all’indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell’infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l’assegnazione di una rendita o con la morte dell’assicurato. Il diritto

alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C\_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). 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 35.2020.86 dell'8 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2020.98 del 26 marzo 2021, consid. 2.3.1 2.4.2. Con la decisione su opposizione impugnata, sentito il parere del proprio medico di \_\_\_\_\_, l'CO 1 ha dichiarato che, a contare dal dicembre 2019, non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente e, pertanto, ha posto termine alle prestazioni di corta durata. Dalle tavole processuali si evince che l'assicurato si è sottoposto il 13 marzo 2017 ad un'operazione di artroscopia con sutura del tendine sovraspinoso ed infraspinato (doc. 234) e il 9 ottobre 2017 ad un'operazione di artroscopia alla spalla destra con sutura del tendine infraspinato (doc. 324), ambedue ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_. L'8 marzo 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato un " non miglioramento del quadro clinico " (doc. 366). Nell'ambito di una second opinion, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha indicato il 22 agosto 2018 quanto segue: " (...) Therapeutisch wohl wenig Optionen. Bei einem erneuten Eingriff wäre ich sehr skeptisch, ob dadurch die Beschwerden reduziert werden können. Eigentlich habe dem Patienten empfohlen, die Situation so zu akzeptieren (...). Wegen der leichten Omarthrose und den 3 Eingriffe an der Rotatorenmanschette bliebe wohl als letzte Massnahme mit zuverlässiger Prognose nur die inverse Prothese. Dies würde ich dem POatienten in jetzigen Zeitpunkt so nicht empfehlen. Es ist so zu früh und die Arthrose ist auch nicht genügend ausgeprägt. Der Patient möchte sich überlegen." (doc. 409) Il 5 settembre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " Su richiesta del paziente esporrò il caso clinico al Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ (...). Rimango dell'idea che eventualmente si potrebbe effettuare una ri-sutura della cuffia dei rotatori (...). Valuterò con il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ tale opzione (...)." (doc. 411) L'11 ottobre 2018, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, consultato per una seconda opinione, ha attestato quanto segue: " (...) è stato operato due volte di riparazione del tendine sovraspinoso alla spalla destra e una volta di tenodesi del bicipite. (...) nonostante gli interventi, il paziente presenta una nuova recidiva di rottura. (...) il mio consiglio è quindi quello di fare una nuova revisione della riparazione di cuffia. L'obiettivo di questo intervento sarebbe soprattutto rivolto a ridurre il dolore, in quanto una ripresa della funzione normale della

