

## **TI\_GERICHTE 35.2021.86 vom 23. Mai 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-05-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.86)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.86 du 23 mai 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.86 del 23 maggio 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

marzo 2014 in poi (doc. I, p. 13). Trattandosi invece della spalla destra, interessata da un infortunio accaduto il 1° settembre 2013, l'avv. RA 1 pretende che l'assicurato venga posto al beneficio delle prestazioni di legge in relazione all'aggravamento attestato dalla RMN del 27 agosto 2021 e dalla certificazione 3 settembre 2021 del medico curante (doc. I, p. 15). A proposito delle turbe psichiche, la patrocinatrice contesta che esse non costituirebbero una conseguenza adeguata dell'infortunio del gennaio 2015 e, in particolare, il preteso mancato adempimento del criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute ("I dati di fatto agli atti dimostrano al contrario che l'operazione primaria alla spalla sinistra non ha avuto esito positivo e risolutivo e che il decorso dell'infortunio è stata per l'assicurato fonte di grande sofferenza e complicazione che non è stata minimamente riconosciuta medicalmente dalla CO 1 al punto che solo nel 2018 a fronte di una grave persistente situazione di dolore l'assicurato si è potuto sottoporre ad una nuova operazione presso la \_\_\_\_\_. Durante il periodo considerato il signor RI 1 è stato sottoposto a grave limitazione e sofferenza fisica che gli ha determinato un aggravamento della situazione depressiva documentata medicalmente dai certificati del dr. \_\_\_\_\_, che non può essere considerata svincolata causalmente dall'infortunio, come ritenuto unilateralmente dalla CO 1."). In questo contesto, ella pretende che venga disposta un approfondimento peritale psichiatrico (doc. I, p. 14). Per quanto riguarda gli aspetti economici legati alla determinazione del grado dell'invalidità, l'avv. RA 1 censura l'entità di entrambi i redditi ritenuti dall'amministrazione. Per quanto riguarda il reddito da valido (fr. 58'461), ella rileva che esso sarebbe "macroscopicamente inferiore al dato del reddito assicurato nel 2015" (fr. 61'248). Per quanto concerne invece quello da invalido (fr. 61'539), la patrocinatrice rimprovera all'CO 1 di non aver "... fornito, se non attraverso uno stereotipato e generico richiamo, le tabelle TA1 per consentire all'assicurato di valutare l'utilizzo dei dati indicati dall'ufficio nelle proprie tabelle (...). Tanto meno viene data alcuna informazione in merito a quali attività adeguate che si ritiene potrebbero essere svolte concretamente dall'assicurato gravato sia dalla limitazione della spalla che dalle limitazioni alle ginocchia.". Inoltre, sempre secondo la rappresentante, sul reddito statistico da invalido andrebbe operata una riduzione a titolo di gap salariale, rispettivamente una deduzione sociale maggiore rispetto a quella applicata dall'amministrazione (5%) (doc. I, p. 17 s.). In merito agli interessi di mora da pagare sull'importo dell'IMI, l'avv. RA 1 rileva segnatamente che "tale diritto (quello all'IMI, n.d.r.) svincolato da quello del diritto al riconoscimento della rendita è sorto a partire dal passaggio in giudicato di tale situazione avvenuta nel marzo 2019. Detto capo di sentenza infatti non è stato oggetto di impugnazione da parte dell'assicurato aventi il Tribunale federale che ne dà atto a pagina 4 della decisione. Di conseguenza, si contesta l'avvenuto riconoscimento degli interessi di mora sulla somma liquidata a partire dal primo agosto 2021, considerato che il diritto

dell'assicurato alla attribuzione di tale indennità è sorto quanto meno con il passaggio in giudicato della decisione del TCA nel marzo 2019. Ciò tenuto altresì conto che la percentuale IMI nella misura del 15% è stata riconosciuta nell'elaborato peritale del dr. \_\_\_\_\_ sin dal 21 settembre 2020. La tardività di CO 1 della quantificazione di tale indennità una volta riconosciuto il diritto non può essere certamente addebitata all'assicurato come una sua mancanza. Si chiede quindi che il riconoscimento degli interessi di mora relativi alla predetta indennità siano riconosciuti quanto meno a partire da tale data.” (doc. I, p. 16 s.). La patrocinatrice dell'insorgente chiede infine che il diritto al gratuito patrocinio, che la decisione su opposizione impugnata sembrerebbe limitare alla sola procedura di opposizione, venga esteso all'intera procedura amministrativa (cfr. doc. I, p. 18 s.). 1.8. In data

## **E. 8**

novembre 2021, l'avv. RA 1 ha prodotto la documentazione volta a supportare la domanda di assistenza giudiziaria, così come un'ulteriore certificazione del medico curante (doc. IV + allegati). 1.9. L'CO 1, in risposta, ha postulato che l'impugnativa venga respinta con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. doc. VI). In particolare, l'assicuratore convenuto ha ribadito che “ ... i disturbi oggetto dell'annuncio di ricaduta 7.9.2021 per la spalla destra (incarto \_\_\_\_\_) e i disturbi al ginocchio sinistro e al ginocchio destro che hanno necessitato di un intervento l'11.3.2021 risp. il 30.9.2021 esulano dalla presente procedura. Tali problematiche vengono gestite dall'Agenzia di \_\_\_\_\_ che, se del caso, a tempo debito, rilascerà una o più decisioni. Il 12.10.2021 l'Agenzia di \_\_\_\_\_ ha peraltro confermato la presa a carico degli interventi alle ginocchia. ”. D'altra parte, trattandosi del diritto al gratuito patrocinio, esso ha precisato di non avere mai “ ... rifiutato di prendere a carico le spese legali per la procedura amministrativa che ha fatto seguito alle sentenze di rinvio. Prima di esprimersi in merito l'CO 1 rimane nell'attesa di sapere a quanto ammontano gli arretrati che verranno versati all'assicurato ”. 1.10. In data 14 dicembre 2021, la rappresentante dell'insorgente si è in sostanza riconfermata nelle proprie allegazioni e conclusioni (cfr. doc. X + allegati). Il 23 dicembre 2021, ella ha prodotto ulteriore documentazione medica (doc. XII + allegato). L'amministrazione ha preso posizione in proposito il 10 gennaio 2022 (doc. XIV). L'8 febbraio 2022, l'avv. RA 1 ha ribadito “ ... gli argomenti ed istanze del ricorso 25 ottobre 2021 e delle deduzioni 14 dicembre 2021 ” e ha versato agli atti copia di uno scritto, datato 30 dicembre 2021, dell' \_\_\_\_\_ dell'CO 1 (doc. XVI + allegato). in diritto 2.1. Nel caso di specie, tenuto conto del tenore della sentenza di rinvio del Tribunale federale (cfr. supra, consid. 1.3.), questo Tribunale è principalmente chiamato a determinare se e quando lo stato della spalla sinistra, interessata dall'evento infortunistico accaduto nel gennaio 2015, si è stabilizzato (con conseguente estinzione, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, del diritto alle prestazioni di corta durata [cura medica + indennità giornaliera]) e, nell'affermativa, se i postumi di quell'infortunio giustificano, oppure no, un aumento della rendita d'invalidità attribuita a dipendenza dei sinistri del 2005 e del 2014, nel forma di una rendita combinata. Va rilevato che l'entità in quanto tale dell'indennità riconosciuta dall'CO 1 per la menomazione dell'integrità di cui l'assicurato è portatore alla spalla sinistra (15%), non è per contro contestata. 2.2. Il TCA constata che l'assicuratore LAINF, nel determinare il diritto a una rendita combinata (e, più precisamente, nel valutare l'esigibilità lavorativa), ha trattato quanto gli è stato annunciato nel corso dei mesi di marzo (cfr. doc. 161 – fasc. 4) e settembre 2021 (cfr. doc. S) alla stregua di ricadute degli infortuni 2005 e 2014, rispettivamente di quello occorso nel 2013 (che aveva riguardato la spalla

