

TI_GERICHTE 35.2022.51 vom 12. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.51

FR: TI_GERICHTE 35.2022.51 du 12 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.51 del 12 settembre 2022

Regeste

Infortunio alla spalla destra. L'assicurata non è equiparabile ad una persona monomanuale. Rendita del 36% e IMI del 15% confermate

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. Oggetto del contendere sono in ultima analisi il grado di invalidità del 36% riconosciuto all'insorgente rispettivamente l'IMI del 15% assegnata alla ricorrente. Preliminarmente il TCA rileva che - a ragione - non è oggetto di contestazione la stabilizzazione dello stato di salute al 1° novembre 2021. Il 4 novembre 2021 il Prof. dr. med. _____ - specialista che ha preso a carico l'assicurata eseguendo il 6 novembre 2020 l'ultima operazione alla spalla destra - ha, infatti, attestato quanto segue: “ Considerando il tempo intercorso dall'intervento eseguito, la precedente storia della paziente con ripetuti interventi in passato ed il risultato ad oggi ottenuto proseguendo con le sedute di kinesiterapia assistita e terapia medica, possiamo considerare lo stato attualmente raggiunto stabilizzato e non modificabile da ulteriori trattamenti a breve termine ” (doc. 325 incarto LAINF). 2.3. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e

invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.3.2. 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 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria.

Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.3.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del

E. 28

ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che

concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). 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). 2.3.4. Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo al rapporto del 15 settembre 2021 relativo alla visita _____ di chiusura del 9 settembre 2021 (doc. 309 incarto LAINF) del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha attestato quanto segue: " (...) Diagnosi Lesione cuffia dei rotatori spalla destra. Intervento di sutura della cuffia dei rotatori, tenotomia e tenodesi capo lungo bicipite brachiale eseguito il 07.10.2016 dal dr. med. _____. Successivo sviluppo di capsulite adesiva spalla destra. Stato dopo artroscopia spalla destra, sutura del sovraspinoso, débridement del sottoscapolare, bursectomia, acromionplastica e Mumford eseguito l'08.01.2018 dal dr. med. _____. Stato dopo capsulotomia circonferenziale e débridement intraarticolare spalla destra eseguito presso la Clinica _____ dal dr. med. _____ il 29.07.2019. Stato dopo capsulotomia circonferenziale, débridement articolare e prelievi per esami culturali eseguito il 06.11.2020 dal dr. med. _____ (culturali negativi per infezione low grade). Persistente deficit funzionale della spalla destra operata. Apprezzamento (...). Reperti oggettivi Deficit di articolarietà come sopra riportato, non deficit vascolo-nervosi periferici, non segni di flogosi articolare. Si rileva una limitazione all'esecuzione delle manovre con reazione di timore e risparmio. Qualche elemento non chiaramente spiegabile come il dato alle prove di forza Jamar e Pinch e la riferita difficoltà all'articolarietà del gomito. Proposte diagnostiche e terapeutiche Siamo a circa dieci mesi dall'ultimo intervento eseguito, la situazione non appare variata in modo significativo. L'assicurata potrà proseguire e terminare i cicli di

fisioterapia come da prescrizione dei curanti e sotto il loro controllo. Al momento non sono previsti e non ci sono stati comunicati ulteriori trattamenti in grado di modificare in modo importante la situazione di questa assicurata. Aspetti medico-assicurativi A distanza di dieci mesi dall'ultimo intervento eseguito la situazione non appare variata in modo significativo. Molto probabilmente l'attività di infermiera non sarà più esigibile in misura completa a questa assicurata. Si redige pertanto un'esigibilità al lavoro. Esigibilità del lavoro

L'assicurata presenta delle limitazioni all'utilizzo della spalla destra dominante che si riflette sulla possibilità del sollevamento e porto di pesi con due braccia all'altezza dei fianchi che è possibile per pesi molto leggeri fino a 5 kg molto spesso, leggeri da 5 a 10 kg occasionalmente-e superiori mai. Può inoltre sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg molto spesso utilizzando prevalentemente l'arto superiore sinistro sano ma mai più pesi superiori ai 5 kg. Maneggio di attrezzi: l'assicurata è in grado di maneggiare attrezzi leggeri/di precisione molto spesso, medi di rado ma mai più pesanti e molto pesanti. La rotazione della mano è possibile solo di rado a destra. Per quanto riguarda la posizione e mobilità l'assicurata è limitata ai lavori sopra la testa che non sono più esigibili mentre può molto spesso eseguire lavori che prevedono rotazione del busto, posizione seduta/inclinata in avanti, in piedi/inclinata in avanti, posizione inginocchiata con flessione delle ginocchia solo talvolta. Per quanto riguarda la posizione a lunga durata l'assicurata può mantenere la posizione seduta/in piedi così come a libera scelta molto spesso. L'assicurata può inoltre camminare per lunghi tratti su terreno accidentato e salire le scale. Non può più salire scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile nei limiti sopra espressi, equilibrio e posizione in equilibrio non possibile per motivi di sicurezza. L'assicurata in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari. (...)” (doc. 309, pag. 3-6 incarto LAINF) Il 4 novembre 2021 il Prof. dr. med. _____ ha attestato quanto segue: " (...) È poco probabile che la paziente possa riprendere l'attività di infermiera; dal 1.11.2021 è in disoccupazione con un'abilità al 100% per attività confacente ed in particolare per un'attività anche manuale che non preveda il sollevamento e lo spostamento di pesi maggiori di 5 kg e con le braccia distanti dal tronco. Può sollevare pesi di tale entità solo con gli arti superiori lungo i fianchi e sino all'altezza delle spalle (...)” (doc. 325 incarto LAINF). In sede di opposizione è stato versato agli atti il referto del 23 febbraio 2022 relativo all'ecografia eseguita il 22 febbraio 2022 dal dr. med. _____, radiologo e terapista del dolore, giusta il quale: " (...) Per quanto riguarda la spalla destra abbiamo guardato l'ultima risonanza magnetica del 02.09.2020 che faceva già vedere un assottigliamento reattivo del sovraspinatus dopo pregressa riparazione di struttura con ancoraggio e una piccola lesione transmorale della cuffia a livello dell'intervallo dei rotatori con fuoriuscita di contrasto verso la borsa sub-acromiale/sub-deltaoidea. A mio parere, la paziente soffre clinicamente di una capsulite retrattile che sarebbe suscettibile a un'infiltrazione iper-volumetrica sotto copertura con anestetici. Visto che l'ultima risonanza risale solo a settembre 2020 ho consigliato di eseguire una nuova risonanza e prego di organizzarla se fosse d'accordo.” (doc. 357, pag. 1 incarto LAINF). È stato versato agli atti pure il referto del 17 marzo 2022 relativo all'ecografia eseguita in medesima data dal precitato radiologo, giusta il quale: " (...).
REFERTO Alla valutazione clinica limitazione funzionale in tutte le direzioni. Ho quindi proposto una valutazione ecografica per vedere segni di flogosi. Alla valutazione presenza di una capsulite trattile con marcata flogosi del sovraspinatus. Il sottoscapolare si e nel frattempo assottigliato ad uno spessore residuo di 1.9 mm. Esiti di tenotomia del capolungo bicipite che al contrario della pregressa risonanza non e più apprezzabile nel solco