spalla destra è ormai del tutto inverosimile (...). (...). In alternativa si consiglia solo di convivere con il dolore con i farmaci analgesici, antinfiammatori, borsa del ghiaccio e riposo funzionale.” (doc. 461) Il 21 febbraio 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) per il quale si era già programmato un intervento chirurgico da eseguirsi proprio in data odierna in accordo con il Dr. med. \_\_\_\_\_, ma purtroppo tale intervento è stato rinviato per importanti problematiche cardiologiche. (...). Per il momento procrastinerei l'intervento chirurgico fino alla completa ripresa delle condizioni fisiche e psichiche (...)." (doc. 443) Il 17 aprile 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) purtroppo dobbiamo ancora rinviare tale intervento (...). (...). Per il momento gli ho spiegato che è meglio che risolva tutte le altre problematiche (...)." (doc. 445) L'11 giugno 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico di famiglia dell'assicurato, ha attestato quanto segue: " (...) I controlli eseguiti presso il Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in cardiologia sono risultati soddisfacenti e la terapia antiaritmica ed antiipertensiva è attualmente adeguata. Il paziente è da questo punto di vista asintomatico ma le cure internistiche continueranno ad vitam . In considerazione dello stato attuale ritengo che il paziente da un punto di vista internistico sarebbe di nuovo abile al lavoro in forma completa. Al signor RI 1 era stato proposto dal Dr. med. \_\_\_\_\_ e dal Dr. med. \_\_\_\_\_ un nuovo intervento chirurgico alla spalla destra per la riparazione del tendine sovraspinoso. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ in una sua lettera dell'11.10.2018 scriveva: "l'obiettivo di questo intervento sarebbe soprattutto rivolto a ridurre il dolore in quanto una ripresa della funzione normale della spalla destra è orai del tutto inverosimile". Nella consultazione odierna il signor RI 1 mi ha riferito che attualmente egli non ha particolari dolori a riposo, assume raramente analgesici ed è quindi sofferente unicamente per l'incapacità funzionale e dolori sotto sforzo. C'è quindi onestamente da chiedersi, e il paziente sta riflettendo a riguardo, quale sia la vera utilità di sottoporsi ad un terzo intervento." (doc. 454) Il 19 giugno 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) affetto da una rilesione del tendine sovraspinoso, quadro clinico complicatosi con una problematica a carico del cuore con praticamente un'eiezione della pompa cardiaca del 40%. Il paziente si sento molto affaticato a livello sia fisico sia psicologico e pertanto non ritengo opportuno in questo momento intervenire chirurgicamente a carico della spalla destra (...) in questo momento non ritengo che il signor RI 1 sia psicologicamente e fisicamente pronto ad affrontare un altro intervento chirurgico. (...) gli ho consigliato di proseguire con il recupero della parte fisica e psicologica. Rivedrò il paziente all'inizio del mese di settembre per eventualmente provvedere ad inserirlo in lista operatoria, sempre qualora fosse già pronto" (doc. 455) Il 3 settembre 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato: " (...) mi esprime il desiderio in data odierna di richiedere una seconda opinione ad uno specialista, che non sia indicato dalla CO 1, e solo successivamente il paziente vorrebbe prendere una decisione in merito alla sua situazione clinica a carico della spalla, in quanto continua ad avere dolori e limitazioni funzionali. (...) in attesa di una vostra risposta per un secondo parere "neutrale" richiesto dal paziente." (doc. 460) A margine della visita medica \_\_\_\_\_ di chiusura del 18 ottobre 2019, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato quanto segue: " (...). Proposte diagnostiche e terapeutiche Allo stato attuale non sono stati proposti ulteriori trattamenti in grado di migliorare con probabilità la situazione di questo assicurato. Lo stesso assicurato non pare propenso a sottoporsi ad ulteriori trattamenti in assenza di una ragionevole garanzia di risultato positivo. Sono d'accordo con il curante sul fatto che nella situazione attuale, in un ipotetico bilancio di costi e benefici, un ulteriore trattamento chirurgico non pare fornire adeguate garanzie di risultato. La situazione sarà da monitorare

nel tempo qualora dovesse peggiorare in modo significativo. Aspetti medico-assicurativi La situazione appare stabilizzata. Non sono stati proposti attualmente interventi in grado di migliorare in modo significativo la situazione funzionale di questo paziente con un ragionevole grado di probabilità. (...)." (doc. 480). Nell'apprezzamento medico del 2 gennaio 2020 (doc. 502), il dr. med. \_\_\_\_\_, ha puntualizzato quanto segue: " Per quanto riguarda il problema della spalla destra esso è stato valutato clinicamente e strumentalmente. L'assicurato presenta dei postumi permanenti che sono stati valutati nella visita \_\_\_\_\_. Nel caso specifico, un eventuale intervento di protesi inversa è a mio parere non indicato. In questo sono d'accordo sia con il PD dr. med. \_\_\_\_\_ che ha chiaramente espresso una contrarietà a procedere in tal senso, nel suo rapporto medico. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ si è chiaramente espresso ritenendo controindicato tale tipo d'intervento sia per motivi di età dell'assicurato, sia per motivi anatomopatologici (cioè inerenti alla situazione specifica di questo caso). Resta da valutare la opportunità di una ulteriore revisione di sutura della cuffia dei rotatori in soggetto già operato tre volte alla spalla e due volte per una sutura di cuffia. Su tale tema il PD dr. med. \_\_\_\_\_ consultato in seconda opinione si era già espresso ritenendo non indicato un ulteriore intervento chirurgico. Il dr. med. \_\_\_\_\_ si è espresso proponendo una revisione di sutura, ma sottolineando che tale intervento è teso solo a migliorare il quadro algico dell'assicurato, ma non è prevedibile un apprezzabile miglioramento della funzionalità della spalla. Il curante dr. med. \_\_\_\_\_ sottolineando questo aspetto ed il fatto che, a suo parere l'assicurato non ha dolori in attività a riposo ed adeguate, ma solo dopo sforzo. Egli pone seri dubbi sulla opportunità di eseguire questo intervento. Il dr. med. \_\_\_\_\_ lo ritiene indicato, ma non pone un'indicazione attuale, anzi ritiene che per il momento si debba aspettare motivando tale attesa con un recupero di condizione psicologica, con un'attesa di condizioni migliori, e lasciando all'assicurato il tempo per riflettere. Non si spiega però in cosa consistano queste condizioni psicologiche, né quando sia previsto questo intervento. Egli sostanzialmente pone un'indicazione teorica di significato non attuale procrastinandola nel tempo senza darci una previsione. In occasione della visita \_\_\_\_\_ lo stato clinico dell'assicurato è stato accuratamente valutato. In assenza di indicazioni chirurgiche attuali si è ritenuto di poter redigere un'esigibilità al lavoro. Ritengo che sulla indicazione ad un ulteriore intervento chirurgico alla spalla si debba essere molto prudenti. Le opinioni degli specialisti consultati non sono concordi. Mi pare ragionevole ritenere che una indicazione teorica dal punto di vista medico sia possibile, ma che un miglioramento funzionale e della esigibilità sia del tutto improbabile. Anche un miglioramento del quadro doloroso sotto sforzo appare possibile, ma non probabile con un ragionevole grado di sicurezza. Pertanto non possiamo ragionevolmente aspettarci un miglioramento della funzionalità, nonché dell'esigibilità al lavoro per come è stata redatta in occasione della visita \_\_\_\_\_. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ che pone l'indicazione, in realtà ha richiesto più volte pareri di "seconda opinione". Egli peraltro non ci spiega quale tipo di miglioramento ritiene di poter dare all'assicurato con questo intervento e con quale grado di probabilità. Appare quindi del tutto evidente che l'intervento proposto non è dotato di una possibilità di miglioramento funzionale ed è teso solo ad un ipotetico miglioramento algico sotto sforzo che, qualora l'assicurato riduca il livello di attività entro i limiti determinati, potrebbe venire comunque raggiunto. A prescindere dalla discussione sulla indicazione chirurgica lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ certifica che al momento un trattamento chirurgico non è eseguibile per problemi psicologici o di attesa di tempi migliori. Appare quindi del tutto evidente che in questo momento non vi è una indicazione