destra ), e ne ha fatto l'oggetto di procedure separate. Dalle carte processuali emerge che le ricadute riguardanti le ginocchia sono state prese a carico dall'amministrazione e l'insorgente è stato (nuovamente) posto al beneficio di prestazioni di corta durata (cfr. supra , consid. 1.6. e doc. XIV: "L'CO 1 ha riconosciuto il proprio obbligo d'indennizzo. Se così non fosse stato il caso l'CO 1 non avrebbe accettato di prendere a carico le spese di cura. L'CO 1 non ha ripristinato le indennità giornaliere visto quanto figura all'art. 23 cpv. 8 LAINF."). L'assicuratore ha peraltro precisato che avrebbe proceduto a rivalutare il grado dell'invalidità alla chiusura delle ricadute, ovvero al momento in cui lo stato post operatorio delle ginocchia si sarebbe stabilizzato (cfr. doc. 299 – fasc. 2, p. 7: "Alla chiusura delle ricadute la CO 1 riesaminerà il grado dell'incapacità lucrativa."). Da parte sua, con riferimento alla situazione delle ginocchia, la patrocinatrice del ricorrente critica il procedere dell'amministrazione, in quanto, così facendo, essa non avrebbe valutato il diritto a una rendita in funzione dell'integralità del danno alla salute infortunistico. Del resto, a suo avviso, non si sarebbe nemmeno trattato di ricadute, quanto piuttosto della continuazione dei casi d'infortunio iniziali (cfr. doc. I e doc. X). Questa Corte osserva che dalle tavole processuali si evince che la situazione a livello delle ginocchia è stata dichiarata stabilizzata già a far tempo dal 1° luglio 2015 (cfr. doc. 81 – fasc. 3). A quel momento, RI 1 è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità del 10%, stabilita in applicazione del metodo ordinario del raffronto dei redditi (l'assicurato era stato dichiarato non più in grado di svolgere la sua precedente professione ma totalmente abile in attività sostitutive adeguate) (cfr. doc. 98 – fasc. 3). La decisione su opposizione del 15 ottobre 2015, che aveva in sostanza confermato quella formale del 17 settembre 2015, era cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. 111 – fasc. 3). Al riguardo, è utile precisare che la stabilizzazione ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF non significa la scomparsa di tutti i disturbi ma piuttosto l'assenza di terapie ancora suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche. È così che, nel caso concreto, in base alle risultanze della visita \_\_\_\_\_ di chiusura del 6 maggio 2015 eseguita dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia generale e della mano, l'assicurato presentava ancora "riduzione e limiti funzionali bilateralmente, instabilità sagittale al ginocchio destro (su ri-rottura del LCA, n.d.r.), nessun versamento, ipotrofia coscia destra" (doc. 76 – fasc. 3). Nel prosieguo, sempre per quanto riguarda le ginocchia, da parte dei sanitari sono state formulate delle proposte terapeutiche che o non sono state accettate dal ricorrente (già a margine delle consultazioni del 25 febbraio [doc. 64 – fasc. 3] e del 10 novembre 2015 [doc. 112 – fasc. 3], il chirurgo ortopedico dott. S. Lafranchi aveva prospettato un approccio chirurgico, riguardo al quale l'assicurato aveva manifestato contrarietà [cfr. doc. 113 – fasc. 3: "Mi informa che la situazione delle ginocchia è stabile. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha proposto intervento chirurgico ma non ha dato nessun garanzia, non se la sente quindi di farsi operare . (...). Spiego all'assicurato che valuteremo quindi le prestazioni di IMI, nel caso in cui in futuro dovesse essere operato potrà sempre riannunciarsi." – il corsivo è del redattore]) o si è trattato di provvedimenti conservativi , volti a evitare che la situazione acquisita peggiorasse (in occasione delle visite del 2 ottobre e del 12 dicembre 2017, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e traumatologia, aveva prescritto delle sedute di rieducazione della funzione articolare atto a rinforzare la muscolatura dei distretti della muscolatura glutea e quadricipitale degli arti inferiori allo scopo di "ricreare una funzionalità tale da controllare il sintomo doloroso e la funzionalità" [cfr. doc. 92 – fasc. 1], rispettivamente una terapia riabilitativa da ripetere 3 volte all'anno, " al fine di mantenere lo status così com'è ed evitare un ulteriore degenerazione ." [cfr. doc. 112 – fasc. 1 – il corsivo è del redattore]).

D'altro canto, nessuno ha mai sostenuto che, a causa di un aggravamento delle condizioni delle ginocchia, l'insorgente non fosse più in grado di svolgere quelle attività lavorative leggere per le quali era stato dichiarato abile al lavoro al momento della chiusura del caso d'infortunio del 2014. Con apprezzamento del 13 novembre 2017, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha anzi dichiarato che, a fronte di una situazione radiologica rimasta invariata, era ancora valida l'esigibilità definita a margine della visita di chiusura del 6 maggio 2015 (doc. 110 – fasc. 1). Lo stesso esperto amministrativo, dott. \_\_\_\_\_, in occasione della visita peritale del 14 settembre 2020, rispondendo al quesito n. 6, ha sostenuto che, sebbene fosse intervenuto un certo aumento delle gonartrosi, "... non vi è stata alcuna variazione del profilo di esigibilità formulato dal medico \_\_\_\_\_ il 6 maggio 2015 per quanto riguarda entrambe le ginocchia." (doc. 268, p. 39 – fasc. 2). In merito alle perplessità manifestate a quest'ultimo riguardo dall'avv. RA 1, si dirà meglio in seguito. Nel corso del mese di febbraio 2021 - quindi dopo la visita peritale del dott. \_\_\_\_\_ - il ricorrente ha consultato il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha proposto l'esecuzione d'interventi artroscopici con, al ginocchio sinistro, toilette articolare, plastica di Notch ed eventuale sutura meniscale e, a quello destro, plastica del LCA con allograft (cfr. doc. 296, p. 13). L'operazione al ginocchio sinistro ha avuto effettivamente luogo nel marzo 2021, quella al ginocchio destro nel settembre 2021 (cfr. doc. P). Come detto in precedenza, l'CO 1 ha al riguardo ammesso il proprio obbligo a prestazioni, riconoscendo dunque trattarsi di provvedimenti terapeutici atti a migliorare sensibilmente lo stato delle ginocchia e, di conseguenza, si è dichiarato pronto a coprire le relative "... spese per le cure mediche prestate in Svizzera direttamente da medici, terapisti, ospedali o farmacie." (doc. 302 – fasc. 2). In queste condizioni, secondo il TCA, non presta il fianco a critiche il fatto che l'amministrazione abbia assunto gli interventi artroscopici alle ginocchia a titolo di ricadute ex art. 11 OAINF e ne abbia fatto l'oggetto di una procedura distinta da quella sub iudice. In questo senso, non può del resto essere ignorato che l'indicazione chirurgica relativa alle ginocchia è stata posta ampiamente dopo la data di chiusura del caso concernente la spalla sinistra, oggetto della sentenza federale di rinvio, così come è stata definita dal perito amministrativo (luglio 2019) (doc. 268, p. 38 – fasc. 2), e dopo la consultazione peritale medesima. L'avv. RA 1 non può essere seguita laddove rimprovera all'CO 1 di aver frammentato i diversi disturbi infortunistici lamentati dall'assicurato, procedere, a suo avviso, inammissibile allorché occorre valutare il diritto a una rendita d'invalidità. In realtà, l'istituto resistente ha preso in considerazione (anche) la situazione delle ginocchia che esisteva prima degli annunci di ricaduta. In effetti, nello stabilire se la rendita d'invalidità in vigore assegnata alla chiusura degli infortuni alle ginocchia fosse o meno da aumentare, si è trattato in sostanza di esaminare se, aggiunto il danno alla spalla sinistra, il ricorrente fosse ancora in grado di svolgere delle attività sostitutive adeguate a tempo pieno. Gli effetti delle ricadute andranno invece valutati soltanto al momento in cui lo stato delle ginocchia sarà di nuovo stabilizzato, così come l'amministrazione si è già impegnata a fare. D'altra parte, neppure quanto fatto valere dal dott. \_\_\_\_\_ nella sua cartella clinica relativa alla consultazione del 24 agosto 2021 - il medico curante specialista rimprovera all'CO 1 di aver considerato stabilizzato lo stato delle ginocchia dal 1° agosto 2019 (e di aver quindi negato la presa a carico dell'intervento al ginocchio sinistro), allorché l'insorgente è da anni che lamenta dei dolori (doc. P) -, appare atto a supportare quanto preteso dalla patrocinatrice. In primo luogo, non è vero che l'assicuratore convenuto ha negato l'assunzione dei costi generati dagli interventi artroscopici alle ginocchia. È per contro vero l'esatto contrario. In secondo

