

## **TI\_GERICHTE 35.2021.64 vom 6. Dezember 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-12-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.64)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.64 du 6 décembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.64 del 6 dicembre 2021

### **Regeste**

Carpentiere indipendente. Cambiato attività (autista). 3 infortuni. Esigibilità lavorativa (capacità lavorativa al 100%, tempo e rendimento, nell'attività abituale) confermata. No rendita. No IMI aggiuntiva. No AG

### **Erwägungen**

#### **E. 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; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.3.1). 2.3.2. Il TCA rileva che non è oggetto di contestazione la stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato al 1° gennaio 2021. A ragione. Difatti, dalle tavole processuali si evince che il

#### **E. 24**

settembre 2020 il dr. med. \_\_\_\_\_, medico specialista che ha operato il

#### **E. 26**

ottobre 2019 rispettivamente una capacità lavorativa definitiva del 50% (presenza) in attività adeguate dal 5 aprile 2021 (doc. F).

Davanti al TCA, in sede di risposta, l'CO 1 ha puntualizzato quanto segue:

In siffatte circostanze la censura ricorsuale giusta la quale ■la decisione avversata si rivela perlomeno incompleta (e quindi erronea) nel non aver ritenuto il raffronto dei redditi al fine di valutare i presupposti per un diritto ad una rendita, conto tenuto che la differenza tra i redditi da valido e da invalido avrebbero potuto condurre ad una invalidità superiore al 10% anche sulla base degli accertamenti medici svolti dalla CO 1 e per essa dal dr.

\_\_\_\_\_■ (doc. I, pag. 5) deve essere respinta. Da ultimo, giova qui ricordare che l'■infortunio del 14 dicembre 2014 (sinistro no. 10.26001.15.0) è stato chiuso dall'■CO 1 con decisione del 26 aprile 2016 (con la quale è stata assegnata all'■assicurato un'■IMI del 10%), cresciuta incontestata in giudicato (doc. 63/fasc. 3; cfr. consid. 1.1).

#### **E. 27**

febbraio 2020 l'assicurato alla spalla presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha attestato quanto segue: " 6 Monate nach oben genanntem Eingriff erscheint der Patient in meiner Sprechstunde für die geplante klinisch-radiologische und sonographische Verlaufskontrolle. Seit der letzten Kontrolle hat der Patient wiederum eine deutliche Verbesserung der Schulterfunktion erfahren, er ist mit dem erreichten Resultat sehr zufrieden, nicht zuletzt auch in Kenntnis der Vorgeschichte mit insgesamt vier Eingriffen an der Schulter. (...). Ein halbes Jahr nach oben genanntem Eingriff ist der Verlauf erfreulich. Dies lässt sich auch objektivieren. Ich denke, dass von der chirurgischen Seite her der Patient austherapiert ist, andere vernünftige Massnahmen kann ich ihm nicht anbieten. Der bestehende Physiotherapiezyklus zur Stärkung der Schultergürtelmuskulatur soll komplettiert werden, ich denke, dass nun auch von kreisärztlicher Seite her längerfristig eine Standortbestimmung eingeplant werden kann. Insbesondere zur Festlegung der weiteren Arbeitsfähigkeit, was in einer leidensangepassten Tätigkeit. Es geht hier auch darum, einen Integritätsschaden festzulegen. Ich schliesse die Behandlung bei mir heute ab. " (doc. 116/fasc. 2). In seguito, RI 1 si è sottoposto pure ad un trattamento fisioterapico in regime di Day Hospital dall'8 settembre al 4 novembre 2020 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, al termine del quale il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " Considerato il miglioramento ottenuto con i trattamenti eseguiti considero opportuno continuare la fisioterapia in regime ambulatoriale (realizzo prescrizione per 9 ulteriori trattamenti). Rinnovo la ricetta per il Zaldiar che il paziente potrà assumere fino a 3 volte al giorno. Ricordo al paziente l'importanza di continuare a svolgere dell'attività fisica in maniera regolare. " (doc. 121/fasc. 2). Alla luce di quanto emerge dalla documentazione medica a disposizione anzidetta questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° gennaio 2021, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. La circostanza che l'insorgente necessitasse di misure conservative (fisioterapia) volte a evitare un loro aggravamento è difatti irrilevante. Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente non potevano più essere sensibilmente migliorate grazie ad ulteriori terapie. 2.3.3. Il patrocinatore dell'insorgente critica invece l'operato dell'CO 1 per non avere riconosciuto al suo cliente le indennità giornaliere in misura completa sino al 31 marzo 2021 (" Anpassungszeit ") (cfr. doc. I, pag. 5 e 6). A questo proposito il TCA segnala che, in una sentenza 8C\_443/2016 dell'11 agosto 2016 consid. 2.3, il Tribunale federale ha precisato che l'assegnazione di un termine d'adattamento si giustifica nell'ambito dell'applicazione dell'art. 6 seconda frase LPGA, ma non allorquando il diritto all'indennità giornaliera si è estinto - come è il caso nella presente fattispecie - in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (" Der Beschwerdeführer rügt, ihm sei seine bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar; die CO 1 habe aber die Taggelder eingestellt, ohne ihm eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen. Mit dieser Argumentation übersieht er jedoch, dass ihm nicht etwa die Taggelder gestützt auf Art. 6 Satz 2 ATSG gekürzt wurden, sondern dass der Anspruch auf ein Taggeld gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG untergegangen ist. Da - was vom Versicherten nicht bestritten wird - von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 31. August 2014 hinaus keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war, durfte die Beschwerdegegnerin somit die Taggeldleistungen einstellen, ohne ihn zunächst zu einem Berufswechsel aufzufordern und eine Übergangsfrist zu gewähren. "; cfr. pure la STCA 35.2018.1 del 12 ottobre 2018, consid. 2.2.2.). Alla luce della giurisprudenza federale appena riportata, il TCA non può che confermare l'operato dell'CO 1. 2.4. Diritto a una

rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, pag. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo

eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, pag. 97 ss., 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.

## **E. 28**

cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.4.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV

Nr. 10, p. 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, RAMI 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. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 35 consid. 4b). Giova qui infine ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2; STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5). 2.4.4. Per costante giurisprudenza, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio

2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C\_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C\_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C\_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C\_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STF 9C\_341/2019 del 5 settembre 2019, consid. 3.1 e rinvii ivi citati; STF 8C\_563/2020 del 7 dicembre 2020, consid. 4.2.5; STF 8C\_19/2021 del 27 aprile 2021, consid. 6; STF 8C\_374/2021 del 13 agosto 2021 consid. 5.6; STF 8C\_291/2021 del 12.10.2021 e STF 8C\_382/2021 del 19.10.2021; fra le tante, cfr. STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.6; STCA 32.2020.25 del 2 ottobre 2020, consid. 2.6 e STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.5).

2.4.5. Per quanto concerne la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, il TCA rileva che, a seguito dell'infortunio del 15 dicembre 2014 alla spalla destra (inf. no. \_\_\_\_\_: cfr. fasc. 3), al termine della visita \_\_\_\_\_ del 23 febbraio 2016, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, si era così espresso: " (...) L'assicurato ha ripreso dal 01.11.2015 al 100% la propria attività lavorativa ma riferisce difficoltà nell'esecuzione dei lavori più pesanti che cerca di delegare a terzi. Si ritiene quindi che l'attività di carpentiere in proprio al momento attuale sia avvenuta e resa possibile da una attenta riorganizzazione del proprio lavoro e della propria gestualità, delegando a terzi i lavori più pesanti. Pertanto l'esigibilità lavorativa sul mercato generale del lavoro è definita al 100% con le limitazioni funzionali sotto riportate. Esigibilità del lavoro Molto spesso può portare pesi molto leggeri fino ai 5 kg fino all'altezza dei fianchi. Talvolta pesi leggeri 5 - 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi medi 10 - 25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi pesanti e molto pesanti dai 25 ai 45 kg fino all'altezza dei fianchi; può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg, non può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori a 5 kg. Nessuna limitazione nel maneggio di attrezzi leggeri e di precisione, spesso può adoperare attrezzi medi, mai può effettuare lavori pesanti manuali rozzi o molto pesanti. Nessun problema nella rotazione della mano. Mai può effettuare lavori sopra la testa mentre invece può effettuare i lavori in rotazione in posizione seduta e inclinata in avanti, posizione in piedi e inclinata in avanti, posizione inginocchiata e flessione delle ginocchia senza nessuna limitazione. Può tenere a lungo la posizione seduta e in piedi e a libera scelta. Nessun problema di cammino oltre i 50 m per lunghi tratti o su terreno accidentato, può salire e scendere le scale ma non potrà mai salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è consentito senza nessuna limitazione e lo stare in equilibrio è possibile. (...)" (doc. 58/fasc. 3)