chiara a un trattamento chirurgico di significato attuale in grado di migliorare la situazione di questo assicurato. Come specificato in occasione della visita \_\_\_\_\_ tale indicazione potrà essere rivalutata nel corso del tempo qualora le condizioni cliniche dovessero essere tali da richiederne la esecuzione.” (doc. 502) Alla luce di quanto emerge dalla documentazione medica a disposizione anzidetta - in particolare, da quanto attestato il 22 agosto 2018 dal Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, l’11 giugno 2019 dal medico di famiglia come pure dalle problematiche cardiologica e psicologica che hanno indotto lo specialista curante a rinviare più volte l’intervento in questione -, ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, la questione della stabilizzazione va valutata in maniera prospettica, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (dunque, in casu, nel mese di dicembre 2019), occorre ritenere dimostrato che al momento in cui l’amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, non vi erano più misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell’insorgente. Questa Corte condivide la conclusione dell’Istituto assicuratore secondo cui, in data 30 novembre 2019, 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 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 (fisioterapia e/o infiltrazioni) volte a evitare un loro aggravamento è irrilevante. Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato della spalla non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie. Il fatto che il deficit funzionale alla spalla non fosse (chirurgicamente) risanabile a causa delle vicissitudini a livello cardiologico e psicologico (che, giova qui rilevare, non sono di competenza della CO 1: consid. 2.2 e 2.3.4), come specificato più volte dal chirurgo ortopedico a margine delle svariate consultazioni anziriportate, è irrilevante ai fini del presente giudizio. Non permette di giungere ad una diversa conclusione neppure il fatto che l’assicurato potrebbe, in futuro, essere sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico. Difatti, in tale evenienza, potrà annunciare una ricaduta del sinistro, con ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata (cfr. art. 11 OAINF). 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. Alla luce delle considerazioni che precedono, le censure ricorsuali volte a criticare l’operato dell’amministrazione per avere chiuso il caso al 30 novembre 2019 vengono respinte. La decisione su opposizione impugnata nella misura in cui sancisce che al 1° dicembre 2019, 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.

2.5. Diritto a una rendita d’invalidità? 2.5.1. Giusta l’art. 18 cpv. 1 LAINF, l’assicurato invalido (art. 8 LPG) almeno al 10 per cento a seguito d’infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPG, 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 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, 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 LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.5.2. 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'espletare 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 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il 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. 2.5.3. Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo alla visita medica del 18 ottobre 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 480), giusta il quale: "(...) Diagnosi Stato dopo infortunio della circolazione del 31.08.2013 con frattura non dislocata punta rotulea ginocchio destro. Trauma contusivo ginocchio destro. Trauma contusivo polpaccio sinistro. Trauma spalla destra con lesione slap grado III, stato dopo artroscopia spalla con tenotomia capo lungo del bicipite brachiale, stabilizzazione labbro glenoideo della spalla destra. Stato dopo artroscopia spalla destra, sutura tendine sovraspinoso e infraspinato, stabilizzazione labbro glenoideo eseguito dal dr. med. \_\_\_\_\_ il 13.03.2017. Stato dopo intervento di artroscopia spalla destra, sutura del tendine infraspinato, acromion-plastica e Mumfort eseguito dal dr. med. \_\_\_\_\_ il 9.10.2017. Diagnosi non di competenza CO 1 Gonartrosi mediale in ginocchio varo bilaterale in soggetto marcatamente sovrappeso (cfr.