luogo, alla fine del mese di luglio 2019 è intervenuta, secondo l'esperto amministrativo, la stabilizzazione dello stato della spalla sinistra. La stabilizzazione dello stato delle ginocchia (segnatamente di quello del ginocchio destro) risale invece al luglio 2015, aspetto sancito da una decisione cresciuta in giudicato. In terzo luogo, così come è già stato d'altronde precisato in precedenza, il fatto che l'assicurato abbia continuato a lamentare dei dolori alle ginocchia dopo il luglio 2015, non significa che il loro stato non fosse stabilizzato ai sensi della legge e della giurisprudenza. In esito a tutto quanto precede, secondo questo Tribunale, l'assicuratore resistente era dunque legittimato a trattare quali ricadute le operazioni alle ginocchia a cui l'assicurato è stato sottoposto nel marzo e nel settembre 2021 e a farne l'oggetto di una procedura distinta da quella ora sub iudice. Non è dato sapere quale sorte abbia avuto la procedura concernente la ricaduta dell'evento infortunistico del settembre 2013 che aveva interessato la spalla destra, concretamente se l'istituto assicuratore ha riconosciuto la propria responsabilità in merito. Tale aspetto non ha però alcuna rilevanza nel contesto della presente vertenza, per gli stessi motivi già sviluppati a proposito delle ginocchia.

2.3. Dalla decisione su opposizione impugnata si evince pure che l'assicuratore ha negato la propria responsabilità a proposito dei disturbi psichici di cui soffre il ricorrente – secondo lo psichiatra curante si tratta di una sindrome depressiva ricorrente con episodio depressivo di media gravità, in via di peggioramento (cfr. doc. R) -, posto che essi non costituirebbero una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico del 2015 (doc. 299, p. 8 s. – fasc. 2). Con la propria impugnativa, la patrocinatrice dell'assicurato contesta la posizione dell'amministrazione sostenendo che la problematica psichica si troverebbe in realtà in nesso causale naturale e adeguato con il sinistro del 20 gennaio 2015. Trattandosi della causalità adeguata, ella pretende che il fattore del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, sarebbe in concreto realizzato (cfr. supra, consid. 1.7.). A proposito della dinamica dell'evento in discussione, dalle carte processuali si evince che, in data 20 gennaio 2015, RI 1 è scivolato sulle scale interne di casa e, nel cadere, per evitare di battere a terra la schiena e la testa, si è appoggiato sull'arto superiore sinistro, subendo in tal modo un contraccolpo a livello della spalla (cfr. doc. 21 – fasc. 1). Tutto ben considerato, nel caso di specie, ritenuto che comuni cadute e scivolate vanno considerate infortuni leggeri (DTF 115 V 139 consid. 6a; cfr. anche RAMI 1992 U 154 p. 246, riguardante una caduta durante una partita di calcio), non vi è dubbio che l'infortunio di cui è rimasto vittima l'assicurato debba essere classificato nella categoria degli infortuni insignificanti o leggeri (cfr., per dei casi analoghi, la STF 8C\_291/2012 dell'11 giugno 2012, riguardante un assicurato caduto dalle scale che aveva riportato una contusione alla caviglia sinistra e la STFA U 347/01 del 9 gennaio 2003 consid. 5.2, concernente un'assicurata scivolata su fondo ghiacciato che si era procurata delle contusioni all'anca destra). Stante ciò, questa Corte concorda con l'amministrazione che, a titolo principale, ha negato a priori l'adeguatezza del nesso di causalità tra le turbe psichiche di cui è portatore l'insorgente e l'evento del gennaio 2015. La decisione impugnata merita dunque conferma anche nella misura in cui l'istituto assicuratore ha valutato i presupposti per procedere a un aumento della rendita d'invalidità in vigore, facendo astrazione dalla problematica psichica.

2.4. Stabilizzazione dello stato della spalla sinistra a far tempo dal 1° agosto 2019 ed estinzione del diritto alle prestazioni di corta durata da quella medesima data?

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 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto

all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. 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). Secondo la giurisprudenza federale, la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). In una sentenza 8C\_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quello dell'atteso aumento o ripristino della capacità lavorativa, non rappresenta un criterio di valutazione esclusivo. La prosecuzione della cura medica - in quella fattispecie, si era trattato di un intervento chirurgico volto a eliminare il "dito a scatto" - può ancora comportare un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, anche se la persona assicurata ha già ripreso in misura completa la sua precedente attività professionale (per un caso di applicazione di questa giurisprudenza, si veda la STF 8C\_620/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 2.4). È inoltre utile rilevare 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 p. 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 succitata sentenza 8C\_234/2019, il TF ha rinviato gli atti all'amministrazione affinché procedesse a disporre una perizia esterna " ... per stabilire se (e quando) il caso relativo all'infortunio del 20 gennaio 2015 si possa ritenere stabilizzato ... ". A proposito di quest'aspetto, la Corte federale ha espresso le seguenti considerazioni: " (...) Contrariamente all'apprezzamento dei fatti operato dalla Corte cantonale, al fascicolo non vi sono elementi di prova sufficientemente circostanziati per sostenere, al di là di ogni minimo dubbio, che per fine marzo 2017 si potesse considerare chiuso il caso. Infatti, il ricorrente in seguito all'infortunio del 20 gennaio 2015 ha subito un primo intervento chirurgico il 10 dicembre 2015. Il 9 marzo 2016 il ricorrente ha riferito di soffrire sempre di dolori nella spalla sinistra. Il 14 aprile 2016 il Dr. med. E. \_\_\_\_\_, che ha eseguito l'intervento operatorio, ha riferito di un decorso postoperatorio caratterizzato da un lento, ma graduale recupero. Egli confermava la totale inabilità lavorativa del ricorrente. Il 5 luglio 2016 il Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ha sottolineato il decorso lungo e ha consigliato una riqualifica professionale, non potendo più essere svolta l'attività lavorativa precedente. Il 3