A partire dal 25 aprile 2016 l'assicurato ha abbandonato l'attività di carpentiere indipendente, in quanto assunto quale autista di veicoli pesanti a tempo pieno (presenza e rendimento) nell'ambito dei trasporti internazionali dalla ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, con la possibilità di utilizzare un veicolo automatico e senza essere confrontato con operazioni di carico-scarico pesi, fino all'infortunio del 30 giugno 2018 alla spalla sinistra (inf. no. \_\_\_\_\_: cfr. fasc. 2). Poi, il 6 giugno 2019, allorquando presentava ancora un'inabilità lavorativa per l'infortunio del 2018, l'assicurato è stato assunto dalla ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato in qualità di " Autista di veicoli leggeri CFP " e ha svolto questa attività in misura del 50% a partire dal 2 luglio 2019 e avrebbe dovuto svolgerla al 100% a partire dal 16 settembre 2019, in base a quanto attestato il 16 giugno 2019 dal proprio medico specialista, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.4). Il ricorrente è poi rimasto vittima dell'infortunio del 23 agosto 2019 alla spalla sinistra (inf. no. \_\_\_\_\_: cfr. fasc. 1) e il contratto di lavoro è stato sciolto per il 31 agosto 2019 (doc. 13e 46/fasc. 1). Da ultimo, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo alla visita \_\_\_\_\_ del 2

dicembre 2020 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. 131/fasc. 2), giusta il quale: " Diagnosi Stato dopo dolori cronici spalla destra in esiti di sutura della cuffia dei rotatori con tenotomia capo lungo del bicipite a due riprese 2013 e 2015. Stati dopo capsulotomia artroscopica e rimozione dei mezzi di sintesi con borsectomia e sblocco delle aderenze per via aperta spalla sinistra il 22.02.2019 per ossificazione eterotipiche con rigidità articolare della spalla sinistra in stato dopo osteosintesi omero prossimale sinistro con placca Philos il 05.07.2018. Stato dopo frattura di insufficienza omero prossimale a sinistra dopo lenta consolidazione. 27.02.2020 artroscopia spalla sinistra con capsulotomia, borsectomia, acromio-plastica e resezione parziale AC. Approccio delto-pettorale con ispezione della frattura di insufficienza che mostra un collo sufficiente con revisione di una parte non consolidata con plastica di spongioso omologa e asportazione di una grande calcificazione della parte molle anteriore. Apprezzamento Dichiarazioni soggettive dell'assicurato L'assicurato non è tanto contento in quanto ha ancora fastidi come pure dolore a dipendenza dell'attività eseguita durante il giorno. Vede una difficoltà a lavorare al 100% nel suo precedente lavoro come camionista. Desidera lavorare in modo ridotto, quindi parziale. Reperti oggettivi Oggettivamente si nota una cuffia rotatoria competente con mobilità attiva andando in abduzione/estensione senza problemi verso 130-140°. Buona guarigione dopo molteplici interventi dell'omero prossimale. Si nota un deficit ancora alla rotazione esterna sinistra, leggermente anche del tricipite a sinistra confronto a destra. A destra si nota una migliore mobilità con dolori cronici. Nessun problema nella mobilità della colonna cervicale. Proposte diagnostiche e terapeutiche Proponiamo di continuare gli esercizi con rinforzo del cingolo scapolare in modo autonomo. Proponiamo di optare per un abbonamento in uno studio fitness per eseguire gli esercizi regolarmente. Aspetti medico-assicurativi Infortunio \_\_\_\_\_: contusione dell'articolazione AC senza lesione della cuffia rotatoria spalla sinistra. Infortunio \_\_\_\_\_: spalla sinistra senza influsso sulla valutazione odierna. Ho discusso a lungo la situazione con l'assicurato. Ho spiegato che la mia valutazione è strettamente medica sulla base dei decorsi, esami clinici e radiologici. Secondo la descrizione del suo precedente lavoro un'attività leggera fino a medio pesante può essere fattibile senza problemi con una spalla bilateralmente competente. Vi sono limiti per lavori molto pesanti, problema che era presente già prima dell'infortunio. Come autista di veicoli leggeri non vi è nessuna limitazione. Per lo scarico e carico chiaramente deve avere un aiuto, nel senso di un supporto elettrico, in caso deve scaricare o caricare merce pesante. Di conseguenza ho dichiarato una piena abilità lavorativa. (...)” In data 18 gennaio 2021 (doc. 141/fasc. 2), l'avv. RA 1 ha contestato la valutazione medica operata dal medico \_\_\_\_\_, producendo pure due fotografie (doc. 141, pag. 5 e 6/fasc. 2), sulla base delle seguenti considerazioni: " (...). L'infortunio rubricato ed al quale il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ dovrebbe (avrebbe dovuto) riferirsi quello del 27.8.2019. Utilizzo il condizionale poiché dal rapporto del medico non risulta quale sia l'infortunio al quale dovrebbe riferirsi. In realtà neppure si comprende a quale parte del corpo si riferisca la visita: la spalla sinistra o quella destra? (...). La dinamica dell'evento è al limite dell'infortunio in senso tecnico. Manifestamente si tratta di una ricaduta dell'infortunio occorso nel 2018 a RI 1 e rubricato quale inf. \_\_\_\_\_. Questo è stato trattato in un primo tempo dalla CO 1 di \_\_\_\_\_, poiché all'epoca RI 1 lavorava presso la ditta \_\_\_\_\_ nella Svizzera interna. RI 1 mi ha confermato che l'incarto vi successivamente stato trasmesso per la trattazione. Fatt'è che nell'anamnesi riportata nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non si fa neppure menzione dell'incidente e neppure dell'intervento operatorio del medesimo che ha