anche documentazione clinica e radiografica dr. med. \_\_\_\_\_ del 2013-2014).

Diagnosi collaterali non CO 1 Cardiopatia in terapia antiaritmica anti-ipertensiva in cura presso lo specialista cardiologo. (...) Apprezzamento. (...) Aspetti medico-assicurativi (...).

Si segnala che l'esigibilità viene valutata considerando i postumi infortunistici della spalla e del ginocchio. Si spiega all'assicurato che il problema della gonartrosi mediale in morfotipo varo bilaterale ed in marcato sovrappeso perdurante nel tempo non è da ascrivere ad una problematica post-infortunistica con probabilità prevalente. Esigibilità del lavoro

L'assicurato è in grado di sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi con due braccia molto spesso, pesi leggeri da 5 a 10 kg talvolta, pesi medi dai 10 ai 25 kg di rado, mai più pesi superiori ai 25 kg. E' in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg utilizzando prevalentemente l'arto controlaterale sano e pesi superiori ai 5 kg di rado. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di maneggiare attrezzi leggeri e di precisione medi molto spesso, attrezzi pesanti talvolta, molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile molto spesso. Posizione e mobilità: l'assicurato non è più in grado di svolgere lavori sopra la testa. Non vi sono limitazioni per la rotazione del busto, la posizione seduta e inclinata in avanti, la posizione in piedi e inclinata in avanti. La posizione inginocchiata è possibile talvolta; la flessione delle ginocchia è possibile talvolta. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta e la posizione in piedi molto spesso, così come la posizione a libera scelta. Spostamenti: l'assicurato è in grado di camminare anche per lunghi tratti molto spesso, camminare su terreno accidentato molto spesso, salire le scale molto spesso, salire le scale a pioli di rado/mai. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in equilibrio possibile.

L'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari.".

Nell'apprezzamento del 2 gennaio 2020 (doc. 502), il medico di \_\_\_\_\_ ha precisato quanto segue: " Per quanto riguarda gli elementi anamnestici e clinici raccolti durante la visita \_\_\_\_\_ essi vengono confermati integralmente. L'assicurato è stato valutato come di consueto con una raccolta di anamnesi e con un esame obiettivo approfondito. Si rimanda quindi alla documentazione presente nel rapporto di visita \_\_\_\_\_. Per quanto riguarda l'esigibilità essa viene confermata integralmente. Essa appare del tutto adeguata alla situazione dell'assicurato nonché a quadri clinici analoghi. Essa viene confermata nei termini precisi in cui è stata redatta. Rilevo che nella lettera dell'avvocato RI 1 vi sono alcune notazioni non precise riguardo l'esigibilità, in particolare mi riferisco al fatto che si possa sollevare (quantunque di rado) pesi medi dai 10 ai 25 kg. In questo caso come ben espresso nell'esigibilità si intende sollevare con due braccia fino all'altezza dei fianchi pesi medi a 10 a 25 kg di rado. Altrettanto dicasi per la notazione riguardo al sollevamento oltre l'altezza del petto di pesi superiori a 5 kg. nell'esigibilità invece si cita chiaramente sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg utilizzando prevalentemente l'arto controlaterale sano e pesi superiori ai 5 kg di rado (chiaramente inteso utilizzando ancora prevalentemente l'arto controlaterale sano)". Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario e posta alla base della decisione avversata. Il TCA non ignora gli svariati certificati medici agli atti del dr. med. \_\_\_\_\_. Tuttavia, essi non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà della valutazione operata dal dr. med. \_\_\_\_\_, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dal precitato medico fiduciario, come pure dell'esigibilità posta dal medesimo specialista. D'altra parte la valutazione dello specialista curante, seppur divergente per quanto riguarda la valutazione

della capacità lavorativa dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico fiduciario e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessato hanno sulla sua capacità di lavoro. Inoltre lo specialista curante ha tenuto conto pure di patologie di cui è affetto l'assicurato che, però, non sono di competenza della CO 1, in quanto di origine extra-infortunistica. Va peraltro rilevato che 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 35.2018.52 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; STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.4.3, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4).