ottobre 2016 il Dr. med. E. \_\_\_\_\_ riferisce di un aumento della sintomatologia dolorosa e della necessità di svolgere una risonanza magnetica, concedendosi la riserva di rivalutare il paziente in seguito. Il 12 ottobre 2016 la Dr. med. M. \_\_\_\_\_ ha riferito i risultati della risonanza magnetica. Il 27 ottobre 2016, in seguito alla visita del 21 ottobre 2016, il Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ha consigliato di svolgere fisioterapia, confermando un'inabilità lavorativa del 100% per 15 giorni. Alla luce di questo decorso complesso, può apparire d'acchito sorprendente la conclusione diametralmente opposta del Dr. med. D. \_\_\_\_\_ resa il 2 novembre 2016 (di pochi giorni successiva) che ha dichiarato di non accertare lesioni e stabilito un'abilità lavorativa del 100% nella misura massima possibile. Questo lascia pensare per contro che il ricorrente non sia mai effettivamente guarito dall'infortunio. Tanto che già il 2 ottobre 2017 il Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ipotizzava l'opzione di un nuovo intervento chirurgico. Il medesimo specialista il 12 dicembre 2017 osservava una probabile evoluzione sintomatica sugli eventi passati e sui distretti trattati. Il 12 gennaio 2018 il Dr. med. L. \_\_\_\_\_ ha lasciato intendere la persistenza di una menomazione funzionale in seguito agli infortuni. Tanto che il 12 ottobre 2018 il ricorrente ha subito, dopo numerosi referti della Dr. med. C. \_\_\_\_\_, un nuovo intervento alla Clinica H. \_\_\_\_\_. Del resto, è infine lo stesso medico interno dell'assicuratore Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nel referto del 22 novembre 2018 ad affermare dopo un apprezzamento di quasi due pagine che l'operazione del 12 ottobre 2018 è da considerare in nesso di causalità con l'infortunio del 20 gennaio 2015, osservando che una nuova valutazione sarebbe comunque stata indicata alla fine del periodo riabilitativo postoperatorio. L'assicuratore il 6 febbraio 2019 ha ribadito questa opinione per la seconda volta nel corso della procedura cantonale.” (doc. 226) Nel corso del mese di giugno 2020, l'assicuratore convenuto ha quindi conferito al dott. \_\_\_\_\_ il mandato peritale, al quale ha trasmesso le relative domande a cui rispondere (doc. 253 – fasc. 2). L'esperto amministrativo ha personalmente visitato l'assicurato in data 14 settembre 2020, allorquando ha minuziosamente ricostruito la sua anamnesi ( doc. 261, p. 3-27 – fasc. 2 ) e refertato lo status clinico e radiologico (doc. 261, p. 29-30 – fasc. 2 ). Per quanto qui d'interesse, secondo il dott. \_\_\_\_\_, l'insorgente soffre di una limitazione funzionale della spalla sinistra dopo lesione del tendine del muscolo sovraspinato il 24 gennaio 2010, ricostruzione del sovraspinato e tenotomia del bicipite il 26 gennaio 2011, caduta e ri-rottura del sovraspinato il 20 gennaio 2015, ricostruzione artroscopica del sovraspinato il 10 dicembre 2015, infezione low grade curata con antibiotici e artroscopia, debridement cicatriziale e decompressione subacromiale il 12 ottobre 2018 ( doc. 261, p. 33 – fasc. 2). Esprimendosi in merito alla stabilizzazione, il perito ha rilevato che la spalla sinistra evidenziava, al momento della consultazione, una limitazione dolorosa della mobilità che nemmeno l'intervento del 12 ottobre 2018 era riuscito a eliminare. Raffrontando i reperti refertati in occasione della visita di controllo del 22 gennaio 2019 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con quelli da lui misurati, il dott. \_\_\_\_\_ ha constatato un peggioramento nella mobilità della spalla sinistra. Secondo quanto riferito dall'assicurato, tali reperti sono stagnanti all'attuale livello, e ciò sebbene egli si sia sottoposto alla fisioterapia prescritta dai sanitari. Essa non ha evidentemente comportato alcun sensibile miglioramento ed è stata interrotta nel luglio 2019. Anche il self-training non ha portato a nulla e il ricorrente l'ha terminato a inizio 2020. Stante ciò, l'esperto incaricato dall'assicuratore convenuto si è espresso nei seguenti termini: " (...) Somit kann von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden, der ungefähr im Juli 2019 eingetreten sein muss ." (...). 1. Il perito indichi e motivi se attualmente ci sono cure mediche che \_\_\_\_\_ possono entrare in considerazione per comportare un sensibile

miglioramento (art. 19 LAINF) dello stato di salute dell'assicurato con riguardo ai  
postumi infortunistici relativi all'infortunio del 20.01.2015. Nein.  
Von weiteren Behandlungen an der linken Schulter ist keine namhafte Besserung zu  
erwarten. 2. In caso di risposta negativa alla domanda 1 il perito indichi e motivi con  
riferimento all'infortunio del 20.01.2015 se e a partire da che data si può  
considerare la situazione stabilizzata. Schätzungsweise ist der Endzustand nach Abschluss  
der Behandlung in der \_\_\_\_\_ und der Physiotherapie im Juli 2019 erreicht worden.  
Inzwischen ist auch das Selbsttraining im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie  
beendet." (cfr. doc. 261, p. 34 e p. 35 s. – il corsivo è del redattore) L'amministrazione ha  
fatto proprio il parere del dott. \_\_\_\_\_ e ha riconosciuto il diritto alle prestazioni di  
corta durata sino al 31 luglio 2019 (cfr. doc. 285 – fasc. 2). Con la propria impugnativa,  
l'avv. RA 1 sostiene che la valutazione enunciata dal perito non sarebbe affidabile, in  
quanto contraddittoria (cfr. doc. I). 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. 33 ss. 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli  
assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni  
all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza  
probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio  
l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati).  
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 160 ss., 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 p. 35 consid. 4b).

2.4.4. In concreto, questo Tribunale rileva che l'amministrazione ha incaricato il dott. \_\_\_\_\_ di periziare l'assicurato, nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGGA (doc. 247 e doc. 248 – fasc. 2). In applicazione della giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti. Il giudice non se ne scosta se non in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr., fra le tante, la STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata). Il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti (cfr. la STF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). Una perizia fondata sull'art. 44 LPGGA ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusionza degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7). Tutto ben ponderato, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento espresso dal perito amministrativo, autorevole specialista proprio nella materia che qui interessa, il quale, prendendo in considerazione anche quegli elementi evidenziati dal TF nella pronunzia di rinvio, è pervenuto alla conclusione che le condizioni della spalla sinistra si sono stabilizzate all'incirca nel mese di luglio 2019. Del resto, dalla rimanente documentazione agli atti non emergono indizi concreti atti a far dubitare della correttezza del parere espresso dal dott. \_\_\_\_\_.

Anche le obiezioni sollevate in proposito dalla rappresentante dell'assicurato appaiono inconsistenti. Il TCA non ravvisa in effetti alcuna contraddizione nel fatto di avere, da un lato, dichiarato stabilizzate le condizioni della spalla sinistra dal luglio 2019 e, dall'altro, riscontrato un peggioramento nella mobilità di quella stessa parte del corpo tra il gennaio 2019 e il settembre 2020. Lo si ribadisce una volta ancora, la stabilizzazione ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF presuppone semplicemente che non vi siano più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare sensibilmente lo stato di salute infortunistico. Il fatto che sia subentrato un aggravamento potrebbe al limite significare che l'assicurato abbisognava di terapie per mantenere la situazione acquisita, circostanza che non consentirebbe comunque di rimettere in discussione l'aspetto della stabilizzazione. In conclusione, il TCA 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 (fine luglio 2019), non vi erano più misure terapeutiche suscettibili di migliorare notevolmente lo stato della spalla sinistra dell'insorgente. La decisione su opposizione impugnata va dunque confermata nella misura in cui sancisce che al 1° agosto 2019 lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF resistente era dunque legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità

giornaliera) da quella data (la pretesa ricorsuale volta a ottenere il pagamento dell'indennità giornaliera sino al mese di settembre 2020 , si rivela pertanto infondata) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata. 2.5. Diritto all'indennità giornaliera anche per il periodo luglio – dicembre 2015, a dipendenza dell'infortunio occorso il 20 gennaio 2015?