avuto luogo nel febbraio 2019 e che è stato oltremodo importante. Ho modo di credere non solo che il dr. \_\_\_\_\_ non sapesse le conseguenze di quale infortunio - e con quale dinamica è occorso - dovesse esaminare; che neppure abbia letto l'incarto o comunque neppure gliene è stata sottoposta una breve cronistoria. RI 1 mi ha confermato che la visita presso il dr. \_\_\_\_\_ è durata 20 minuti, 30 al massimo: tutto compreso. Si è limitato ad un accertamento clinico circa l'estensione degli arti. Null'altro. Il dr. \_\_\_\_\_ nel proprio rapporto afferma che " non vi è alcuna atrofia valutabile " (cfr. p. 4). L'affermazione ha degli aspetti grotteschi. Vi accludo due fotografie dalle quali si accerta in maniera chiara che il braccio sinistra ha una muscolatura nettamente ridotta rispetto a quello destro (peraltro esso pure menomato). Le fotografie non rendono ragione dell'atrofia del braccio sinistro che dal vero risulta non solo evidente, ma tale da apparire una menomazione antiestetica. Il medico chiude il rapporto affermando che " Ho discusso a lungo la situazione con l'assicurato. Ho spiegato che la mia valutazione è strettamente medica sulla base dei decorsi, esami clinici e radiologici ". Che ne abbia discusso a lungo è improbabile; che la sua valutazione " medica " sia completa è dubbio. Quale fosse la necessità di tale affermazione non è nota; con tutta verosimiglianza al fatto che RI 1 ha contrapposto i propri dubbi alle conclusioni del medico, di cui però quest'ultimo non fa menzione. (...)"