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; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4). 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. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto, citiamo: "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato dal tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco." (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Anche nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra adominante, aveva subito l'amputazione del pollice, dell'indice e del medio, come pure una frattura pluriframmentaria della falange basale con instabilità a livello delle articolazioni interfalangee dell'anulare, divenendo praticamente monca di una mano, l'Alta Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa dal profilo ortopedico. In una sentenza 8C\_260/2011 del 25 luglio 2011, il TF ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno attività lavorative leggere non bimanuali, un assicurato che presentava una paralisi, da parziale a completa, della muscolatura della spalla e del braccio destro dominante. Ad un'analoga conclusione è giunta l'Alta Corte in un'altra sentenza 8C\_311/2015 del 22 gennaio 2016, concernente un assicurato, il quale, per evitare di cadere mentre era intento a scaricare un camion, si era attaccato con il braccio destro alla sponda dello stesso, avvertendo immediatamente forti dolori all'arto superiore in questione. In una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014, il TCA ha confermato la decisione con la quale un falegname, che ha subito l'amputazione dell'avambraccio destro (dominante) nell'utilizzare una sega circolare, è stato ritenuto totalmente abile in attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione), che non richiedono l'utilizzo di entrambi gli arti superiori. Vedi, infine, anche la sentenza di questa Corte 35.2014.57 del 4 maggio 2015, confermata con STF 8C\_396/2015 del 17 settembre 2015, nella quale, nonostante l'infortunio alla spalla sinistra, un assicurato è stato ritenuto inabile in maniera praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio, ma in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera. In una sentenza 35.2016.43 del 22 settembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "tassametrista-impiegato-operaio", che - mentre usciva dalla doccia al proprio domicilio - era caduto, riportando un trauma distorsivo alla spalla destra con lesione transumorale della cuffia rotatoria a livello di sovraspinato e nella porzione craniale del sottoscapolare e, successivamente - mentre andava a prendere l'automobile al proprio domicilio - 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).” (STCA 35.2020.72 dell’8 marzo 2021, consid. 2.4.4) Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l’insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, anche in assicurati che hanno subito danni agli arti inferiori e la valutazione dell’esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell’utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati e STCA 35.2018.69 dell’11 febbraio 2019, consid. 2.3.5; STCA 35.2020.98 del 26 aprile 2021, consid. 2.4.3). 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 è in grado di svolgere un’attività lavorativa adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal medico di \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_) sia principale a tempo pieno e con un rendimento completo sia accessoria, a tempo parziale e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico. Le censure ricorsuali volte a contestare l’esigibilità (e al pensum lavorativo) in attività adeguate dell’assicurato vanno dunque respinte. Da ultimo, il TCA non ignora che il ricorrente al momento della decisione su opposizione avversata era quasi 57enne. In proposito, è utile segnalare che, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (diversa è la situazione in materia di assicurazione per l’invalidità), qualora l’età costituisca la causa essenziale che impedisce all’insorgente di mettere a frutto la sua restante capacità lavorativa in attività medicalmente adeguate, l’art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.5.2) dispone che per la valutazione del grado d’invalidità sono determinanti i redditi che potrebbe conseguire un assicurato di mezza età (l’età media si situa intorno ai 42 o tra i 40 e i 45 anni – cfr. DTF 122 V 418 consid. 1b, 426 consid. 2), portatore dei medesimi postumi infortunistici. In virtù della norma in questione, si deve fare astrazione dal fattore età non soltanto per la fissazione del reddito da invalido, ma anche per stabilire il reddito da valido (DTF 114 V 310 consid. 2; consid. 7b/aa non pubblicato della sentenza DTF 122 V 426; cfr., per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, da poco 57enne, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.3.3; per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, da poco 64enne, STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018, consid. 2.3.3; cfr. per un caso riguardante un assicurato, al momento della decisione su opposizione impugnata, era quasi 57enne, STCA 35.2020.72 dell’8 marzo 2021, consid. 2.4.4). 2.5.4. 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 2019, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° dicembre 2019.