intertuberculare; CONCLUSIONE 1. Ulteriore assottigliamento dello spessore dello sottoscapolare dopo pregressa struttura della cuffia con ipertrofia muscolare e marcata flogosi del sovraspinoso. 2. I reperti radiologici assieme con i dati clinici permettono la diagnosi di una capsulite retrattile che si presta ad un'infiltrazione iper-volumetrica (con lo scopo di una prudente dilatazione della capsula articolare) dopo vasta anestesia. Ho proposto questa procedura alla paziente, che vuole riflettere ed eventualmente farsi viva per tale procedura. (...)" (doc. 357, pag. 2 incarto LAINF; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). È stato versato agli atti anche il referto del 14 aprile 2022 relativo all'infiltrazione alla spalla destra eseguita in medesima data dal precitato radiologo, giusta il quale: "(...). DATI CLINICI La paziente è nota per una diffusa tendinopatia della cuffia con capsulite retrattile. Esiti di operazione della cuffia in quattro riprese l'ultima volta nel 2020. Una recente risonanza magnetica e ecografia della spalla destra dimostrava un'importante assottigliamento dei due tendini operati (sovraspinoso e sottoscapolare) con spessore di 1 mm rispettivamente 2 mm dei due tendini. REFERTO La paziente si presenta oggi per un'infiltrazione e alla valutazione ecografica è sempre presente il versamento e capsulite con ipervascolarizzazione della capsula alla valutazione duplex. Procedo quindi a un'infiltrazione intra-articolare e dopo anestesia locale e in condizioni sterili infiltro la spalla destra con una fiala di Kenacort 40 mg, 1 fiala di Diprophos e 3 ml di Rapidocaina 2% con immediato miglioramento della sintomatologia algica dovuto all'effetto dell'anestetico aggiunto. (...)" (doc. 357, pag. 3 incarto LAINF). Interpellato al riguardo, nell'apprezzamento medico del 23 maggio 2022, il precitato medico _____ (doc. 362 incarto LAINF) ha osservato quanto segue: "(...) Come da diagnosi presente nella visita _____ l'assicurata presenta un deficit funzionale della spalla destra operata. In occasione della visita _____ è stata registrata l'obiettività clinica ed eseguita una valutazione dettagliata dell'esigibilità al lavoro. Nel suo rapporto del 11.2021 il dr. med. _____ indica chiaramente che la situazione è a suo parere del tutto stabilizzata, confermando quindi quanto valutato in occasione della visita _____ su tale argomento. Egli inoltre descrive un'obiettività dello stesso tenore di quanto rilevato in occasione della visita _____. Altrettanto dicasi per la sua valutazione dei limiti funzionali che, seppur più stringata e meno approfondita di quanto riportato nella visita _____, appare del tutto analoga. Non vi sono quindi elementi ulteriori rispetto alla VMC. Nel rapporto del dr. med. _____ si rivaluta la risonanza già eseguita nel 2020. Si pone un dubbio di lesione parziale, si indica la possibilità di una infiltrazione. Il medico non si esprime sulla sintomatologia, non fornisce un quadro clinico e non si esprime sulla esigibilità. A questo proposito occorre sottolineare che la risonanza cui fa riferimento il dr. med. _____, valutata più volte dagli specialisti che hanno avuto in cura l'assicurata, è precedente l'ultimo intervento in cui lo stato della cuffia dei rotatori ed in generale della spalla è stato rivalutato direttamente sul campo operatorio in artroscopia. Pertanto i dubbi del dr. med. _____ sono stati già esaminati e risolti dai medici che, hanno avuto in cura l'assicurata in precedenza e dall'artroscopia eseguita successivamente alla risonanza cui egli fa riferimento. Per quando riguarda la sua proposta terapeutica non dobbiamo dimenticare che questa assicurata ha già eseguito due interventi di capsulotomia circonferenziale che, ai fini del recupero del movimento e dell'elasticità in queste situazioni, sono più efficaci e più controllati rispetto ad un'infiltrazione ipervolumetrica. Trovo pertanto che la sua proposta terapeutica (peraltro non corredata da una spiegazione su indicazioni, limiti, possibili effetti collaterali o complicanze e possibilità di successo) non sia dotata di un'apprezzabile probabilità di esito positivo. Infine l'avvocato RA 1 invoca un

peggioramento delle condizioni della cuffia dei rotatori basandosi su un assottigliamento del sottoscapolare sulla base della ecografia del marzo 2022 del dott. _____. Egli però riprende la sola notazione riguardante l'assottigliamento, senza considerare il tono generale del referto in cui risulta evidente la conferma della diagnosi di capsulite. Quanto poi al referto dell'ecografia eseguita dal dr. med. _____ del 17.03.2022, egli indica un assottigliamento ulteriore del sottoscapolare rispetto alla risonanza magnetica del settembre 2020. Tale reperto si baserebbe quindi su un confronto con altro esame, eseguito con altra metodica, peraltro precedente l'ultimo intervento eseguito dal dr. med. _____. In tale intervento il dott. _____ descrive un tendine sottoscapolare assottigliato ed anelastico ma inserito e non ravvede alcun gesto chirurgico necessario. In effetti il quadro ecografico descritto dal dott. _____ non fa che confermare quanto già noto riguardo le condizioni generali della spalla. Non si tratta infatti di una lesione del sottoscapolare dove prima il tendine era intatto ma semplicemente di una descritta riduzione di spessore in esiti di sutura. Nel contesto generale dell'assicurata tale variazione, qualora anche fosse presente, non ha apprezzabile riflesso sul giudizio di stabilizzazione del caso in quanto già nota, superata dalla valutazione eseguita in artroscopia diagnostica e non suscettibile di altro trattamento chirurgico. Lo stesso dott. _____ non propone alcun gesto sul sottoscapolare ma si limita a proporre l'infiltrazione sopra discussa. In conclusione il giudizio sulla stabilizzazione del caso è concorde con quanto certificato dal dr. med. _____, specialista ortopedico curante l'assicurata. Il quadro clinico funzionale e le limitazioni considerate globalmente per l'assicurata sono del tutto concordi con quanto da egli riportato. Non vi sono proposte terapeutiche atte a modificare in modo importante e con probabilità la situazione di questa assicurata. Le risultanze della visita _____ sono da confermarsi.” (doc. 362, pag. 2 e 3 incarto LAINF).

2.3.5. Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario il 15 settembre 2021, confermata il 23 maggio 2022, posta alla base della decisione avversata. Il TCA non ignora i referti del 23 febbraio 2022 del 17 marzo 2022 e del 14 aprile 2022 del dr. med. _____ (doc. 357, pag. 1-3 incarto LAINF), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.3.4. Tuttavia essi non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente il 15 settembre 2021 relativo alla visita _____ di chiusura del 9 settembre 2021 (doc. 309 incarto LAINF), 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. Del resto, lo stesso Prof. Dr. med. _____, specialista che ha operato l'assicurata il 6 novembre 2020, l'ha ritenuta abile al 100% in attività adeguate (“ in particolare per un'attività anche manuale che non preveda il sollevamento e lo spostamento di pesi maggiori di 5 kg e con le braccia distanti dal tronco. Può sollevare pesi di tale entità solo con gli arti superiori lungo i fianchi e sino all'altezza delle spalle ”) dal 1° novembre 2021, data in cui si sarebbe pure iscritta in disoccupazione (doc. 325 incarto LAINF). Successivamente a tale data, non risultano certificati medici (-specialistici) che attestino una differente capacità lavorativa residua dell'assicurata o una differente esigibilità lavorativa. A questo proposito giova comunque ricordare che, quand'anche tra la valutazione dell'esigibilità lavorativa eseguita dal medico fiduciario dell'CO 1 e quella effettuata dallo specialista curante vi fossero alcune differenze riguardanti la natura e l'importanza dei limiti funzionali (in particolare, circa l'entità dei pesi che l'assicurato è ancora in grado di sollevare), tale circostanza sarebbe in

ogni caso irrilevante (cfr. pure la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.4.4). I referti del 23 febbraio 2022 del 17 marzo 2022 e del 14 aprile 2022 del radiologo sono stati inoltre debitamente presi in considerazione ed analizzati dal medico fiduciario, in particolare nelle motivate e convincenti considerazioni espresse nel rapporto del 23 maggio 2022 (doc. 362 incarto LAINF), di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.3.4. Del resto, il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato e, quindi, ad un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Inoltre gli impedimenti ritenuti dal medico di fiducia non sono tali da poter sostenere che ci si troverebbe confrontati a una costellazione particolarmente sfavorevole ai fini reintegrativi. Difatti, la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee (vedi, tra le altre, la STCA 35.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.7 e riferimenti, la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.4.4). In concreto questo Tribunale ritiene che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che la ricorrente, nonostante i disturbi che la interessano, sarebbe in grado di esercitare tempo pieno (presenza e rendimento al 100%), tenuto conto dei suoi limiti funzionali. Va peraltro rilevato che gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni alle spalle: in sostanza, si tratta dell'impossibilità di sollevare, rispettivamente, trasportare pesi anche solo relativamente importanti nonché d'ingaggiare l'arto superiore interessato in mansioni da eseguire al di sopra dell'orizzontale (cfr., fra le tante, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4, STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021 consid. 2.6; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.4.3 e numerosi rinvii giurisprudenziali ivi citati e STCA 35.2021.81

del 7 febbraio 2022, consid. 2.4.4). L'esigibilità indicata dal medico fiduciario risulta inoltre plausibile alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori (cfr., tra le tante, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021 consid. 2.4.4; STCA 35.2021.5 del 18 maggio 2021 consid. 2.3.4; STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021 consid. 2.6, STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.3.3; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.4.3 e numerosi rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2021.72 del 24 gennaio 2022, consid. 2.7 e la STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.4.4). Sempre in merito ai precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori, giova qui ricordare la STCA 35.2017.37 del 23 novembre 2017 (che è stata confermata dall'Alta Corte con STF 8C_32/2018 del 7 gennaio 2019), in particolare il consid. 2.6 nel quale il TCA ha rilevato quanto segue: " (...) Ad esempio, in una pronunzia inedita del 12 novembre 1996, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, ad esempio, ritenuto realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive, trattandosi di un assicurato cinquantacinquenne che - a causa dei postumi infortunistici interessanti, in particolare, la spalla destra - era impedito nel sollevare pesi superiori ai 10 kg lungo tutto l'asse corporeo. La mobilità era ridotta di 2/3, certi movimenti non erano più possibili, come ad esempio, il sollevamento del braccio oltre i 60°, di modo che il braccio destro poteva unicamente servire come aiuto per il braccio adominante. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 - questo Tribunale ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro, un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, fatta eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA è pervenuto alla medesima conclusione in una sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss., concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, e il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg (e pertanto ritenuto praticamente monco di una mano). In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un, citiamo: "importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto, citiamo: "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato dal tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco." (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infrascapolo, rottura parziale del tendine sottoscapolare e

lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Anche nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra adominante, aveva subito l'amputazione del pollice, dell'indice e del medio, come pure una frattura pluriframmentaria della falange basale con instabilità a livello delle articolazioni interfalangee dell'anulare, divenendo praticamente monca di una mano, l'Alta Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa dal profilo ortopedico. In una sentenza 8C_260/2011 del 25 luglio 2011, il TF ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno attività lavorative leggere non bimanuali, un assicurato che presentava una paralisi, da parziale a completa, della muscolatura della spalla e del braccio destro dominante. Ad un'analogha conclusione è giunta l'Alta Corte in un'altra sentenza 8C_311/2015 del 22 gennaio 2016, concernente un assicurato, il quale, per evitare di cadere mentre era intento a scaricare un camion, si era attaccato con il braccio destro alla sponda dello stesso, avvertendo immediatamente forti dolori all'arto superiore in questione. In una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014, il TCA ha confermato la decisione con la quale un falegname, che ha subito l'amputazione dell'avambraccio destro (dominante) nell'utilizzare una sega circolare, è stato ritenuto totalmente abile in attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione), che non richiedono l'utilizzo di entrambi gli arti superiori. Vedi, infine, anche la sentenza di questa Corte 35.2014.57 del 4 maggio 2015, confermata con STF 8C_396/2015 del 17 settembre 2015, nella quale, nonostante l'infortunio alla spalla sinistra, un assicurato è stato ritenuto inabile in maniera praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio, ma in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera. In una sentenza 35.2016.43 del 22 settembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "tassametrista-impiegato-operaio", che - mentre usciva dalla doccia al proprio domicilio - era caduto, riportando un trauma distorsivo alla spalla destra con lesione transumorale della cuffia rotatoria a livello di sovraspinato e nella porzione craniale del sottoscapolare e, successivamente - mentre andava a prendere l'automobile al proprio domicilio - è scivolato sul ghiaccio, cadendo in avanti con ricezione su entrambi i polsi e dolori di contraccolpo ad entrambe le spalle e riportando una re-rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra e una rottura della cuffia dei rotatori della spalla destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito alle spalle. In una sentenza 35.2015.131 del 21 novembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "autista" con qualifica di "impiegato-operaio", che - mentre stava caricando il camion - era caduto dalla rampa di carico, riportando una frattura del capitello radiale sinistro tipo Mason II e una frattura composta dello spigolo esterno del processo coronoideo dell'ulna) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al gomito sinistro (adominante). In una sentenza 35.2016.89 del 13 febbraio 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "muratore" che, a causa di un infortunio professionale con una sega circolare, aveva subito un intervento di amputazione trans-P2 del IV dito a destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile

con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico alla mano destra (dominante), e, quindi, un lavoro leggero dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione) che non richiede un'ottima presa della mano destra e sinistra nel contempo rispettivamente un'ottima agilità di ambedue le mani contemporaneamente. In una sentenza 35.2016.103 del 23 marzo 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "parrucchiere" che, a causa di tre infortuni non professionali, aveva riportato delle limitazioni al gomito sinistro dominante), era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico (e più precisamente: prevalentemente impedito nei movimenti ripetitivi di flesso-estensione e di pro-supinazione del gomito sinistro specie se contro resistenza o con pesi superiori i kg. 2-3 e possibile l'esecuzione ripetitiva di non più di 3-4 movimenti al minuto). Infine, in una sentenza 35.2017.10 del 22 giugno 2017, il TCA ha giudicato completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate, un assicurato che presentava uno stato dopo contusione del dorso della mano destra con sviluppo di una malattia di Sudeck che aveva portato a esiti tragici in una situazione paragonabile a un amputato del braccio destro. Va inoltre rilevato che il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 170 p. 899). Il mercato del lavoro accessibile ai lavoratori non qualificati è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (RCC 1989 p. 331 consid. 4a). Tuttavia, nell'industria e nell'artigianato, le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite delle macchine, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza che possono essere svolte da personale non qualificato o semi qualificato (SVR 2002 UV Nr. 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). In una sentenza 8C_971/2008 del 23 marzo 2009, l'Alta Corte ha ribadito che anche per gli assicurati funzionalmente monchi di un braccio, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio: (...). Questa giurisprudenza è stata ulteriormente confermata con la STF 8C_451/2016 del 17 ottobre 2016 consid. 5.1, pubblicata in SVR 2017 Nr. 20 consid. 5.1, in cui l'Alta Corte ha ribadito che sul mercato equilibrato del lavoro vi sono possibilità d'occupazione sufficientemente realistiche per persone che vanno ritenute funzionalmente monche di un braccio e che inoltre possono ancora eseguire soltanto dei lavori leggeri (cfr., fra le tante, STCA 35.2017.2 del 2 ottobre 2017, consid. 2.6)." (cfr. STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.4.4; STCA 35.2021.44 del 16 agosto 2021, consid. 2.6; STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.2.3 e la STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.4.4). (cfr. pure la STCA 35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.2.3, ove questa Corte ha ritenuto abile al 100% in attività adeguate al danno infortunistico subito un assicurato che, dopo essere scivolato, è caduto a terra, riportando una frattura del polso destro pluriframmentaria rispettivamente la STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.8, ove questa Corte ha ritenuto abile al 100% in attività adeguate al danno infortunistico subito un'assicurata che, dopo essere scivolato, è caduto a terra, riportando una frattura scomposta del radio distale e la frattura dello stiloide ulnare al polso sinistro rispettivamente la STCA 35.2021.81 del 7 febbraio 2021, consid. 2.4.4, ove questa Corte ha ritenuto abile al 100% in attività adeguate al danno infortunistico subito un assicurato che,

dopo essere scivolato, è caduto a terra, riportando una lesione SLAP II alla spalla destra).

2.3.6. In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico fiduciario, che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurata, è specialista della materia che qui ci occupa e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Alla luce di quanto appena esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche MEYER BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere un'attività lavorativa adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal medico _____, dr. med. _____, nell'apprezzamento del 15 settembre 2021: cfr. doc. 309 incarto LAINF) a tempo pieno e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico.

2.3.7. Le censure ricorsuali volte a contestare l'operato dell'CO 1 per non avere considerato l'assicurata (che ha subito un danno infortunistico alla spalla destra) alla stregua di una mono-manuale vanno, dunque, respinte.

2.4. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STF I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STF I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STF I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr. inoltre STF I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2021, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° novembre 2021 (cfr. consid. 2.2).

2.5. Per quanto concerne il reddito da valida, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, senza il danno alla salute infortunistico, RI 1, nel 2021, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 92'427, considerando " quello che la signora RI 1 avrebbe potuto percepire nella sua abituale attività lavorativa di infermiera nel 2021, qualora lavorasse con grado di occupazione al 100% " (doc. 337, 340 e 364 incarto LAINF). L'importo di fr. 92'427, desunto dalle indicazioni fornite diretta-mente dal datore di lavoro (doc. 284, 320 e 337 incarto LAINF) e non contestato dal ricorrente, può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. Il "reddito da valida" per il 2021 ammonta, quindi, a fr. 92'427.

2.6. Per quanto concerne il reddito da invalida, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, con il danno alla salute infortunistico, RI 1, nel 2021, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 58'787. Il salario da invalida è stato quantificato tramite i dati forniti dall'Ufficio federale di statistica il quale, attraverso la propria pubblicazione " Rilevazione svizzera della struttura dei salari 2018 ", rivalutata nominalmente al 2021, indica che una donna adibita ad attività semplici percepisce un salario annuo mediano di CHF 61'880 (tabella TA1_tirageskill_level, totale, donne, livello 2 (infermiera diplomata: doc. 337 incarto LAINF), 41.7 ore settimana, rivalutazione nominale con T1.2.15 B-S: per il 2019 +0.9%, per il 2020 + 0.1%, per il 2021 stima trimestrale +0.1%: cfr. doc. 337 incarto