Interpellato in merito alle precisate osservazioni dell'avvocato dell'assicurato dall'amministrazione, nell'apprezzamento medico del 25 febbraio 2021 (doc. 162/fasc. 2), il dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue: " (...) L'avvocato RA 1 scrive che nel mio rapporto di visita del 2.12.2020 non si cita e non viene indicato quale sia l'infortunio a cui dovrebbe riferirsi. A questo proposito, è opportuno rilevare che nella prima pagina nell'instestazione, in alto a sinistra, è riportato il numero dell'infortunio del caso in parola. (...). (...) devo chiarire all'avvocato il fatto che nella prima parte del mio rapporto è menzionato il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ della visita del 16.08.2019. Questo mio breve riassunto riporta quanto è importante per il rapporto e chiaramente non vengono copiati semplicemente tutti i rapporti del dossier. Come tutti gli altri riassunti del mio rapporto questi sono stati riassunti e redatti da me personalmente, estrapolando solo le informazioni essenziali per il rapporto. Logicamente e chiaramente questo significa che ho dovuto, non solo studiare tutti i rapporti menzionati, ma visionare anche le radiografie e i rispettivi referti del caso. Altrimenti, logicamente, non è possibile riferirsi a un rapporto. In Svizzera nei rapporti medici, nella prima parte viene sempre elencata la diagnosi del paziente come anche nel rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ in questione. In questo caso il dr. med. \_\_\_\_\_ si riferisce logicamente anche all'intervento precedente, siccome l'infortunio si basa sulle conseguenze del precedente infortunio (\_\_\_\_\_), così come i rapporti relativi alle visite eseguite presso la clinica \_\_\_\_\_ che fanno riferimento al caso del 30.6.2018. Visto quanto precede è chiaro che nella valutazione è stato correttamente tenuto conto anche delle conseguenze della frattura dell'omero. Ho allestito il riassunto con una breve cronistoria con gli estratti di tutti i rapporti, ciò significa con indiscutibile chiarezza che ho visionato tutti i rapporti in questione. La mancanza di citazione del numero d'infortunio 25.67036.18.1 è unicamente una svista amministrativa e non una lacuna a livello medico. (...). Ritornando sul fatto di aver svolto una visita di «solo 20 a 30 minuti» (secondo l'avvocato e assicurato), posso informare l'avvocato che prima di una visita è ovviamente necessario prepararsi leggendo i rapporti, che sono tutti registrati nella nostra banca dati elettronica. Lo stesso discorso riguarda tutte le radiografie precedenti, che inevitabilmente devono essere valutate e visionate da parte mia. La qualità di una visita non dipende dalla durata ma dalla preparazione, esperienza e formazione del medico specialista.

Praticando da oltre due decenni nell'ambito di traumatologie e ortopedia, essendo anche attualmente regolarmente in sala operatoria nell'ambito ortopedico e traumatologico, oltre che ad essere consulente peritale, non necessito ore per valutare sufficientemente e precisamente un assicurato con una patologia già conosciuta prima della visita. Per quanto riguarda l'esame clinico ho eseguito tutti i test necessari e riconosciuti a livello internazionale per valutare il cingolo scapolare e la situazione post-frattura con ritardato consolidamento della zona sub-capitale dell'omero sinistro. La visita di 30-40 minuti riguarda solo la valutazione clinica e per discutere la situazione attuale e precedente che è in genere assolutamente sufficiente e viene soltanto prolungata, nel caso ci fossero da chiarire alcuni argomenti del caso. Penso che sia logico e comprensibile per l'avvocato che si tratta unicamente di una visita clinica poiché il riassunto sulla base degli atti ed eventuali referti vengono elaborati a parte e non durante la visita. In questo contesto, dove l'avvocato sostiene che l'assicurato ha fatto solo un'estensione degli arti, mi chiedo se l'avvocato abbia davvero letto il mio rapporto in cui vengono descritti i vari test. Si tratta di test ortopedici standard che, al bisogno, sono visionabili da chiunque su internet. (...). Per quanto riguarda le fotografie inerenti il problema estetico menzionato dall'avvocato, preciso che non si valuta l'estetica della cute, di una cicatrice o aderenza a meno che venga coinvolta una limitazione funzionale. Ho eseguito una valutazione del bicipite/tricipite (ben visibile in questa foto), ho valutato anche la muscolatura della cuffia rotatoria, i muscoli che si trovano attorno alla scapola e, posso affermare che non hanno a che fare con la cicatrice, la quale è visibile unicamente dorsalmente e superiormente ma non sotto la scapola. Il deficit estetico non limita la funzionalità della cuffia rotatoria dei muscoli accessori del cingolo scapolare. Il ventre muscolare del bicipite breve e lungo sono ben visibili anche nelle fotografie, iniziando distalmente alla cicatrice. (...). Con i valori oggettivati durante la visita \_\_\_\_\_ l'attività di autista è esigibile al 100% come prima dell'ultimo infortunio. Durante la visita \_\_\_\_\_ la spalla destra ha mostrato una buona mobilità e forza, praticamente normale, con minima limitazione. Oggettivamente la mobilità e la forza sono migliorate rispetto alla visita di chiusura del 2015. Globalmente, valutando le due spalle siamo confrontati con un miglioramento importante anche a destra; in data odierna non avrebbe più diritto ad IMI. Le risultanze di tipo medico permettono di affermare che le lesioni alla spalla sinistra non hanno modificato in nessun modo la precedente esigibilità lavorativa espressa nel caso 10.26001.15.0. Per questi motivi è lecito concludere che l'assicurato è in grado di riprendere la sua precedente attività lavorativa nella misura del 100%. (...). Davanti al TCA l'avv. RA 1 ha prodotto il " rapporto valutazione EFL all'indirizzo della AI del 26/27.04.2021 " e il rapporto finale del 31 maggio 2021 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale l'assicurato presenta una incapacità lavorativa definitiva del 100% nell'attività abituale di autista di camion dal 26 ottobre 2019 rispettivamente una capacità lavorativa definitiva del 50% (presenza) in attività adeguate dal 5 aprile 2021 (doc. F). Davanti al TCA, in sede di risposta, l'CO 1 ha puntualizzato quanto segue: " (...) 9. Tenuto conto dei danni post-infortunistici ad entrambi gli arti superiori il medico \_\_\_\_\_ ha dichiarato l'assicurato abile al lavoro in misura completa in un'attività da leggera a medio pesante e precisato che gli infortuni del 2018 e 2019 non hanno peggiorato l'esigibilità posta alla chiusura dell'infortunio del 2014. Questo significa che l'assicurato è ancora in grado di lavorare come autista di veicoli pesanti con un veicolo automatico che non necessiti operazioni carico e scarico al 100 a/o. Anche l'attività di autista di veicoli leggeri da lui reperita dopo esser stato licenziato dalla ditta \_\_\_\_\_ risulta esigibile in misura normale. 10. L'assicurato, oltre agli esiti dei tre infortuni presi a