2.5.5. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, senza il danno alla salute infortunistico, RI 1, nel 2019, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 82'847.00 (\_\_\_\_\_ : fr. 63'050.00, \_\_\_\_\_ : fr. 19'797.00). Il salario "da valido" è stato "quantificato tenendo conto sia dell'attività di responsabile cuoco presso la \_\_\_\_\_ sia quella di addetto alla spartizione per la \_\_\_\_\_. Secondo le indicazioni della \_\_\_\_\_, il salario 2019 sarebbe ammontato a CHF 63'050.00 (CHF 4'850.00 x 13m). Per quanto concerne il salario da valido 2019 per la \_\_\_\_\_, abbiamo rivalutato nominalmente il salario quantificato per il 2015 da parte del Tribunale Cantonale della Assicurazioni con sentenza dell'11.09.2017 di CHF 19'447.17. L'importo 2019 corrisponde a CHF 19'447.17 (tabella T1.1.15H, indice 2015: 100, indice 2019:101.8). Ne consegue che il salario da valido complessivo ammonta a CHF 82'847.00 (\_\_\_\_\_ : CHF 63'050.00 / \_\_\_\_\_ : CHF 19'797.00). " (doc. 530). Stante quanto precede il dato di fr. 82'847.-, desunto dalle indicazioni fornite direttamente dal datore di lavoro rispettivamente da una rivalutazione nominale di quanto stabilito da questa Corte nella STCA 35.2017.51 dell'11 settembre 2017 e non contestato dal ricorrente, può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. Il "reddito da valido" per il 2019 ammonta, quindi, a fr. 82'847.-.

2.5.6. Per quanto concerne il reddito da invalido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, con il danno alla salute infortunistico, RI 1, nel 2019, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 87'121.32. Il salario "da invalido" è stato quantificato "facendo capo ai dati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica. Dall'ultima inchiesta sulla struttura dei salari (RSS) risulta che un operaio chiamato a svolgere lavori semplici di tipo fisico o manuale non qualificati percepiva mediamente nel 2016 (TA1 livello 1), tenuto conto dell'orario settimanale medio determinante, un salario complessivo di fr. 66'803.40 (fr. 5'340.-- : 40 ore x 41.7 ore x 12 mesi). Vista l'evoluzione nominale dei salari si giunge nel 2019 ad un ammontare di fr. 68'376.57 risp. a fr. 91'706.66 visto il tempo di occupazione dell'assicurato prima dell'infortunio del 134.17%. Su tale cifra la CO 1 ha operato una riduzione del 5% per tenere conto dei limiti funzionali." (doc. 556). Stante quanto precede il dato di fr. 68'376.57 fissato in base alla TA1 2018, attività semplici e ripetitive, uomini, livello 1 rispettivamente di fr. 91'706.66, considerando un grado di occupazione del 134.17% (ovvero con un pensum lavorativo confermato da questa Corte sia nella STCA 35.2017.51 dell'11 settembre 2017 sia al consid. 2.5.3 della presente decisione), può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. Al citato importo l'CO 1 ha operato una deduzione sociale del 5% per tenere conto dei limiti funzionali, giungendo così a fr. 87'121.32. Il patrocinatore dell'insorgente contesta una deduzione sociale unicamente del 5%, perché assolutamente errata visto il quadro medico complesso e compromesso (capacità lavorativa e di rendimento limitate) e gli aspetti propri al caso specifico (età, pluripatologie, importanti algie residue, lunga assenza dal modo del lavoro, ecc.), che rendono giustificata una riduzione sociale dal reddito da invalido di almeno il 15%.

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 TF 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 adeguata (cfr. supra, consid. 2.5.3). 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). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr., tra le tante, la STF 8C\_603/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 6.2, 8C\_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2 e la 8C\_46/2018 dell'11 gennaio 2019 consid. 4.4; cfr. in questo senso anche la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Nella STF 8C\_482/2016 del 15 settembre 2016 pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17 l'Alta Corte ha ribadito che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 4 della RSS 2010 sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche. Trattandosi di lavori ausiliari il fattore età non gioca imperativamente un effetto di riduzione sui salari (cfr. STF 8C\_482/2016 del 15 settembre 2016, consid. 5.4.2). Per quanto concerne infine il fattore età, anche se si volesse ritenere giustificato applicare a tale titolo una decurtazione (del 5%) sul reddito statistico da invalido, e ciò tenuto conto di quanto è stato precisato nella DTF 146 V 16 (in proposito, si veda pure la STF 8C\_433/2020 del 15 ottobre 2020 consid. 8.2.3), ciò non basterebbe comunque a raggiungere la soglia minima legale del 10%, come si vedrà meglio al consid. 2.5.7. 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, operando una deduzione sociale del 5%, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il "reddito da invalido" ammonta, quindi, per il 2019 a fr. 87'121.32. 2.5.7. Il grado di invalidità del ricorrente, stabilito confrontando i fr. 87'121.32 (cfr. consid. 2.5.6) annui al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute infortunistico (e cioè fr. 82'847.00: cfr. consid. 2.5.5) è nullo. Qualora si applicasse (quale pura ipotesi di lavoro) al reddito da invalido una deduzione sociale del 10% (per tenere conto anche del fattore età), l'assicurato non ne trarrebbe alcun giovamento. In effetti, confrontando i fr. 82'535.99 (fr. 91'706.66 - 10%) al reddito che il ricorrente avrebbe potuto conseguire senza l'infortunio, e cioè fr. 82'847.00, il grado di invalidità sarebbe comunque nulla. Anche qualora si applicasse (quale pura ipotesi di lavoro) al reddito da invalido una deduzione sociale del 15% (come richiesto dal patrocinatore, ma che, in casu, non sarebbe comunque giustificata), l'assicurato non ne trarrebbe alcun giovamento. In effetti, confrontando i fr. 77'950.66 (fr. 91'706.66 - 15%) al