LAINF), tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 100%, applicando una deduzione sociale del 5%, considerate le limitazioni funzionali (“attività leggere, di precisione e di rado mediamente pesanti”: doc. 337 incarto LAINF), giungendo così a fr. 58'787. La patrocinatrice dell'assicurata non ha contestato il reddito da invalida di fr. 61'880.-, determinato dall'amministrazione, quanto piuttosto che la sua assistita non sia stata considerata alla stregua di una mono-manuale, censura ricorsuale che tuttavia, come si è visto al consid. 2.3.7, è stata respinta dal TCA che, come si è visto al consid. 2.3.6, ha confermato una capacità lavorativa residua del 100% (senza alcuna riduzione di rendimento) in attività adeguata. In quanto desunto dalla tabella TA1 2018, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 2 (infermiera diplomata: doc. 32 e 337 incarto LAINF), donne, aggiornato al 2021 l'importo di fr. 61'880 - a ragione, rimasto incontestato dalla patrocinatrice dell'assicurata - può essere fatto proprio da questa Corte. Su tale cifra la CO 1 ha operato una riduzione sociale del 5% nella decisione avversata (doc. 364, pag. 6), considerate le limitazioni funzionali (“attività leggere, di precisione e di rado mediamente pesanti”: doc. 337 incarto LAINF). La rappresentante critica l'operato dell'amministrazione per non avere considerato la sua assistita alla stregua di una monoma-nuale e, quindi, per non averle applicato una deduzione sociale di almeno il 15%, considerato che utilizza la sua mano destra, vale a dire la mano dominante, a causa dei dolori e della forte limitazione di funzionalità della spalla destra, solo in misura minima, che riveste pertanto unicamente una funzione ausiliaria (cfr. doc. I). In sede di risposta l'CO 1 ha puntualizzato quanto segue: “ (...) 7. L'assicurata ha riportato una lesione a livello della spalla che le impedisce di riprendere la propria attività abituale di infermiera così come descritta in occasione del colloquio del 21.11.2016 ma non di esercitare un'attività sostitutiva più leggera. 8. Essa non può essere considerata come una monomanuale. 9. L'assicurata dispone - su un mercato generale del lavoro equilibrato e quindi facendo astrazione della congiuntura difficile per i lavoratori sulla sessantina - di un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili per cui, come già evidenziato con la decisione su opposizione alla luce della giurisprudenza federale per il personale maschile non qualificato, una riduzione non entra in considerazione. 10. L'CO 1, in sede di opposizione, ha rinunciato a prospettare una reformatio in pejus della decisione dell'11.2.2022 e ha confermato il grado d'invalidità in vigore.” (cfr. doc. III). Chiamato ora a pronunciarsi il TCA rileva che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure 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; STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.11.4). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse

non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10; STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.11.4; STCA 32.2021.60 del 21 febbraio 2022, consid. 2.9.4; STCA 35.2021.94 del 30 marzo 2022, consid. 2.12; STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.5.2). Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurata (che ha subito un danno infortunistico alla spalla destra) sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo e di rendimento, un'attività adeguata e non può essere considerata alla stregua di una mono-manuale (cfr. supra, consid. 2.3.6 e 2.3.7). Secondo questo Tribunale, la ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione non sarebbe giustificata (in questo senso, si veda, ad esempio, la STF 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.1.4, concernente un assicurato i cui limiti funzionali riguardavano i movimenti ripetitivi del gomito destro e il trasporto di pesi superiori a 7 kg, precisato che quest'ultimo costituiva un valore massimo nel senso che il trasporto di pesi, anche di minore entità, doveva alternarsi a periodi di riposo per il braccio destro, la STF 8C_174/2019 consid. 5.2.2, riguardante un'assicurata in grado di impiegare il suo arto superiore sinistro soltanto in attività leggere e non ripetitive oppure la STCA 35.2019.73 del 22 gennaio 2020 consid. 2.4.6, concernente un assicurato, vittima di un infortunio all'arto superiore dominante, che è stato ritenuto ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa leggera, in cui potesse evitare di sollevare/trasportare pesi superiori ai 5 kg e di svolgere mansioni sopra il livello delle spalle). Da notare che, in base a quanto risulta dagli atti medici, la qui ricorrente non può essere considerato alla stregua di un individuo di fatto in grado di utilizzare un'unica mano/un unico braccio [faktische Einhändigkeit/Einarmigkeit], situazione che, in base alla giurisprudenza, avrebbe giustificato una riduzione sociale (cfr., ad esempio, la STF 8C_383/2020 del 21 settembre 2020 consid. 4.2.2). Giova qui pure ricordare la STF 8C_462/2020 del 27 agosto 2020, consid. 5.4, giusta la quale: " Zwar rechtfertigt eine verminderte Belastbarkeit des linken adominanten Arms nicht zwingend einen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil 9C_238/2018 vom 30. April 2018 E. 5.2 mit Hinweisen)." e la STF 8C_23/2021 del 20 aprile 2021, consid. 6.3, giusta il quale " bestehen nach konstanter Rechtsprechung auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten auch für Personen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (SVR 2017 IV Nr. 20 S. 53, 8C_451/2016 E. 5.1 sowie Urteile 8C_462/2020 vom 27. August 2020 E. 5.1; 8C_134/2020 vom 29. April 2020 E. 4.5; 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1; 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2; je mit Hinweis)." Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una deduzione sociale del 5%, l'CO 1 abbia globalmente tenuto ampiamente conto del danno alla salute dell'assicurata e non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il reddito "da invalida" di fr. 61'880.-, tenuto conto di una decurtazione sociale del 5%, ammonta, quindi, per il 2021 a fr. 58'787. 2.7. Confrontando ora il reddito da invalida di fr. 58'787. con il relativo reddito da valida di fr. 92'427, si ottiene per il 2021 un grado d'invalidità del 36% ($[92'427 - 58'787] \times 100 : 92'427 = 36.39\%$ arrotondato al 36% secondo la giurisprudenza di cui alla

DTF 130 V 121). La decisione dell'CO 1 che riconosce all'assicurata il diritto a una rendita d'invalidità del 36% va, di conseguenza, confermata.

2.8. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità?

2.8.1. 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).

2.8.2. 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).

2.8.3. 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).

2.8.4. 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). 2.8.5. Nella concreta evenienza, con decisione dell'11 febbraio 2022 (doc. 340 incarto LAINF) confermata su opposizione il 25 maggio 2022 (doc. 364 incarto LAINF), l'CO 1 ha riconosciuto a RI 1 un'IMI del 15% per la problematica alla spalla destra. Dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione si fonda sull'apprezzamento medico del 9 settembre 2021 (doc. 308 incarto LAINF) del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, (redatto, giova qui rilevare, dopo avere visitato personalmente l'assicurata ed averne eseguito l'esame obiettivo), giusta il quale: "(...). Facciamo riferimento alla tabella 1.2 Suva relativa alle menomazioni all'integrità di alterazioni funzionali degli arti superiori. Per una spalla mobile fino all'orizzontale viene riconosciuto un 15%. Si ritiene tale fattispecie applicabile alla situazione in esame. (...)". A seguito dell'opposizione dell'11 marzo 2022 (doc. 349 incarto LAINF) dell'assicurata, patrocinata dalla lic. jur. RA 1, completata l'11 maggio 2022 (doc. 356 incarto LAINF), l'CO 1 ha interpellato il precitato medico _____, il quale, nell'apprezzamento medico del 31 maggio 2022 (doc. 362 incarto LAINF) ha puntualizzato quanto segue: "(...) Siamo di fronte ad un'assicurata che è portatrice di postumi importanti e durevoli relativi alla spalla destra. In occasione dell'apprezzamento del 09.09.2021 è stata determinata una IMI riferendosi alla tabella 1.2 CO 1 relativa alle menomazioni all'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori, nella sezione relativa alle alterazioni funzionali della spalla. Nella sua opposizione la patrocinatrice espone due obiezioni. La prima relativa alla determinazione di mobilità della spalla, ritenendo che la fattispecie citata nella tabella 1.2 non comprenda le mobilità al di sotto dell'orizzontale e cioè al di sotto dei 90°. Secondo la patrocinatrice quindi il valore del 15% è da intendersi solo per una spalla che arrivi fino a 90° ma non che si fermi al di sotto di tale valore anche in prossimità di esso. La seconda riguarda il fatto che non si sia considerata una artrosi acromion-claveare ed una omartrosi presentata dall'assicurata. Entrambe le obiezioni non sono condivisibili. La tabella 1.2 CO 1 è stata interpretata secondo la prassi in essere alla CO 1. Per spalla mobile fino all'orizzontale si intende un'articolazione della spalla che ha una mobilità che è compresa nell'arco di movimento fino all'orizzontale. Tale fattispecie copre quindi anche i gradi intermedi contrariamente a quanto ritenuto dalla patrocinatrice dell'assicurata. In effetti dalla lettura della sezione della tabella che cita "mobile fino all'orizzontale 15%", "mobile fino a 30° oltre l'orizzontale 10%" appare evidente che una mobilità nell'arco di movimento sotteso al di sotto dei 90° è da intendersi come indennizzabile con il 15% e l'arco di movimento dai 90 ai 120° con un 10% mentre non è generalmente riconosciuta una menomazione all'integrità per un arco di movimento possibile oltre i 120°. Una interpretazione come quella posta dalla patrocinatrice porterebbe a risultati aberranti. Secondo quanto da ella sostenuto un movimento di spalla compreso nell'arco fino a 90° ma che non raggiunga con precisione i 90° non sarebbe indicato nella tabella. Pertanto, la tabella si riferirebbe, secondo la sua interpretazione, solo alle spalle che arrivano precisamente ai 90°. Analogamente per le spalle che si muovono nell'arco di movimento compreso fra i 90 e i 120° assumendo lo stesso ragionamento si potrebbe concedere il 10% solo per quelle spalle che raggiungono perfettamente i 120°. Ora, questa posizione non è secondo la prassi valutativa comune della CO 1. La determinazione di archi di movimento a cui corrisponde una menomazione all'integrità, raggruppando diverse fattispecie simili in macrocategorie valutative, è peraltro comune anche a diversi Barheme di riferimento in generale in medicina assicurativa. Per quanto riguarda poi l'obiezione che si debba