2.5.1. Dalla documentazione agli atti si evince che, al momento in cui l'assicurato è rimasto vittima dell'evento traumatico del gennaio 2015, egli era ancora al beneficio delle indennità giornaliere dipendenti dall'infortunio del 7 marzo 2014, prestazione che è stata corrisposta sino al 30 giugno 2015 (cfr. doc. 81, p. 2 – fasc. 3). È dunque a giusta ragione che la patrocinatrice del ricorrente non pretende che l'indennità giornaliera per il sinistro del 2015 debba essere pagata per il periodo antecedente il 1° luglio 2015 (cfr. doc. I, p. 21). Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 chiede però che le indennità giornaliere a carico dell'infortunio alla spalla sinistra vengano riconosciute già a far tempo dal 1° luglio 2015 , sino al 9 dicembre 2015 (cfr. doc. I, p. 21). In proposito, dalle carte processuali si apprende che l'amministrazione ha iniziato a pagare le indennità giornaliere in relazione all'evento del 20 gennaio 2015 soltanto a decorrere dal

#### **E. 10**

dicembre 2015 , ovvero dalla data di esecuzione dell'intervento artroscopico alla spalla sinistra (cfr. supra , consid. 1.1.). Per il periodo precedente (1° luglio-9 dicembre 2015), il relativo diritto è stato negato posto che l'assicurato si trovava al beneficio delle indennità di disoccupazione e perché non risultava certificata un'incapacità lavorativa causata dall'infortunio del gennaio 2015, e meglio così come viene diffusamente spiegato nella nota telefonica del 19 maggio 2016: " (...) Questo caso è stato accettato retroattivamente. Nel senso che prima era stato da noi accettato come bagatella (gennaio 2015) e poi chiuso dicendogli che i disturbi erano in relazione con un precedente caso assicurato dalla \_\_\_\_\_. La \_\_\_\_\_ ha poi rifiutato il caso dicendogli che era un caso di competenza nostra. L'assicurato fino al 1.7.2015 non ha avuto problemi in quanto si è pagato da solo le fatture per quanto concerneva la spalla e l'indennità giornaliera la riceveva a carico del caso pregresso di nostra competenza al ginocchio (chiuso con \_\_\_\_\_). L'assicurato era poi stato licenziato dalla ditta \_\_\_\_\_. Visto che sia noi che la \_\_\_\_\_ non gli pagava più indennità giornaliera, la signora \_\_\_\_\_ gli ha consigliato d'isciversi in disoccupazione. Pertanto lui ha ricevuto lo stipendio da parte dell'\_\_\_\_\_ fino a dicembre, data dell'intervento. Poi da dicembre, dopo vari accertamenti abbiamo assunto noi il caso retroattivamente. L'inabilità lavorativa però la paghiamo dalla data dell'intervento, in quanto i certificati medici partono da tale data. Lui sostiene che avessimo accettato prima il caso, a partire dalla data di chiusura del caso pregresso (1.7.2015) avrebbe aperto l'inabilità per questo caso. Pertanto avremmo pagato l'80% dello stipendio del precedente datore di lavoro e non la perdita di guadagno della disoccupazione che è inferiore. C'è molta confusione per questo caso. Riferisco al signor RI 1 di parlare con il suo consulente presso la cassa disoccupazione e di farci avere della documentazione medica che attesti che dal 1.7.2015 sarebbe stato inabile al 100% per l'infortunio alla spalla. Poi dovremo valutare se accettiamo retroattivamente anche l'inabilità lavorativa. In questo caso dovremmo rimborsare la cassa disoccupazione alla quale non avrebbe neppure avuto diritto se non era collocabile." (doc. 35 – fasc. 1) In sede di risposta di causa, l'amministrazione ha precisato che "l'assicurato è pregato di rivolgersi all'Agenzia di \_\_\_\_\_ se ritiene che ha subito una perdita di guadagno fra l'ammontare ricevuto dalla cassa disoccupazione e quanto avrebbe versato l'CO 1. In tal caso l'Agenzia di \_\_\_\_\_ riasaminerà la situazione così come risulta dalla decisione su

opposizione del 30.11.2017 (consid. 3).” (doc. VI, p. 2).

2.5.2. Nella presente fattispecie, occorre determinare se e, se sì, in che misura l’assicurato è stato inabile al lavoro nel periodo considerato, a causa dei postumi dell’infortunio del gennaio 2015. In questo contesto il TCA rileva che dal certificato 8 aprile 2016 del dott. \_\_\_\_\_ risulta che la prima consultazione ha avuto luogo in data 23 gennaio 2015 a causa di un trauma contusivo-distorsivo alla spalla sinistra con impotenza funzionale, all’origine di una completa incapacità lavorativa a contare dal 20 gennaio 2015 (cfr. doc. 22 – fasc. 1). Dal doc. 58 – fasc. 1 si evince che l’insorgente è stato visitato dal proprio curante ancora il 28 gennaio, il 5 e il 12 febbraio, nonché il 5 marzo 2015. In tutte quelle occasioni, il dott. \_\_\_\_\_ ha attestato un’inabilità del 100%. Egli ha poi annotato di non aver più utilizzato il documento in questione in considerazione del fatto che l’CO 1 aveva (momentaneamente) rifiutato il caso. Agli atti figura inoltre un rapporto, datato 5 ottobre 2017, dello stesso medico curante, il quale ha dichiarato di ritenere “... ragionevole che il paziente fosse inabile al lavoro al 100% causa il suddetto infortunio dal 20 gennaio 2015 fino almeno alla data dell’intervento ed effettivamente, pur essendo iscritto alla disoccupazione dall’01.04.2015, non è più riuscito a svolgere nessuna attività professionale .” (doc. 130 – fasc. 3 – il corsivo è del redattore). In queste condizioni, questa Corte ritiene sufficientemente verosimile che, durante il periodo luglio-dicembre 2015, RI 1 abbia presentato una totale incapacità lavorativa in ragione dei disturbi alla spalla sinistra, interessata dall’infortunio del 20 gennaio 2015. Del resto, fra la documentazione a disposizione non figurano certificazioni che potrebbero giustificare una diversa conclusione. Inoltre, con l’invito all’assicurato a far valere nei confronti dell’Agenzia di \_\_\_\_\_ l’eventuale perdita di guadagno fra l’ammontare ricevuto dalla cassa disoccupazione e quanto avrebbe versato l’istituto stesso (doc. VI, p. 2), anche l’CO 1 sembrerebbe riconoscere il proprio obbligo a prestazioni per il periodo considerato. A fronte della totale inabilità lavorativa, le indennità non avrebbero dovuto essere pagate dall’assicurazione contro la disoccupazione (e ciò a fronte dell’inidoneità al collocamento dell’assicurato, cfr. art. 8 cpv. 1 lett. f LADI) ma bensì dall’assicuratore LAINF. La decisione su opposizione impugnata deve dunque essere annullata nella misura in cui l’amministrazione ha posto il ricorrente al beneficio d’indennità giornaliera dipendenti dal sinistro del 20 gennaio 2015 soltanto a partire dal 10 dicembre 2015. L’insorgente ha diritto a indennità giornaliera LAINF corrispondenti a una totale incapacità lavorativa anche per il periodo 1° luglio - 9 dicembre 2015. Esula dalla presente procedura la questione di sapere secondo quali modalità debba essere concretizzato tale diritto.

2.6. Revisione della rendita d’invalidità in vigore?

2.6.1. Secondo l’art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado di invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente, oppure soppressa, d’ufficio o su richiesta. Questa norma è stata ripresa dall’art. 22 cpv. 1 prima frase vLAINF, il quale prevedeva che se il grado d’invalidità muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. L’art. 22 LAINF - analogamente all’art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all’articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L’istituto della revisione ha per scopo l’adeguamento della rendita d’invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell’invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l’assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l’invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua

successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446 s.).

2.6.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare.

2.6.3. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata).

2.6.4. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114).

2.6.5. Nella presente fattispecie, l'amministrazione si è rifiutata di aumentare la rendita d'invalidità assegnata a seguito dei sinistri del settembre 2005 e del marzo 2014 (10% a contare dal 1° luglio 2015), in quanto l'infortunio accaduto il 20 gennaio 2015 non è stato ritenuto atto a incidere ulteriormente sulla capacità di guadagno residua (cfr. doc. 299, p. 9 s. – fasc. 2). Il grado d'invalidità del 10% è stato determinato in applicazione del metodo ordinario del raffronto dei redditi (reddito da valido 2015 di fr. 55'952.25, reddito da invalido 2015 di fr. 50'100.20), partendo da una piena capacità in attività lavorative adeguate, alternative a quella precedente di falegname non qualificato non più esercitabile (cfr. doc. 98 - fasc. 3). Queste sono le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione di una rendita di invalidità del 10%. Chiamato a pronunciarsi a proposito dell'esigibilità lavorativa, il dott. \_\_\_\_\_ ha dapprima sostenuto che, alla luce dello stato delle ginocchia refertato al momento della consultazione peritale, la valutazione dell'esigibilità espressa dal dott. \_\_\_\_\_ in occasione della visita di chiusura del 6 maggio 2015 ha mantenuto tutta la sua validità, nel senso che RI 1 sarebbe ancora in grado di esercitare un'attività lavorativa da svolgere prevalentemente da seduto con facoltà di alternare liberamente la posizione e in cui non debba camminare per più di 50 metri: "(...) Somit kann gesagt werden, dass das damals bei der Abschluss Untersuchung formulierte Zumutbarkeitsprofil für die beiden Kniegelenke weiterhin Gültigkeit hat. Zumutbar sind sitzende Arbeiten mit frei wählbaren, wechselnden Positionen, sitzend-stehend-gehend und das Gehen bis 50 m. Nichtzumutbar sind Arbeiten in Knie-Beugung und in kniender Stellung. Ebenso unzumutbar seien Gehen auf unebenem Gelände, öfters Gehen über 50 auf ebenem Gelände, Treppensteige, Besteigen von Leitern und Arbeiten auf Gerüsten (vgl. Bericht vom 26.10 2016 über die kreisärztliche Abschluss-Untersuchung vom 26.10.2016, Akten Nr. 60 im Dossier \_\_\_\_\_)." (doc. 261, p. 35) Successivamente, il perito amministrativo ha affermato che, tenuto conto dei