carico dall'CO 1, presenta delle affezioni di nature degenerativa in particolare a livello del rachide cervicale e alle anche così come pure, a mente di chi ha eseguito le EFL, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti. La sintomatologia dolorosa è solo parzialmente in relazione con l'esame clinico. È pure presente un deficit di elevazione al piede destro. Tenuto conto dell'insieme del danno alla salute gli specialisti che hanno eseguito le EFL hanno dichiarato l'assicurato abile al lavoro al 50 % e, per le spalle, ritenuto che egli - così come riconosciuto dai medici dell'CO 1 già dopo l'infortuni de 2014 - non è più in grado di sollevare ripetutamente dei pesi o di svolgere dei gesti ripetitivi. 11. Per quanto riguarda le spalle - alla luce anche della giurisprudenza in vigore - non sussiste motivo alcuno che permetta di ammettere una riduzione della capacità di lavoro quale autista di veicoli pesanti con cambio automatico e senza mansioni di carico e scarico del tipo di quelle svolta dall'assicurato dopo l'infortunio del 2014. Chiaramente anche la guida di veicoli leggeri senza mansioni di carico e scarico di pesi importanti risulta esigibile senza limitazioni. Sintomatico è il fatto che l'assicurato che aveva avuto delle offerte di lavoro in Svizzera romanda - dove risiede la compagna - nell'ambito di dei trasporti di veicoli leggeri.” (doc. V, pag. 3) 2.4.6. Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario - specialista nella materia che qui ci occupa - e posta alla base della decisione avversata. Il TCA non ignora le considerazioni esposte dal patrocinatore dell'assicurato riportare al consid. 2.4.5. Tuttavia esse non sono atte a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente il 2 dicembre 2020 (doc. 131/fasc. 2), con considerazioni puntuali e convincenti, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dal medico fiduciario come pure dell'esigibilità lavorativa posta dal medesimo medico specialista e della capacità lavorativa residua in attività adeguate (quale è stata considerata quella abituale). Le precitate considerazioni sono state inoltre debitamente presi in considerazione e analizzate dal medico fiduciario, in particolare nelle motivate e convincenti considerazioni espresse nel citato rapporto del 25 febbraio 2021 (doc. 162/fasc. 2), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4.5. D'altra parte, il “ rapporto valutazione EFL all'indirizzo della AI del 26/27.04.2021 ” e il rapporto finale del 31 maggio 2021 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. F) non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico fiduciario e, comunque, tengono conto in ogni caso anche del danno alla salute di carattere extra-infortunistico (cfr., in particolare, le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa indicate nel citato rapporto finale dal medico SMR: “ cervicobrachialgia bilaterale persistente, sindrome radicolare iperalgica C4-06 bilaterale - nota stenosi canale spinale cervicale bilaterale; Nota deficit elevazione piede destro M2-3 su lesione iatrogena del nervo fibulare in stato dopo intervento di correzione patellare all'età di 3 anni nel 1973; Coxartrosi bilaterale ”), di cui è affetto l'assicurato. Alla luce di quanto precede il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico \_\_\_\_\_, 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. Il fatto che la visita dal medico \_\_\_\_\_ sia avvenuta su di un arco temporale giudicato breve dal patrocinatore dell'assicurato è peraltro irrilevante ai fini del giudizio. Del resto, secondo la giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e conclusione (cfr. sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; STCA 32.2016.95