considerare separatamente e con modalità additiva l'artrosi glenomerale e acromion-claveare dobbiamo fare le seguenti considerazioni. È opportuno ricordare che per articolazione della spalla non si intende unicamente la cuffia dei rotatori. La spalla infatti è un complesso articolare formato da più articolazioni: la glenomerale o scapolo-omerale, l'acromion-claveare, la sterno-claveare (articolazioni dette "vere" dotate di capi articolari e cartilagine ialina) la sub-acromion sub-deltaoidea sede della cuffia dei rotatori e la scapolo toracica (articolazioni cosiddette "false" o piani di scorrimento muscolo fasciali). Tutte queste articolazioni concorrono a determinare il movimento. La tabella di menomazione all'integrità da alterazioni funzionali della spalla si riferisce quindi al quadro funzionale globale del complesso articolare della spalla formata dalle cinque articolazioni sopra citate. La patrocinatrice si riferisce a due fattispecie tabellari riferibili allo stesso distretto anatomico: la spalla. La prima riguarda le alterazioni funzionali della spalla con mobilità fino all'orizzontale e l'altra l'artrosi della glenomerale e dell'acromion-claveare. Non è possibile seguire la patrocinatrice in questa posizione in quanto le due fattispecie da lei considerate non sono additive, bensì alternative. In altre parole, non si può applicare due percentuali che stimano una menomazione dell'integrità dello stesso distretto perché in tal caso si duplicherebbe la valutazione. Qualora si voglia considerare la tabella 5.2 come richiesto dalla patrocinatrice, essa sarebbe da considerarsi unicamente per analogia come conferma del grado di menomazione all'integrità valutato funzionalmente. Si deve infine notare che una duplicazione, come sembrerebbe intendere la patrocinatrice, porterebbe il valore di IMI al 30% che contrasta in modo palese con la progressività della tabella dove il 30% è riferito ad un blocco in adduzione della spalla (in altre parole un'anchilosi completa in posizione addotta della spalla con impossibilità a qualunque movimento). Questa condizione non rappresenta la situazione in esame. Ritengo pertanto che la posizione medica riguardo alla IMI sia da confermarsi. (...)"

In sede di ricorso, la patrocinatrice della ricorrente ribadisce la contestazione dell'IMI riconosciuta alla sua assistita, in particolare rilevando che " tale argomentazione non è convincente " sulla scorta delle considerazioni che seguono: " (...). È' incontestabile che la funzionalità della spalla destra della ricorrente è stata compromessa dall'incidente occorso il 13 luglio 2016 e che oggi, nonostante i 4 interventi chirurgici subiti, le hanno giovato in modo molto limitato; Inoltre - come esposto in precedenza alla nota marginale 27 - la ricorrente soffre all'indomani dell'incidente oltre alla persistente limitazione della funzionalità della spalla destra sia di un'artrosi acromio-claveare sia di un'omartrosi (gleno-omerale), quali durevoli postumi infortunistici intervenuti dopo la lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra. L'omartrosi riscontrata in occasione del terzo intervento chirurgico del 29 agosto 2019 dai Dr. med. _____ e Dr. med. _____ era di grado 3 rispettivamente 4, come anche confermato dal Dr. med. _____ in occasione del quarto intervento chirurgico del 6 novembre 2020. Contrariamente il grado dell'artrosi attivata acromio-claveare invece non è stato determinato. Giusta la tabella 5 "Menomazione dell'integrità per artrosi", l'IMI per una artrosi acromio-claveare è di 0% nel caso di artrosi moderata e di 5-10% nel caso di artrosi grave; mentre l'IMI per omartrosi (gleno-omerale) è di 5-10% nei casi di artrosi moderata e di 10-25% nei casi di artrosi grave. Alla luce di questa tabella non è ravvisabile il motivo per cui il medico _____ abbia valutato unicamente il deficit funzionale della spalla destra tralasciando di considerare una patologia altrettanto importante quale quella dell'artrosi acromio-claveare e dell'omartrosi, cosa cui avrebbe potuto ovviare procedendo ad un cosiddetto confronto incrociato ("Quervergleich", cfr. sentenza del TF 8C_553/2020 del 31.10.2020 e sentenza del Tribunale cantonale di Basilea-Campagna, Divisione

Sozialversicherungsrecht 725 19 40 del 05.09.2019, in cui la tabella 5 "Menomazione dell'integrità per artrosi" in mancanza di un'artrosi non è stata applicata; sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone Zurigo UV.2020.00231 del 25.02.2021). Ne consegue che nella fattispecie la valutazione dell'IMI unicamente sulla base della tabella 1 "Menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori" difetta di considerare a giusto titolo che la ricorrente già nel 2019 rispettivamente nel 2020 soffriva di un'omartrosi (gleno-omeroale) di grado 3 e 4 ed un'artrosi acromio-claveare di un grado non rilevato. Nella sentenza UV.2020.00154 del 13 settembre 2021, in un caso paragonabile alla presente fattispecie, il Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone Zurigo, ha applicato contemporaneamente la tabella 5 "Menomazione dell'integrità per artrosi" come pure la tabella 1 "Menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori". Visto quanto precede nel caso di specie è pertanto indicato che l'IMI della ricorrente venga calcolata nel confronto incrociato tra la tabella 5 "Menomazione dell'integrità per artrosi" e la tabella 1 "Menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori" o viceversa, e il risultato di questo confronto basto su evidenze concrete venga illustrato nella relativa decisione. In questo contesto è abbondanzialmente opportuno far notare che l'esame eseguito in occasione della visita medica di chiusura del 9 settembre 2021, ha evidenziato che la spalla destra della ricorrente ha una mobilità fino all'orizzontale. L'abduzione circa l'articolarietà passiva e quella attiva, conformemente a quanto stabilito dal Dr. med. _____, risulta essere solo di 40°. In altre parole, l'abduzione è molto al di sotto di 90°, nonostante il fatto che tutti i test siano avvenuti con un atteggiamento timoroso e con un certo risparmio da parte della ricorrente. In proposito l'esperienza dimostra che le alterazioni artritiche comportano anche limitazioni della mobilità; ciò che nel caso in esame è lecito presumere avvenga a causa della presenza della grave omartrosi e dell'artrosi acromio-claveare. Ne discende che le patologie alla spalla e ed artritiche riscontrate, nonostante riguardino lo stesso distretto anatomico, sono da considerare - contrariamente al parere della CO 1 - come concomitanti e non alternative. (...)" (cfr. doc. I, pag. 16-18). In sede di risposta, l'CO 1 ha precisato quanto segue: " (...). 11. Per quanto riguarda il danno all'integrità - quesito prettamente medico - il medico _____ si è pronunciato a tre riprese (doc. 308, 362 e 367). 12. Egli, richiamata la tabella 1 delle Pubblicazioni della _____, ha quantificato nella misura del 15 % il danno all'integrità (spalla mobile fino all'orizzontale). 13. Il medico _____ nel suo ultimo apprezzamento ha spiegato per quali motivi non possono essere applicate cumulativamente le tabelle 1 e 5 e osservato che il tasso del 30 % viene accordato per un'anchilosi completa in posizione addotta della spalla con impossibilità a qualunque movimento. 14. Su tale problematica l'CO 1 si permette di rinviare alla sentenza di questo Tribunale del 24.1.2022 (incarto 35.2021.84) dalla quale risulta che: Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribuna/e ritiene di poter seguire il dott. _____ nella misura in cui ha rilevato che l'assegnazione di un'IMI per la limitata articolarietà della spalla destra e di una per i dolori interessanti la medesima parte del corpo, conformemente a quanto proposto dal Prof. X. (che aveva ritenuto la presenza di una periartrite - nota esplicativa della sottoscritta) non sarebbe consentita, poiché ciò equivarrebbe di fatto a duplicare la valutazione. Tale parere trova in effetti conferma nella giurisprudenza federale. Ad esempio, in una sentenza 8C 472/2007 del 9 giugno 2008 consid. 3.4, riguardante un assicurato che presentava una spalla mobile fino all'orizzontale e al quale l'assicuratore contro gli infortuni aveva assegnato un'IMI del 15% in applicazione della Tabella n. 1.2 edita dalla _____ dell'CO 1, la Corte federale ha ritenuto che la prestazione decisa dall'amministrazione (e confermata dai primi giudici), corrispondeva

perfettamente all'andicap presentato dall'assicurato, posto che la mobilità della spalla sinistra era ridotta all'orizzontale (l'abduzione attiva raggiungeva l'orizzontale, mentre la flessione attiva era possibile poco oltre l'orizzontale). Da notare che dinanzi al TF l'assicurato aveva contestato l'entità dell'indennità riconosciutagli per il motivo che non accusava semplicemente una limitazione della mobilità della spalla sinistra ma un disturbo funzionale ben più importante che lo limitava negli atti quotidiani della vita. In particolare, egli aveva sostenuto di risentire dei dolori persistenti al minimo sforzo, ad esempio allorquando, camminando, ciondolava il braccio sinistro oppure dopo aver mangiato. Stante ciò, la pretesa ricorsuale di un'indennità del 10% in ragione della presenza di dolori persistenti alla spalla destra, appare priva di fondamento e, pertanto, non può essere accolta.