postumi dell'infortunio del gennaio 2015 interessanti la spalla sinistra, sarebbe esigibile che il ricorrente eserciti un'attività lavorativa sostitutiva adeguata a tempo pieno, posto che quella precedentemente svolta di aiuto-falegname non può più entrare in linea di conto: " (...) Die Arbeitsfähigkeit als Hilfs-Schreiner ist seit dem Ereignis vom 20.01.2015 nicht mehr erreicht worden, wie die verschiedenen Zeugnisse und Berichte dokumentieren. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ist dies nachvollziehbar. Es besteht infolge des Ereignisses vom 20.01.2015 eine dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Hilfs-Schreiner. In einer dem Schulter-Leiden angepassten Arbeit sind folgende Tätigkeiten nicht zumutbar: - Arbeiten über Kopf mit der linken Hand oder dem linken Arm - Heben und Tragen von Lasten über 5 kg mit der linken Hand. - Arbeiten mit regelmässigen kraftvollen Drehbewegungen mit der linken Hand. - Arbeiten mit vibrierenden und schlagenden Maschinen - Aus Sicherheitsgründen Arbeiten auf Gerüsten und Leitern. In einer dem Schulter-Leiden angepassten Arbeit sind folgende Tätigkeiten nicht zumutbar (recte: nicht zumutbar, n.d.r.): - Leichte Arbeiten mit Gegenständen auf dem Tisch - Heben, Tragen von Gewichten über 15 kg mit der rechten Hand - Arbeiten über Kopf mit der rechten Hand Unter Einhaltung dieses Zumutbarkeitsprofils ist aus orthopädischer Sicht hinsichtlich der linken Schulter eine ganztägige Arbeit zumutbar." (doc. 261, p. 34; si veda pure la risposta al quesito n. 3) In sede ricorsuale, la rappresentante dell'assicurato contesta la valutazione enunciata dal dott. \_\_\_\_\_. In merito alle ginocchia, ella rimprovera all'esperto amministrativo di aver negato una modifica del profilo dell'esigibilità rispetto a quello definito a margine della visita di chiusura del maggio 2015, facendo capo a documentazione radiologica non aggiornata, l'ultimo accertamento risalendo al 2017. D'altro canto, l'avv. RA 1 sottolinea come il dott. \_\_\_\_\_ abbia costantemente dichiarato l'insorgente inabile al lavoro in misura completa, e ciò sin dal marzo 2014 (cfr. doc. I e doc. X). Attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA ritiene che il parere dell'esperto amministrativo possa validamente servire da base al proprio giudizio. Innanzitutto, va rilevato che nell'apprezzare la capacità lavorativa residua determinante non è tanto l'aspetto diagnostico, quanto piuttosto quello funzionale. In questo senso, va constatato che, in occasione della consultazione peritale del 14 settembre 2020, il dott. \_\_\_\_\_ ha proceduto a un'approfondita valutazione dello status (anche) delle ginocchia, sottoponendo queste ultime a misurazioni e a specifici test (cfr. doc. 261, p. 30). In base ai relativi esiti, egli è quindi pervenuto alla conclusione che il ricorrente è ancora in grado di svolgere un'attività idonea in misura completa. D'altra parte, quanto attestato dal medico curante – inabilità lavorativa totale (cfr. doc. Q) – non appare atto a sminuire il valore probatorio riconosciuto alla perizia dell'esperto amministrativo. Il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna generale, ha infatti espresso una valutazione del tutto astratta, oltre che immotivata, della capacità lavorativa, senza precisazione se essa si riferisca alla professione precedentemente esercitata dall'insorgente oppure anche ad attività sostitutive adeguate. In queste condizioni, secondo questa Corte, è da ritenere accertato perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale che, nonostante l'ulteriore insorgenza del danno alla spalla sinistra, il ricorrente sarebbe ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata, così come era già il caso alla chiusura dei due pregressi infortuni. In sostanza, si tratterebbe di attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi, da svolgere in posizione prevalentemente seduta e all'altezza del piano di lavoro, non comportanti il dover camminare per oltre 50 metri e su terreni sconnessi, il salire su scale a pioli o ponteggi e

l'utilizzare strumenti vibranti o pulsanti. A questo punto, il TCA deve ancora verificare se, riferendosi al mercato generale del lavoro, il grado d'invalidità dell'assicurato ha subito una notevole modificazione (art. 17 cpv. 1 LPGA), tale da giustificare un aumento della rendita in vigore, oppure no (cfr. DTF 133 V 545).

2.6.6. 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 i dati del 2019 (data di stabilizzazione dello stato di salute: 1° agosto 2019 - cfr. supra, consid. 2.4.4. ).

2.6.7. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato, nel 2019, qualora non fosse rimasto vittima degli infortuni assicurati, un importo annuo di fr. 58'461 (cfr. doc. 283 – fasc. 2). Questo dato viene contestato dalla rappresentante del ricorrente, nella misura in cui esso è inferiore all'importo del guadagno assicurato considerato nella decisione di rendita del 17 settembre 2015 (fr. 61'248) (cfr. doc. I). Al riguardo, il TCA constata in primo luogo che l'importo ritenuto dall'amministrazione è stato fornito direttamente dall'ex datore di lavoro dell'assicurato, la ditta \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 282 – fasc. 2). D'altro canto, va rilevato che dalla decisione formale del 17 settembre 2015 risulta che, a quel momento, era stato utilizzato un reddito da valido di fr. 55'952. L'importo richiamato dall'avv. Bassi si riferiva al guadagno assicurato ex art. 15 cpv. 2 LAINF, il quale viene calcolato in maniera diversa rispetto al reddito senza invalidità (in questo senso, si veda ad esempio la STFA U 78/01 del 18 settembre 2002 consid. 3.3). Inoltre, non può neppure essere ignorato che, nella sentenza 35.2018.3 del 28 aprile 2019, questo Tribunale aveva fatto proprio il reddito da valido 2017 considerato dall'istituto assicuratore (fr. 55'952.25), constatato che la sua entità non era stata oggetto di contestazione (cfr. doc. 214, p. 16 – fasc. 1), ciò che è del resto stato il caso anche davanti al Tribunale federale (cfr. doc. 217 – fasc. 2). Da notare infine che, nella decisione di rendita del 15 gennaio 2021, decisione annullata dal TCA con giudizio 32.2021.25 del 26 maggio 2021, mediante il quale gli atti sono stati rinviati all'amministrazione per complemento istruttorio di natura medica, l'UAI ha stabilito in fr. 48'804.60 il reddito da valido (cfr. doc. 281 – fasc. 2), un importo ben inferiore rispetto a quello considerato dall'CO 1. Sulla scorta di quanto precede, questa Corte non vede quindi alcun valido motivo per scostarsi dal dato utilizzato dall'assicuratore resistente a titolo di reddito senza invalidità (fr. 58'461).