reddito che il ricorrente avrebbe potuto conseguire senza l'infortunio, e cioè fr. 82'847.00, risulta una perdita di guadagno del 6% ( $[82'847. - 77'950.66] \times 100 : 82'847 = 5.91\%$  arrotondato all'6% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121), un grado d'invalidità insufficiente per fondare il diritto a una rendita. Va qui la pena di ricordare la STF 8C/215\_2015 del 17 novembre 2015 ove il TF ha confermato un salario da valido di fr. 57'600.- e un salario da invalido di fr. 60'463.- fissato sulla base del metodo delle DPL, osservando - in particolare al consid. 4.2 - quanto segue: " (...) Die CO 1 ermittelte aufgrund der DAP-Zahlen ein Invalideneinkommen von Fr. 60'463.-. Vergleicht man diesen Wert mit dem von der CO 1 auf Fr. 57'600.- bemessenen Valideneinkommen, so ergibt sich ein negativer Invaliditätsgrad. Soweit der Beschwerdeführer bereits daraus schliesst, die Bemessung nach den DAP-Zahlen sei unzulässig, ist Folgendes festzuhalten: Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Negative Invaliditätsgrade können resultieren, da demnach gemäss der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs jener Verdienst, welchen der Versicherte ohne Gesundheitsschaden auf dem konkreten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, in Beziehung gesetzt wird mit jenem Einkommen, das er trotz des Gesundheitsschadens auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch erzielen könnte (vgl. zu dieser Problematik: Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 126 f.). Negative Invaliditätsgrade sind somit eine Folge der Rechtsprechung zur Bemessung des Valideneinkommens und können sich unabhängig von der Methode (LSE oder DAP), nach der das Invalideneinkommen bemessen wird, ergeben. (...)" (cfr., per dei casi analoghi, anche STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.9., ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 48'750.- e un salario da invalido di fr. 52'860.40 e la 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.8, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 50'560.- e un salario da invalido di fr. 63'790.80; si veda pure la STCA 35.2020.50 del 14 dicembre 2020, consid. 2.4.6; si veda pure la STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.10). 2.5.8. 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. 2.6. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.6.1. 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). 2.6.2. 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. GHÈLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121). 2.6.3. 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.

### **E. 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). 2.6.4. 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). 2.6.5. Nella concreta evenienza, con decisione del 14 agosto 2020 (doc. 530) confermata su opposizione il 26 novembre 2020 (doc. 556), l'CO 1 ha riconosciuto a RI 1 un'IMI del 10% per la problematica alla spalla destra. Il patrocinatore del ricorrente contesta il grado del 10%, in quanto errato (dovendosi considerare i peggioramenti futuri e le previste protesizzazioni), la stessa non terrebbe in effetti adeguatamente e giustamente conto dei danni permanenti alla spalla e al ginocchio dx (escluso dalla valutazione; cfr. doc. I). Dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione si fonda sull'apprezzamento medico del 18 ottobre 2019 (doc. 481) del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale: " Si fa riferimento alla tabella 1.2 CO 1 relativa alla menomazione dell'integrità da alterazioni