15. La sentenza del Tribunale cantonale del Canton Zurigo concerne un caso in cui l'assicuratore infortuni aveva quantificato il danno all'integrità nella misura del 5 % in base alla tabella 5. Vista la limitazione della mobilità il Giudice di prime cure aveva ritenuto una menomazione aggiuntiva del 7.5 %. 16. Ora, indipendentemente dal fatto che si tratta di percentuali molto inferiori rispetto a quelle vantate dall'assicurata e che è stato adottato un procedimento diverso (tabella 5 e tabella 1 e non tabella 1 e tabella 5), il Giudice di prime cure non ha interpellato un medico per cui molto probabilmente non era a conoscenza della situazione anatomica così come descritta dal medico _____. 17. In ogni caso si tratta di un caso singolo che non soccorre l'assicurata. (...)” (doc. III, pag. 2-4 incarto LAINF; n.d.r.: il corsivo non è della redattrice) Con osservazioni del 10 agosto 2022 (doc. V), la patrocinatrice della ricorrente ha puntualizzato quanto segue: " (...) la ricorrente non ha mai formulato la richiesta di cumulare l'IMI nella misura del 10% a seguito della presenza di persistenti e inconfutabili dolori e ciò men che meno sulla base di una semplice duplicazione dei tassi di cui alle tabelle 1 e 5. Sta di fatto che la ricorrente ha postulato che tutti i postumi infortunistici durevoli, intervenuti dopo la lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra, venissero adeguatamente valutati e di conseguenza presi in considerazione correttamente. Ad onor del vero la ricorrente, in sede del suo ricorso del 27 giugno 2022, ha illustrato che attualmente, a causa dell'incidente occorso il 13 luglio 2016, oltre a dover far fronte al persistente deficit funzionale alla spalla destra, è altresì confrontata con un'artrosi acromioclaveare come pure con un'omartrosi (gleno-omerale), conformemente a quanto rilevato nei vari rapporti medici componenti il suo incarto. Ciononostante il medico _____ della CO 1 in alcun momento, vale a dire né nel suo rapporto medico dell'5 settembre 2021 relativo alla "visita medica di chiusura del 09.09.2021 ", né nella sua valutazione della menomazione all'integrità del 5 settembre 2021, si è espresso sulle artrosi presenti, restando silente in proposito. Per contro nella valutazione dell'IMI il medico _____ ha tenuto conto unicamente del deficit funzionale durevole alla spalla destra, ritenendo giustificato - sulla base della tabella 1.2 - l'erogazione di un'IMI pari al 15%. Ne consegue che ciò è avvenuto, omettendo al momento della chiusura del caso, vale a dire il 9 settembre 2021, d'identificare l'entità e la portata esatta delle artrosi presenti. In proposito è altresì bene specificare che il grado dell'artrosi acromio-claveare non è mai stato determinato, mentre per quanto concerne l'omartrosi (gleno-omerale) quest'ultima, già nel 2019, risultava di grado 3 rispettivamente 4. Conseguentemente risulta dovuto dirimere la questione se alla ricorrente, qualora fossero state considerate le artrosi presenti, sarebbe stata erogata un'IMI maggiore di quella attribuita dalla CO 1 nella misura del 15% in applicazione della sola tabella 1. In tale contesto la risposta alla domanda su quale delle due diagnosi, deficit alla spalla da una parte e artrosi dall'altra, pesa di più o ha un'estensione maggiore, è di relativa importanza. Infatti quando si applica la rispettiva

tabella concernente la relativa diagnosi, si deve tenere conto in modo appropriato dell'altra diagnosi nel senso di un cumulo appropriato. Dalle sentenze del Tribunale federale e Tribunale cantonale, citate nell'atto ricorsuale alla cifra marginale 30 (sentenza del Tribunale federale 8C 553/2020 del 31.10.2020 e sentenza del Tribunale cantonale di Basilea-Campagna, Divisione Sozialversicherungs-gericht 725 19 40 del 05.09.2019), risulta che in sede di giudizio ci si è chinati sulla questione se, oltre alla limitazione della mobilità, vada presa anche in considerazione la diagnosi relativa all'artrosi per la valutazione del diritto ad un'IMI. Nei citati casi tuttavia, ciò è stato negato a causa dell'assenza di un'artrosi. Diversamente nella sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone Zurigo UV.2020.00154 del 13 settembre 2021, già evocata in sede di ricorso alla cifra marginale 31, è stato giudicato indicato applicare per la valutazione dell'IMI congiuntamente le tabelle 1 e 5 e questo nonostante i postumi riguardassero lo stesso distretto anatomico. (...)» (cfr. doc. V, pag. 2-3). Interpellato al riguardo dall'amministrazione, il precitato medico _____ nell'apprezzamento medico del 18 agosto 2022 (doc. VII-1) ha puntualizzato quanto segue: " (...). Ci preme in questa sede ribadire che la valutazione IMI secondo la tabella 1.2 è a nostro parere quella realmente aderente alla condizione clinica dell'assicurata e la più corretta, pertanto da applicarsi in prima istanza. Qualora si voglia considerare per analogia la tabella 5 occorre fare le seguenti considerazioni. Per quanto riguarda l'artrosi acromion-claveare invocata dall'avvocato RA 1 dobbiamo osservare che tale tipo di artrosi era già presente nell'esame RM del 2016. Per tipologia ed entità nonché per le caratteristiche cliniche della paziente è da considerarsi con verosimiglianza prevalente preesistente l'evento di cui si discute e non ad esso legata da nesso causale probabile. Basti a questo proposito valutare la risonanza magnetica del 2016 che già mostrava un quadro di modesta artrosi acromion-claveare con ipertrofia dei capi articolari e verosimile impingement peraltro compatibile con l'età. Per quanto riguarda invece l'artrosi gleno-omerale dobbiamo osservare che nella radiografia del 22.12.2020 non vi è alcun segno radiografico di artrosi. Infatti anche nel rapporto del dr. med. _____ del 22.12.2020 si cita testualmente: «la radiografia eseguita mette in evidenza regolari rapporti articolari e un corretto spazio sottoacromiale». Dalla visione diretta delle immagini si evince che non vi sono segni radiografici di artrosi, pertanto sulla base dell'esame si dovrebbe definire una classe di artrosi di grado 0. L'applicazione della tabella 5 per analogia appare quindi non adeguata. L'avvocato RA 1 ritiene esservi un'artrosi di grado 3 - 4. Non ci fornisce però un documento medico cui fare riferimento e che l'abbia portata a tale convinzione, ma dal tenore del suo scritto pare riferirsi al rapporto operatorio della clinica _____ del 2019 dove si descrivono due aree isolate di «condropatia», di grado 3 l'una e 4 l'altra, in due distinte parti della superficie condrale della testa omerale. Da considerarsi anche il fatto che il referto della antro-RM preoperatoria eseguita alla _____ (18.06.2019) cita testualmente: «cartilagine intatta», escludendo in modo evidente che si fosse in una situazione di artrosi o anche di una importante condropatia. A scopo esplicativo mi preme sottolineare quanto segue. Vi è una fondamentale differenza fra una artrosi ed una condropatia o lesione condrale. Si tratta di due condizioni diverse. Se da un lato in una artrosi vi è un coinvolgimento, peraltro diffuso e marcato, del mantello cartilagineo, ciò si accompagna sempre ad altre alterazioni dell'articolazione nel suo insieme (membrana sinoviale, liquido sinoviale, osso subcondrale, osteofitosi, alterazione del profilo articolare etc...) che determinano evidenti alterazioni alla rx tanto da considerare l'artrosi una malattia dell'articolazione considerata come organo nel suo insieme. D'altro lato la semplice presenza di una o più lesioni condrali non può essere