2.6.8. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione a sapere se, e in quale misura al caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri

questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TF ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL ("Descrizione dei posti di lavoro"). In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) (...)". Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 consid. 6.2; dell'8% nella STF U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. Da notare che, con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'CO 1 ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL, ritenuto che "nel corso degli ultimi anni, il mantenimento della banca DPL è infatti divenuto sempre più dispendioso in termini di tempo e costi ed avrebbe richiesto investimenti considerevoli negli anni a venire. Inoltre, la collaborazione richiesta da parte della CO 1 per il mantenimento del sistema è stata percepita dalle imprese come sempre più gravosa. Per tutte queste ragioni, la CO 1 ha

quindi deciso che in futuro utilizzerà soltanto i dati statistici RSS nel quadro della fissazione delle rendite di invalidità, e ciò a partire dal 1° gennaio 2019". 2.6.9. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha quantificato in fr. 61'539 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella RSS TA 1 2018, media totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2019, operando poi una decurtazione del 10% a titolo di deduzione sociale (cfr. doc. 283 – fasc. 2). Da parte sua, la rappresentante contesta l'entità del reddito da invalido ritenuto dall'amministrazione, nella misura in cui non ha avuto accesso alla tabella TA 1, né le sono state fornite informazioni circa le attività che l'assicurato sarebbe ancora in grado di esercitare nonostante il danno alla salute infortunistico. Inoltre, sempre secondo l'avv. RA 1, sul reddito statistico da invalido ritenuto dall'CO 1 andrebbe applicata una deduzione a titolo di gap salariale e una riduzione sociale maggiore rispetto al 10% riconosciuto dall'assicuratore, tenuto conto degli impedimenti legati al danno alla salute infortunistico, dell'età, della mancanza di formazione, delle carenze linguistiche, del grado di occupazione e del basso livello dei salari nel Cantone Ticino (cfr. doc. I). Innanzitutto, si rileva che i dati salariali statistici vengono pubblicati periodicamente dall'Ufficio federale di statistica (UFS) e possono essere facilmente consultati sul sito web ad esso dedicato (<https://www.bfs.admin.ch>). D'altro canto, è utile segnalare 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 (cfr. 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). Il Tribunale federale ha peraltro già ritenuto corretto il semplice rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STF U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Trattandosi dell'entità della riduzione sociale, va ricordato 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 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2, il TF ha inoltre precisato 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. In una sentenza 8C\_256/2021 del 9 marzo 2022, destinata alla pubblicazione, il TF ha negato che fossero adempiuti i presupposti per un cambiamento della propria giurisprudenza in materia di determinazione del grado d'invalidità in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati dall'UFS (Rilevazione svizzera della struttura dei salari [RSS]). La Corte federale ha innanzitutto precisato che al concetto di mercato del lavoro equilibrato ai sensi dell'art. 16 LPGa non è consentito derogare facendo riferimento a possibilità d'impiego o a condizioni concrete del mercato del lavoro. D'altro canto, essa ha rilevato che la riduzione fino al 25% del reddito statistico da invalido, istituita per tenere conto del fatto che una persona toccata nella sua salute può, in determinate circostanze, sfruttare la propria capacità lavorativa residua soltanto con un risultato economico inferiore alla media anche su un mercato del lavoro equilibrato, riveste un'importanza fondamentale quale strumento correttivo per determinare un reddito da invalido che sia il più concreto possibile. Il TF è ed è stato sempre cosciente del fatto che la RSS considera dei redditi effettivamente conseguiti da persone che non presentano il più delle volte alcun handicap. Sempre secondo l'Alta Corte, un altro strumento di correzione è rappresentato dal parallelismo dei redditi, il quale persegue anch'esso lo scopo di tener conto del caso particolare quando si raffrontano i redditi. In concreto, questo Tribunale prende atto che l'amministrazione ha ridotto del 10% il reddito statistico da invalido in ragione degli impedimenti fisici (cfr. doc. 299, p. 9 – fasc. 2). Al riguardo, il TCA segnala tuttavia che, secondo la giurisprudenza federale più recente, una tale riduzione si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C\_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento; 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). Ora, nel caso di specie, dalla documentazione medica che questa Corte ha giudicato affidabile emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di esercitare, senza limiti di tempo o di rendimento, attività lavorative da svolgere in posizione prevalentemente seduta, con il braccio sinistro da ingaggiare soltanto sotto il livello dell'orizzontale e senza l'impiego di strumenti vibranti o pulsanti. Il fatto che egli debba astenersi dall'inginocchiarsi o dall'accovacciarsi, dal salire su scale a pioli o ponteggi, dal camminare su terreno accidentato, dal percorrere a piedi lunghi tratti, non aggrava il profilo dell'esigibilità (per definizione un'attività seduta non implica il doversi inginocchiare o accovacciare, il dover salire su scale a pioli o ponteggi, ecc.). Secondo il TCA, 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 a tale titolo non sarebbe in realtà giustificata. Posto che l'assicurato è in grado di esercitare delle attività lavorative adeguate a tempo pieno e con un rendimento completo, non può entrare in considerazione alcuna riduzione a titolo di grado d'occupazione. Anche l'età del ricorrente al momento determinante (luglio 2019 – cfr., su questo specifico aspetto, la STF 8C\_405/2021 del 9 novembre 2021 consid. 6.4.2) – 50 anni – non giustifica una decurtazione a tale titolo del reddito statistico da invalido (in questo senso, si veda la STF 8C\_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2, destinata alla pubblicazione, concernente un

assicurato di 61 anni, in cui la Corte federale ha rilevato che, in base alle rilevazioni RSS, nel caso di uomini che si trovano nella fascia tra i 50 e i 64/65 anni, l'età comporta piuttosto un aumento del livello retributivo, trattandosi di posti di lavoro senza funzione di quadro e che, in concreto, il ricorrente non era stato in grado d'indicare per quali motivi, su un mercato del lavoro equilibrato, egli avrebbe guadagnato meno in ragione della sua età e la già citata STF 8C\_256/2021 consid. 10.2, in cui è stato negato che l'età dell'assicurato, nato nel 1964, giustificava l'applicazione di una riduzione sociale). Del resto, non può nemmeno essere ignorato che al momento della nascita dell'eventuale diritto a una rendita, l'insorgente aveva un'età ancora piuttosto lontana da quella ordinaria di pensionamento (in questo senso, si veda la STF 8C\_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2, riguardante proprio un assicurato cinquantenne). In questo contesto, si consideri pure che la questione di sapere se, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, il fattore età costituisce un criterio di riduzione oppure se, in questo ambito, l'incidenza dell'età sulla capacità di guadagno deve essere presa in considerazione soltanto nel quadro della norma particolare di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF; non è ancora stata decisa dal Tribunale federale (in questo senso, cfr. ancora la succitata STF 8C\_466/2021 consid. 3.6.1). Inoltre, nella STF 8C\_482/2016 del 15 settembre 2016 consid. 5.4.3, pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17, l'Alta Corte federale ha precisato che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 1 della RSS sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche (in questo senso, si veda pure la 8C\_35/2019 del 2 luglio 2019 consid. 6.3). Lo stesso vale a proposito dell'assenza di formazione (cfr. STF 8C\_48/2021 del 20 maggio 2021 consid. 4.3.4) e di esperienza in taluni ambiti di attività (cfr., tra le tante, la STF 8C\_659/2021 del 17 febbraio 2022 consid. 4.3.2, 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). Il fatto che in Ticino i salari siano più bassi rispetto alla media nazionale, non è un fattore da considerare nell'ambito della riduzione sociale. Per porre rimedio a tale fenomeno è in effetti stato concepito lo strumento del parallelismo dei redditi (cfr. supra, consid. 2.6.8.). Per quanto concerne appunto la questione del gap salariale, l'amministrazione non ha applicato alcuna deduzione a tale titolo per la ragione che essa "... non ha esaminato ex novo il grado d'invalidità ma ha valutato se l'infortunio alla spalla sinistra ha comportato o meno un aumento del grado d'invalidità." (doc. VI, p. 4). L'avv. RA 1 ritiene invece che l'assicuratore convenuto avrebbe dovuto applicarne una, in quanto "è noto (...) che quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale. Considerato che con un danno alla salute egli può conseguire solo un salario inferiore alla media (DTF 135 V 58), ciò implica di principio o la riduzione del valore statistico utilizzato per il calcolo del reddito da invalido o l'aumento del reddito effettivamente conseguito." (doc. I, p. 18). Tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che tale aspetto non debba essere approfondito oltre poiché anche volendo applicare una riduzione per gap salariale, l'esito non potrebbe comunque essere quello che auspica la patrocinatrice dell'insorgente, così come verrà qui di seguito meglio dimostrato. In concreto, il calcolo del gap salariale si presenta nei seguenti termini. Secondo la tabella TA1\_skill\_levels 2018, settore economico 31-33 ("Fabbr. mobili; altre att. manifatturiere; ripar. e inst. di macchine"), livello di competenze 1, il reddito mediamente conseguito in Svizzera da un uomo, è di fr. 5'490/mese. Questo reddito deve essere riportato su 41.6 ore/settimana, dato che corrisponde alla durata normale del lavoro nel settore 31-33 in base alla relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS ("Durée normale du travail dans les