dell'11 aprile 2017, consid. 2.7.3; DTF 125 V 351 consid. 3a; STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.8). 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 l'attività abituale di autista (attività da leggera fino a medio pesante) - in particolare sia quella di veicoli pesanti nell'ambito dei trasporti internazionali (svolta dal 25 aprile 2016, per oltre due anni, con esclusione dei lavori molto pesanti, come avveniva già prima dell'infortunio del 30 giugno 2018) sia quella di veicoli leggeri nell'ambito dei trasporti regionali (svolta a decorrere dal 2 luglio 2019 sino all'infortunio del 23 agosto 2019) - al 100% (presenza e rendimento) dal 1° gennaio 2021. In siffatte circostanze la censura ricorsuale giusta la quale " la decisione avversata si rivela perlomeno incompleta (e quindi erronea) nel non aver ritenuto il raffronto dei redditi al fine di valutare i presupposti per un diritto ad una rendita, conto tenuto che la differenza tra i redditi da valido e da invalido avrebbero potuto condurre ad una invalidità superiore al 10% anche sulla base degli accertamenti medici svolti dalla CO 1 e per essa dal dr. \_\_\_\_\_ " (doc. I, pag. 5) deve essere respinta. Da ultimo, giova qui ricordare che l'infortunio del 14 dicembre 2014 (sinistro no. 10.26001.15.0) è stato chiuso dall'CO 1 con decisione del 26 aprile 2016 (con la quale è stata assegnata all'assicurato un'IMI del 10%), cresciuta incontestata in giudicato (doc. 63/fasc. 3; cfr. consid. 1.1). 2.4.7. La decisione dell'CO 1 che ha negato il diritto a una rendita d'invalidità va, di conseguenza, confermata. 2.5. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.5.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. GHÈLEW / RAMELET / RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121). 2.5.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive

contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata). 2.5.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a). 2.5.5. Nella concreta evenienza, dopo aver sentito il parere del 2 dicembre 2020 del dr. med.

\_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore (redatto, giova qui rilevare, dopo avere visitato personalmente l'assicurato ed averne eseguito l'esame obiettivo), giusta il quale " Per quanto concerne la IMI, non vi è il diritto a tale beneficio " (doc. 131/fasc. 2), l'CO 1 ha negato all'assicurato, con la decisione del 26 febbraio 2021 (doc. 164/fasc. 2) - confermata con la decisione su opposizione del 5 luglio 2021 (doc. 168/fasc. 2) - il diritto ad un'IMI aggiuntiva a quella del 10% riconosciuta, alla chiusura del sinistro no. 10.26001.15.0, con decisione del 26 aprile 2016 (doc. 63/fasc. 3), cresciuta, incontestata, in giudicato. In data 18 gennaio 2021 (doc. 141/fasc. 2), l'avv. RA 1 ha contestato la valutazione medica operata dal medico \_\_\_\_\_ riguardante l'IMI, sulla base delle seguenti considerazioni: " (...) In punto all'IMI conclude affermando "per quanto concerne la IMI, non vi è il diritto a tale beneficio": non una motivazione, neppure succinta. Tale affermazione avrebbe imposto da parte vostra la richiesta di correzione e completazione, ciò che non è stato. (...) " (doc. 141, pag. 2/fasc. 2). Interpellato in merito alla precitata osservazione dell'avvocato dell'assicurato dall'amministrazione, nell'apprezzamento medico del 25 febbraio 2021 (doc. 162/fasc. 2), il dr. med.