considerata e definita come artrosi ed andrebbe correttamente definita «condropatia» (come peraltro riportato nel rapporto operatorio della _____), cioè una alterazione localizzata di un tessuto articolare. La confusione fra i due quadri è dal punto di vista medico del tutto errata e fuorviante. Analogamente vi è una grande differenza tra una classificazione radiografica dell'artrosi ed una classificazione artroscopica di una lesione condrale, per il semplice fatto che riguardano due quadri anatomico patologici differenti. Se parliamo di artrosi dobbiamo fare riferimento alla classificazione secondo Kellgren-Lawrence (Ref.1). Essa prevede una suddivisione in gradi (da 0 assenza di artrosi a 4 artrosi grave), sulla base di alcuni segni radiografici quali: riduzione/abolizione della rima articolare, sclerosi dell'osso subcondrale, osteofitosi ed appuntimento marginale, geodi subcondrali, alterazione del profilo articolare. Inizialmente proposta per l'artrosi del ginocchio, viene comunemente utilizzata con gli stessi criteri per altre articolazioni compresa la gleno-omerale sia in clinica che in ricerca (Ref.2), ed è alla base della suddivisione presente nella tabella 5 Suva (artrosi lieve, moderata, grave). Ben diverse sono le numerose classificazioni utilizzate per la definizione artroscopica delle lesioni cartilaginee. Queste comprendono ad esempio la classificazione di Outerbridge (da grado 0 assenza di condropatia, a grado 4) che si basa sulla profondità della lesione cartilaginea da malacia a fissurazione, ad ulcerazione, fino ad esposizione dell'osso subcondrale (Ref.3). È probabile sia questa la classificazione della lesione cartilaginea utilizzata nella descrizione dell'intervento eseguito alla _____ nel 2019 cui fa apparentemente riferimento l'avvocato RA 1. Analoghi elementi, con differenti livelli di definizione, vengono utilizzati per altre classificazioni più dettagliate, come la classificazione di Tippet (da grado 0 a grado 8) che pone una gradazione delle lesioni cartilaginee secondo estensione, tipologia e profondità (Ref.4). La più recente classificazione secondo ICRS (International Cartilage Repair Society) (Ref.5) riprende la classificazione di Tippet con la stessa ratio generale. In buona sostanza una lesione cartilaginea viene classificata in base al rammollimento, alla fissurazione ed alla fibrillazione o alla ulcerazione più o meno estesa e profonda fino all'interessamento dell'osso subcondrale. Una cosa però è la classificazione dell'artrosi, altra cosa la classificazione delle lesioni cartilaginee. Ne discende che una lesione cartilaginea anche molto profonda ma limitata in una parte dell'articolazione può essere presente in assenza di una conclamata artrosi. Né deve stupire il fatto che un riscontro artroscopico di una condropatia non sia di per sé indice di artrosi. Tornando al caso in esame, qualora l'osservazione dell'avvocato RA 1 si riferisca alla descrizione dell'intervento chirurgico eseguito nel 2019 alla _____, dove si cita la presenza di due limitate aree di lesione cartilaginea, una di grado 4 ed una di grado 3, in due distinte aree della supercondrale della testa omerale, dobbiamo osservare che questo non significa essere in presenza di una artrosi di grado 3 - 4 come afferma l'avvocato. Confondere le due situazioni è dal punto di vista medico non corretto e non condivisibile. Pertanto sulla base delle risultanze clinico radiografiche qualora si voglia considerare la tabella 5 per analogia utilizzando il massimo valore fra le due tabelle (1.2 e 5) nel caso specifico dobbiamo ritenere che per quanto riguarda l'artrosi acromion-claveare essa fosse preesistente l'evento. Per quanto riguarda l'artrosi gleno-omerale essa è da inquadrarsi in un grado 0 massimo 1 secondo Kellgren Lawrence, corrispondente ad una artrosi assente o lieve secondo la tabella 5.2 per cui è previsto «nessun risarcimento». Ritengo quindi che la valutazione secondo la tabella 1.2 resti la più corretta, aderente alla realtà clinica e tutelante per l'assicurata. (...)» Con osservazioni del 5 settembre 2022 (doc. IX), la patrocinatrice della ricorrente ha puntualizzato quanto segue: " (...) giusta l'illustrazione del Dr. med. _____ non

risulta chiara circa la diagnosi relativa alla condropatia di grado 3 ("Knorpeldefekt im Zentrum des Humeruskopfes") rispettivamente di grado 4 ("Knorpeldefekt im posterosuperioren Humeruskopf"), quale classificazione di quelle da lui enunciate sia stata applicata nel caso di specie (apprezzamento medico del 18 agosto 2022, pag. 3). Così nell'ipotesi che i medici della Clinica _____ a _____, Dr. med. _____ e Dr. med. _____, avessero applicata la classificazione di "Outerbridge" (da grado 0 fino a grado 4), si fa quivi notare che il grado 4 significa un'erosione con interessamento osseo, ossia che la condropatia si situa all'ultimo stadio. In merito alla fissazione dell'IMI l'art. 36 cpv. 4 dell'Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS 832.202) recita che deve essere preso in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. Ciò premesso e in considerazione del fatto che è comunemente noto che la condropatia rappresenta lo stadio iniziale dell'artrosi come pure che la ricorrente accusa tutt'ora evidenti dolori ed impedimenti alla spalla destra, appare a maggior ragione giustificato espletare un nuovo esame di diagnostica per immagini, conformemente a quanto già richiesto in sede del ricorso 27 giugno 2022, per valutare in modo definitivo il quadro artrotico della ricorrente. Per concludere si rinvia pertanto alle richieste formulate in sede del ricorso del 27 giugno 2022, al fine che venga stabilito in modo congruo e corretto il diritto ad una rendita d'invalidità e ad un'IMI della ricorrente. (...)" 2.8.6. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con 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, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori. Il TCA constata che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. 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 19 luglio 2022 il TCA ha assegnato alle parti un termine di 10 giorni per presentare eventuali altri mezzi di prova (doc. IV). In tale occasione la patrocinatrice della ricorrente non ha presentato a questa Corte un certificato medico-specialistico che smentisca la valutazione del medico _____. Il 24 agosto 2022 il TCA ha assegnato alla rappresentante dell'insorgente un termine scadente il 5 settembre 2022 per presentare osservazioni scritte alla lettera del 22 agosto 2022 dell'CO 1, incluso l'apprezzamento medico del 18 agosto 2022 del medico _____ (doc. VII e doc. VII-1). In data 5 settembre 2022 la patrocinatrice della ricorrente ha presentato le proprie osservazioni (doc. IX). Anche in questa occasione non ha presentato a questa Corte un certificato medico-specialistico che smentisca la valutazione del medico _____. A tutt'oggi, pertanto, agli atti non figura alcun certificato medico-specialistico che smentisca la valutazione del medico _____.

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; STCA 35.2021.64 del 6 dicembre 2021, consid. 2.5.5). Il TCA condivide, in particolare, le convincenti e dettagliate considerazioni espresse dal medico _____ (specialista che ha visitato personalmente l'assicurata e ha preso pure visione diretta delle immagini RM agli atti e che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica) negli apprezzamenti medici del 9 settembre 2021 (doc. 308 incarto LAINF), del

E. 31

maggio 2022 (doc. 362 incarto LAINF; cfr., in particolare, “ La tabella 1.2 CO 1 è stata interpretata secondo la prassi in essere alla CO 1. Per spalla mobile fino all'orizzontale si intende un'articolazione della spalla che ha una mobilità che è compresa nell'arco di movimento fino all'orizzontale. Tale fattispecie copre quindi anche i gradi intermedi contrariamente a quanto ritenuto dalla patrocinatrice dell'assicurata. In effetti dalla lettura della sezione della tabella che cita "mobile fino all'orizzontale 15%", "mobile fino a 30° oltre l'orizzontale 10%" appare evidente che una mobilità nell'arco di movimento sotteso al di sotto dei 90° è da intendersi come indennizzabile con il 15% e l'arco di movimento dai 90 ai 120° con un 10% mentre non è generalmente riconosciuta una menomazione all'integrità per un arco di movimento possibile oltre i 120°. ” rispettivamente “ È opportuno ricordare che per articolazione della spalla non si intende unicamente la cuffia dei rotatori. La spalla infatti è un complesso articolare formato da più articolazioni: la glenomeroale o scapolo-omerale, l'acromion-claveare, la sterno-claveare (articolazioni dette "vere" dotate di capi articolari e cartilagine ialina) la sub-acromion sub-deltaidea sede della cuffia dei rotatori e la scapolo toracica (articolazioni cosiddette "false" o piani di scorrimento muscolo fasciali). Tutte queste articolazioni concorrono a determinare il movimento. La tabella di menomazione all'integrità da alterazioni funzionali della spalla si riferisce quindi al quadro funzionale globale del complesso articolare della spalla formata dalle cinque articolazioni sopra citate. La patrocinatrice si riferisce a due fattispecie tabellari riferibili allo stesso distretto anatomico: la spalla. La prima riguarda le alterazioni funzionali della spalla con mobilità fino all'orizzontale e l'altra l'artrosi della glenomeroale e dell'acromion-claveare. ” rispettivamente non si può applicare due percentuali che stimano una menomazione dell'integrità dello stesso distretto perché in tal caso si duplicherebbe la valutazione. Qualora si voglia considerare la tabella 5.2 come richiesto dalla patrocinatrice, essa sarebbe da considerarsi unicamente per analogia come conferma del grado di menomazione all'integrità valutato funzionalmente. Si deve infine notare che una duplicazione, come sembrerebbe intendere la patrocinatrice, porterebbe il valore di IMI al 30% che contrasta in modo palese con la progressività della tabella dove il 30% è riferito ad un blocco in adduzione della spalla (in altre parole un'anchilosi completa in posizione addotta della spalla con impossibilità a qualunque movimento). Questa condizione non rappresenta la situazione in esame.”) e del 18 agosto 2022 (doc. VII-1; cfr., in particolare, “ Qualora si voglia considerare per analogia la tabella 5 occorre fare le seguenti considerazioni. Per