entreprises selon la division économique [NOGA 2008]”), per cui esso si attesta a fr. 5'709.60/mese oppure a fr. 68'515.20/anno. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali riferito al settore 10-33 (il dato specifico relativo al settore 31-33 non è disponibile; cfr. tabella T.1.1.15 – 2018: 101.2, 2019: 101.7), si ottiene, per il 2019, un reddito annuo di fr. 68'853.71. Posto che, qualora non fosse insorto il danno alla salute, continuando a lavorare alle dipendenze della ditta \_\_\_\_\_, l'assicurato avrebbe realizzato nel 2019 un reddito pari a fr. 58'461 (cfr. supra, consid. 2.6.7.), il gap salariale ammonta al 10% (già dedotto il 5%). In conclusione, applicata una deduzione per gap salariale del 10% e, in seguito, una a titolo di riduzione sociale pure del 10%, si ottiene un reddito da invalido pari a fr. 55'385.02. 2.6.10. Confrontando i fr. 55'385.02 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 58'461, risulta una perdita di guadagno del 5.26%, arrotondata al 5%. Visto quanto precede, la rendita del 10% riconosciuta a seguito dei pregressi infortuni alle ginocchia non può essere aumentata in considerazione delle conseguenze dell'evento traumatico accaduto nel gennaio 2015 e continuerà come tale ad essere corrisposta all'insorgente. 2.7. Interessi di mora da pagare sull'importo dell'IMI. 2.7.1. Nella concreta evenienza, con la decisione formale del 16 agosto 2021, l'assicurato è stato posto al beneficio di un'indennità del 15% per la menomazione di cui è portatore alla spalla sinistra. In quella stessa sede è stato inoltre rilevato che gli interessi di mora sarebbero stati accordati a partire dal 1° agosto 2021 (cfr. doc. 285, p. 4). A seguito dell'obiezione fatta valere con l'opposizione (cfr. doc. 293, p. 8), ribadita in sede di ricorso (cfr. doc. I, p. 16 s.), con la risposta di causa, l'istituto assicuratore ha precisato di aver calcolato gli interessi moratori sull'importo dell'IMI dal 1° agosto 2021 al 16 agosto 2021, posto che “gli interessi di mora hanno cominciato a decorrere due anni dopo il momento in cui lo stato di salute dell'assicurato è stato considerato stabilizzato. Determinante non è la data della sentenza di rinvio di questo Tribunale ma l'insorgenza del diritto all'indennità per menomazione all'integrità che, come noto, nasce solo al momento in cui lo stato di salute dell'assicurato è stabilizzato e cioè in concreto il 31.7.2019.” (doc. VI, p. 5). 2.7.2. Secondo l'art. 26 cpv. 2 LPGGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto

## **E. 12**

mesi dopo che si è fatto valere il diritto. L'art. 7 cpv. 1 OPGA recita che il tasso per l'interesse di mora è del 5 per cento all'anno. Il cpv. 2 prevede, in particolare, che il decorso dell'interesse di mora inizia il primo giorno del mese in cui ne è insorto il diritto e cessa alla fine del mese in cui è stato emesso l'ordine di pagamento. 2.7.3. Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che il danno alla salute che ha fondato il diritto all'IMI del 15% (spalla sinistra), è stato giudicato stabilizzato a far tempo dal 1° agosto 2019 (cfr. supra, consid. 2.4.4.). È dunque al più presto a quel momento che è nato il diritto all'IMI ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGGA (in questo senso, cfr. BSK UVG – M.B. Berger, art. 24 n. 25; KOSS UVG – Th. Frei, art. 24 n. 46; STCA 35.2013.8 del 13 marzo 2014 consid. 2.5.3, cresciuta incontestata in giudicato). Pertanto, l'assicurato può pretendere gli interessi moratori dal 1° agosto 2021, ovvero il primo giorno del mese durante il quale il termine di 24 mesi dalla nascita del diritto è scaduto. Gli interessi di mora sono da versare sino al

## **E. 16**

agosto 2021 (secondo il doc. 288 – fasc. 2, il relativo ordine di pagamento è infatti stato dato proprio il 16 agosto 2021). In esito a quanto precede, l'agire dell'amministrazione non

presta il fianco a critiche. La tesi contraria sviluppata dalla rappresentante dell'insorgente non merita accoglimento.

2.8. Trattandosi del diritto al gratuito patrocinio dinanzi all'CO 1, con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 chiede che esso venga esteso all'intera procedura amministrativa (e non limitato a quella successiva all'opposizione interposta contro la decisione formale del 16 agosto 2021, come sembrerebbe aver stabilito l'assicuratore resistente) (cfr. doc. I, p. 18 s.). Con la risposta di causa, l'amministrazione ha al riguardo precisato quanto segue: "(...). L'CO 1 ha riconosciuto il gratuito patrocinio per la procedura di opposizione essendo l'assicurato in assistenza e a beneficio unicamente della rendita d'invalidità ammontante a fr. 408.— al mese oltre che dell'assistenza. L'CO 1 non ha mai rifiutato di prendere a carico le spese legali per la procedura amministrativa che ha fatto seguito alle sentenze di rinvio. Prima di esprimersi in merito l'CO 1 rimane nell'attesa di sapere a quanto ammontano gli arretrati che verranno versati all'assicurato." (doc. VI, p. 5 – il corsivo è del redattore) Chiamata a pronunciarsi, questa Corte prende dunque atto che l'assicuratore convenuto riconosce esplicitamente il principio secondo il quale il diritto al gratuito patrocinio è da estendere all'intera procedura che ha fatto seguito alla sentenza federale di rinvio. Stante ciò, la corrispondente pretesa dell'assicurato si rivela essere priva di oggetto.

2.9. Parzialmente vincente in causa, l'assicurato, rappresentato da un avvocato, ha diritto a ripetibili parziali (cfr. art. 61 lett. g LPGa), quantificate in fr. 2'000. Visto l'esito della vertenza e il diritto a ripetibili parziali, la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria (cfr. doc. I) relativa alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003; STFA U 134/99 dell'8 novembre 2001; STFA U 59/99 del 18 agosto 1999; STFA I 360/97 del 2 agosto 1999; STFA P 7/97 del 19 novembre 1998; STFA U 18/97 del 27 aprile 1998).

2.10. Per la parte di ricorso in cui il ricorrente è risultato soccombente, deve ancora essere verificato se egli può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 19 s.). Secondo l'art. 61 lett. f LPGa, deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalla documentazione agli atti risulta che l'insorgente, divorziato e senza (più) obblighi di mantenimento, dispone, quali uniche entrate, della rendita CO 1 di fr. 408/mese e di prestazioni assistenziali in ragione di fr. 1'408/mese (cfr. doc. IV 2 + allegati). In queste condizioni, l'assicurato deve senz'altro essere dichiarato indigente. Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta.

2.11. 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. f bis 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 25 ottobre 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. Sul tema cfr. pure STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo, si veda Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in: SZS/RSAS 2/2022 p. 107).

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