funzionali di spalla ove per una mobilità possibile fino a 30° oltre l'orizzontale viene riconosciuto un 10%. Si ritiene tale percentuale adeguata alla situazione di questo assicurato. Per quanto riguarda i postumi infortunistici della frattura composta del polo inferiore della rotula, essa non dà diritto secondo le normali tabelle ad indennità di menomazione all'integrità." L'amministrazione si parimenti fondata sull'apprezzamento medico del 24 novembre 2020 (doc. 553) del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale: " Rispondo alle domande poste dall'amministrazione in merito alla valutazione della IMI per la spalla destra, in particolare al giudizio sulla evolutività futura da giudicarsi con grado di probabilità preponderante. Siamo di fronte ad un assicurato che presenta uno stato dopo trauma della spalla destra con lesione SLAP grado III, stato dopo artroscopia spalla con tenotomia del capo lungo del bicipite brachiale, stabilizzazione del labbro glenoideo. Stato dopo nuova artroscopia della spalla destra con sutura sovraspinoso, infraspinoso e stabilizzazione del labbro glenoideo eseguita nel 2017 dal dr. med. \_\_\_\_\_ e stato dopo artroscopia spalla destra con sutura del tendine infraspinato, acromion-plastica e Mumfort eseguita sempre dal dr. med. \_\_\_\_\_ nell'ottobre del 2017. Il quadro clinico è stato giudicato stabilizzato, la valutazione dell'indennità alla menomazione all'integrità è stata fatta sulla base della tabella 1.2 CO 1 relativa alla menomazione all'integrità da alte-razioni funzionali della spalla. Nel caso specifico si è considerato lo stato attuale ma anche la evoluzione futura con il grado di probabilità prevalente. In effetti, nel caso in questione, che riguarda una tendinopatia della cuffia dei rotatori e gli esiti di una sutura del labbro glenoideo, i medici che hanno valutato l'assicurato hanno considerato in via puramente teorica la possibilità di un impianto di protesi inversa. Tale possibilità, unicamente accennata, non è stata considerata indicata nel caso in esame sia dal dr. med. \_\_\_\_\_ che dal dr. med. \_\_\_\_\_. Quest'ultimo ha specificato che non la ritiene indicata né per l'età del paziente né per il quadro clinico e anatomopatologico. In altre parole tale intervento non è da applicarsi alla situazione attuale dell'assicurato, né è dato sapere se lo sarà in futuro. teoricamente possibile che la situazione locale possa avere un peggioramento. Su tale eventualità influisce anche il sovraccarico funzionale, il livello di attività, elementi personali, quindi numerosi fattori non tutti quantificabili. Tuttavia non sono stati evidenziati elementi a favore di un chiaro e probabile peggioramento. D'altro canto, nel caso in esame, la situazione può anche mantenersi costante nel tempo come visto in moltissimi casi. Pertanto possiamo ritenere teorica-mente possibile un peggioramento che porti alla riduzione dell'arco di movimento. Ma tale peggioramento sulla base della situazione attuale e dei dati disponibili clinici, strumentali e delle conoscenze mediche non raggiungere il grado di probabilità prevalente necessario per poterlo includere, già da ora nella valutazione della IMI." Al riguardo, è utile ricordare che, secondo la giurisprudenza federale, aggravamenti futuri giustificano un aumento della menomazione dell'integrità soltanto se l'intervento di un peggioramento è probabile e l'importanza quantificabile. Per contro, non possono essere presi in considerazione peggioramenti che sono semplicemente possibili (cfr. STF 8C\_219/2018 del 5 luglio 2018 consid. 4.3 e riferimenti ivi citati; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 50; STCA 35.2017.117 del 14 agosto 2018, consid. 2.3.7 e STCA 35.2013.63 del 4 dicembre 2014, consid. 2.5.5). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA osserva che non ha motivo 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 pronunzia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dalla dr. med. \_\_\_\_\_, 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 neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere della rappresentante legale dell'assicurato che non trova fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, e non può quindi essere condivisa dal TCA. A questo riguardo si rileva che gli svariati certificati medici agli atti (in particolare, quelli del dr. med. \_\_\_\_\_), non si esprimono in merito alla valutazione dell'IMI operata dal medico di \_\_\_\_\_. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.8.5 e rinvii ivi citati; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.5). Stante quanto precede, in summo, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico di \_\_\_\_\_ che ha, tra l'altro, accertato personalmente un'abduzione di 120° a destra durante la visita \_\_\_\_\_ di chiusura del 16 ottobre 2019 (doc. 480, pag. 5 incarto LAINF). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta unicamente un'IMI del 10% per il danno permanente all'arto superiore destro.

2.7. Da ultimo, va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, ad una " valutazione oggettiva della funzionalità presso un centro specializzato ", come richiesto dal patrocinatore dell'insorgente: cfr. doc. I, pag. 11), ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. L'incarto della CO 1 è stato versato agli atti con la risposta di causa.

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 LPGGA 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. 82a LPGGA (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 è dell'11 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.