quanto riguarda l'artrosi acromion-claveare invocata dall'avvocato RA 1 dobbiamo osservare che tale tipo di artrosi era già presente nell'esame RM del 2016. Per tipologia ed entità nonché per le caratteristiche cliniche della paziente è da considerarsi con verosimiglianza prevalente preesistente l'evento di cui si discute e non ad esso legata da nesso causale probabile. Basti a questo proposito valutare la risonanza magnetica del 2016 che già mostrava un quadro di modesta artrosi acromion-claveare con ipertrofia dei capi articolari e verosimile impingement peraltro compatibile con l'età. Per quanto riguarda invece l'artrosi gleno-omerale dobbiamo osservare che nella radiografia del 22.12.2020 non vi è alcun segno radiografico di artrosi. Infatti anche nel rapporto del dr. med. _____ del 22.12.2020 si cita testualmente: «la radiografia eseguita mette in evidenza regolari rapporti articolari e un corretto spazio sottoacromiale». Dalla visione diretta delle immagini si evince che non vi sono segni radiografici di artrosi, pertanto sulla base dell'esame si dovrebbe definire una classe di artrosi di grado 0. L'applicazione della tabella 5 per analogia appare quindi non adeguata. (...). (...) una lesione cartilaginea anche molto profonda ma limitata in una parte dell'articolazione può essere presente in assenza di una conclamata artrosi. Né deve stupire il fatto che un riscontro artroscopico di una condropatia non sia di per sé indice di artrosi. (...). Pertanto sulla base delle risultanze clinico radiografiche qualora si voglia considerare la tabella 5 per analogia utilizzando il massimo valore fra le due tabelle (1.2 e 5) nel caso specifico dobbiamo ritenere che per quanto riguarda l'artrosi acromion-claveare essa fosse preesistente l'evento. Per quanto riguarda l'artrosi gleno-omerale essa è da inquadrarsi in un grado 0 massimo 1 secondo Kellgren Lawrence, corrispondente ad una artrosi assente o lieve secondo la tabella 5.2 per cui è previsto «nessun risarcimento». Ritengo quindi che la valutazione secondo la tabella 1.2 resti la più corretta, aderente alla realtà clinica (...).” . Per contro, il TCA non può seguire la patrocinatrice dell'insorgente quando pretende sostanzialmente di aggiungere una percentuale (da definire) per la limitazione funzionale (stabilita in base alla Tabella 1) e una percentuale (da definire) per l'artrosi glenomerale (che, giova qui ricordare, va inquadrata in un grado 0 massimo 1 secondo Kellgren Lawrence, corrispondente ad una artrosi assente o lieve) e per l'artrosi acromion claveare (che, giova qui ricordare, risulta essere preesistente l'infortunio) della spalla destra (cfr. doc. I, pag. 2, 16-18 e doc. V), e, quindi, della medesima articolazione, considerato pure che il deficit funzionale (come pure i dolori) sono intrinsecamente legati anche ai problemi artrosici provocati dalla natura stessa della menomazione. Al riguardo, va infatti rilevato che, nei casi in cui le diverse menomazioni si sovrappongano, il valore globale sarà di regola inferiore alla somma, in quanto una parte della menomazione verrebbe doppiamente indennizzata, qualora la prestazione venisse stabilita mediante addizione (in questo senso, cfr. Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 45; cfr. STCA 35.2015.91 del 15 febbraio 2016, consid. 2.3.5). Nel caso di specie, dalla documentazione medica agli atti si evince che l'assicurata presenta in sostanza un arto superiore destro con abduzione 40°(cfr. rapporto del 15 settembre 2021 relativo alla visita _____ di chiusura del 9 settembre 2021: doc. 309, pag. 3 incarto LAINF) e, quindi, da considerare bloccato sopra l'orizzontale (90°), menomazione a cui corrisponde, in base alla tabella 1.2 edita dalla _____ dell'CO 1, un'indennità del 15%, percentuale quest'ultima che - se riportata nella sezione della tabella riservata alla periartrite omero-scapolare - equivale a un'affezione di gravità superiore a quella media. Da notare pure che, secondo la tabella n. 5 edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'CO 1, a un'artrosi acromion claveare grave corrisponde una menomazione all'integrità del 5-10%

mentre a un'artrosi gleno-omeroale (omartrosi) media corrisponde una menomazione all'integrità del 5-10% e a un'artrosi gleno-omeroale (omartrosi) grave corrisponde una menomazione all'integrità del 10-25%. Di modo che la percentuale del 15% riconosciuta dal medico _____ - se rapportata alla tabella n. 5 - equivale a una omartrosi di gravità superiore a quella media. In simili circostanze il tasso riconosciuto dal dr. med. _____ (15%) non presta il fianco a nessuna critica. Il TCA non può seguire la patrocinatrice dell'insorgente nemmeno per quanto concerne l'argomentazione, giusta la quale “ (...) l'illustrazione del Dr. med. _____ non risulta chiara circa la diagnosi relativa alla condropatia di grado 3 ("Knorpeldefekt im Zentrum des Humeruskopfes") rispettivamente di grado 4 ("Knorpeldefekt im posterosuperioren Humersuskopf"), quale classificazione di quelle da lui enunciate sia stata applicata nel caso di specie (apprezzamento medico del 18 agosto 2022, pag. 3). Così nell'ipotesi che i medici della Clinica universitaria _____ a _____, Dr. med. _____ e Dr. med. _____, avessero applicata la classificazione di "Outerbridge" (da grado 0 fino a grado 4), si fa quivi notare che il grado 4 significa un'erosione con interessamento osseo, ossia che la condropatia si situa all'ultimo stadio. ”, considerato che il dr. med. _____, ha espresso la propria valutazione, non solo visitando personalmente l'assicurata, ma pure prendendo visione diretta delle immagini RM agli atti, alla luce dell'ampia esperienza che vanta in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Questa Corte non può parimenti seguire la rappresentante della ricorrente nemmeno per quanto concerne l'argomentazione, giusta la quale “ In merito alla fissazione dell'IMI l'art. 36 cpv. 4 dell'Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS 832.202) recita che deve essere preso in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. Ciò premesso e in considerazione del fatto che è comunemente noto che la condropatia rappresenta lo stadio iniziale dell'artrosi come pure che la ricorrente accusa tutt'ora evidenti dolori ed impedimenti alla spalla destra, appare a maggior ragione giustificato espletare un nuovo esame di diagnostica per immagini, conformemente a quanto già richiesto in sede del ricorso 27 giugno 2022, per valutare in modo definitivo il quadro artrotico della ricorrente. ” Sulla questione del prevedibile peggioramento, il TCA ricorda infatti che, secondo la giurisprudenza federale, aggravamenti futuri giustificano un aumento della menomazione all'integrità soltanto se l'intervento di un peggioramento è probabile. Per contro, non possono essere presi in considerazione peggioramenti che sono semplicemente possibili (cfr. RAMI 1998 U 320, p. 600 consid. 3b e riferimenti ivi citati; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 50). Stante quanto precede, ed in assenza di un certificato medico-specialistico che smentisca la valutazione del medico _____, il tasso riconosciuto dal dr. med. _____ (15%) merita di essere qui confermato e le censure ricorsuali sollevate dalla patrocinatrice devono essere respinte. 2.8.7. In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico _____ che ha, tra l'altro, accertato personalmente un'abduzione di 40° a destra durante la visita _____ di chiusura del 9 settembre 2022 (doc. 309, pag. 3 incarto LAINF). La decisione su opposizione impugnata merita dunque tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta un'IMI del 15% per il danno permanente alla spalla destra. 2.9. A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita ai fini del presente giudizio, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. 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). L'incarto LAINF è stato versato con la risposta di causa (cfr. allegato a doc. III). 2.10. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata. 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. 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 27 giugno 2022 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 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; 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 cfr. 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 pag. 107).

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