\_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue: " (...). Anche la valutazione di un'eventuale IMI non riguarda il problema estetico, ma la guarigione della frattura in atto ed eventuale limitazione funzionale o degenerazione conseguente ad un infortunio. Pure gli specialisti

della Svizzera interna e anche in Ticino hanno dichiarato una guarigione dell'omero con cuffia competente, non lesionata nell'infortunio. Si ricorda che nell'artroscopia della spalla è stato eseguito unicamente un trattamento delle degenerazioni di origine morbosa. Per concludere il discorso della IMI, solo in caso di un tale diritto si redige su un apprezzamento con la valutazione della percentuale e l'indicazione della tabella di riferimento. La mobilità della spalla va oltre i 30 gradi al di sopra dell'orizzontale, pertanto non rientra nel mi-nimo necessario per il diritto all'IMI secondo la tabella 1. Come in questo caso, in cui non persiste un diritto, dove la cuffia rotatoria è presente come è stato indubbiamente dimostrato, diagnosticato e descritto anche dalla clinica \_\_\_\_\_, essendo confrontati con una guarigione completa anche se con un processo prolungato. Quindi non necessita nessun altro approfondimento diagnostico, come ben descritto esaustivamente sopra, in quanto l'osso è guarito, consolidato e stabile. Di conseguenza, non vi è un diritto ad IMI. (...)" . Davanti al TCA il patrocinatore del ricorrente ha chiesto una rivalutazione del grado dell'indennità per menomazione all'integrità fisica, in particolare l'attribuzione di un'IMI aggiuntiva del 10% (cfr. doc. I, pag. 6), sulla base delle seguenti argomentazioni: "(...) Il mancato accertamento dell'indennità per la menomazione all'integrità dovrà essere perlomeno motivato. Al riguardo facciamo presente che provvederemo in tutti i casi a documentare una nostra presa di posizione in punto all'indennità per la menomazione all'integrità che non è ancora stato possibile ottenere a motivo delle correnti ferie estive. Non nascondiamo - quantunque sappiamo non essere un motivo di diritto - che non abbiamo alcuna fiducia nelle conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, né in punto alla valutazione delle limitazioni tantomeno in punto al tasso di imi. (...)." (cfr. doc. I, pag. 5; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice). 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 TF con pronuncia 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 dal 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 \_\_\_\_\_. Il 27 settembre 2021 il TCA ha assegnato alle parti un termine di 10 giorni per presentare eventuali altri mezzi di prova (doc. VI). A tutt'oggi il patrocinatore del ricorrente non ha presentato ulteriori mezzi di prova a questa Corte. 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; STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021, consid. 2.10.5). Stante quanto precede, in summo, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle convincenti e dettagliate considerazioni espresse dal medico \_\_\_\_\_ nell'apprezzamento medico del 25 febbraio 2021 (doc. 162/fasc. 2). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata negata un'IMI aggiuntiva a quella del 10% riconosciuta, alla chiusura del sinistro no. 10.26001.15.0, con decisione del 26 aprile 2016 (doc. 63/fasc. 3), cresciuta, incontestata, in giudicato. 2.6. A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, il richiamo dell'incarto AI richiesto dal patrocinatore del ricorrente: cfr. doc. I, pag. 6). I tre incarti della CO 1 riguardanti l'assicurato sono stati versati agli atti con la risposta di causa (cfr. consid. 1.9). In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.7. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata. 2.8. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), 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 del 7 settembre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (cfr. STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.12; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema cfr. anche STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021. 2.9. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. II). Preliminarmente il TCA osserva di avere assegnato l'8 settembre 2021 al patrocinatore un termine di 20 giorni (doc. IV) - prolungato su richiesta (doc. VII) di ulteriori 20 giorni (doc. VIII) - per produrre il relativo certificato municipale debitamente compilato e vidimato dalla cancelleria comunale competente, " in difetto del quale il Tribunale si pronuncerà in merito sulla base degli atti in suo possesso. " come pure la

documentazione economica dimostrante lo stato d'indigenza (atti fiscali, estratti UEF, eventuali decisioni dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, ecc.). A tutt'oggi non è pervenuta alcuna documentazione a questa Corte che, pertanto, si pronuncerà sulla base delle tavole processuali. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Ora, va rilevato che per quanto riguarda la situazione medico-valetudinaria dell'assicurato, sul quale era focalizzato il gravame, alla luce della giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino (riportata in sentenza), doveva apparire chiaro che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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