

TI_GERICHTE 35.2022.81 vom 27. März 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-03-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.81

FR: TI_GERICHTE 35.2022.81 du 27 mars 2023

IT: TI_GERICHTE 35.2022.81 del 27 marzo 2023

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub iudice 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. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'CO 1 era legittimato a interrompere il proprio obbligo a prestazioni (spese di cura e indennità giornaliera) dal 1° maggio 2022 in relazione all'evento del 31 gennaio 2020, oppure no. Preliminarmente, questa Corte è però chiamata a stabilire se l'CO 1 era legittimato a negare la propria responsabilità a proposito della lesione SLAP di tipo II alla spalla sinistra e dei disturbi psichici che presenta l'assicurato, oppure no. 2.3. Lesione SLAP di tipo II e disturbi psichici conseguenza dell'infortunio del 31 gennaio 2020? 2.4. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. 2.5. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.6. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione è adempiuta qualora si possa ammettere che, senza l'evento

infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una *conditio sine qua non* del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Se un infortunio ha semplicemente scatenato un processo che sarebbe comunque insorto anche senza questo evento, il nesso di causalità naturale tra i disturbi accusati dall'assicurato e l'infortunio deve essere negato se lo stato morboso preesistente è ritornato ad essere quello che era prima dell'infortunio (*status quo ante*) oppure se ha raggiunto lo stadio che sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (*status quo sine*) (RAMI 1992 U 142 p. 75 consid. 4b; A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469; U. Meyer-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, in *Bollettino dei medici svizzeri* 71/1990, p. 1093).

2.7. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio è stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a). La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte,

in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). 2.8. 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). 2.9. Per quanto concerne la lesione SLAP di tipo II, la patrocinatrice critica l'operato del medico _____ che " non ha mai considerato che la lesione potesse non essere evidenziata dalle RM oppure che fosse scaturita proprio a seguito del movimento ripetuto della spalla stessa a seguito della riabilitazione eseguita a _____, cure prescritte dalla CO 1 su suggerimento del dr. med. _____ " (doc. I, pag. 3). Dal canto suo, l'amministrazione sostiene che la lesione SLAP di tipo II non è in nesso di causalità naturale con l'infortunio assicurato rispettivamente con la cura riabilitativa a _____ (cfr. doc. III e doc. XV). Dalle tavole processuali emerge che l'assicurato si è sottoposto il 24 settembre 2020 ad una ARTRO-RM della spalla sinistra che ha evidenziato una regolare opacizzazione della capsula articolare, una modesta falda liquida nella borsa subacromiale, dei rapporti articolari acromion-claveari conservati e l'assenza di rotture dei tendini della cuffia (doc. 69). Il 16 ottobre 2020 (doc. 72) è stato visitato dal dr. med. _____ che ha rilevato come l'esame radiologico del 24 settembre 2020 avesse evidenziato come non vi fosse la rottura a carico dei tendini alla cuffia rotatoria e delle altre strutture articolari e periarticolari. Durante il soggiorno presso la _____ di _____, l'assicurato è stato sottoposto ad una radiografia il 21 aprile 2021 che ha messo in evidenza la clavicola in sede corretta rispetto all'acromion rispettivamente ad una MRI il 22 aprile 2021 che ha evidenziato una piccola lesione stazionaria parziale del sovraspinato di circa 4 mm, una buona qualità muscolare e l'assenza di lussazione acromion-claveare (doc. 148 e 153). Il 1° giugno 2021 il dr. med. _____ (Capoclinica del servizio di chirurgia e ortopedia dell'Unità di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale _____ di _____, _____) ha visitato personalmente l'assicurato e ha posto la diagnosi di " capsulite retrattile " (doc. 153). Per contro la RM artro del 30 settembre 2021 ha messo in evidenza quanto segue: " - Passaggio di mezzo di contrasto nella borsa subacromiale, in prima ipotesi da riferire ad esiti chirurgici con comunicazione a livello dell'intervallo dei rotatori - Immagini compatibili in prima ipotesi con lesione di tipo SLAP II " (doc. 177). Il 9 giugno 2022 il dr. med. _____ ha indicato che una Slap tipo II (inclusa quella dell'assicurato che aveva operato il 14 aprile 2022) è per definizione una lesione di tipo traumatico e non degenerativo, magari con traumi ripetuti, ma non una lesione di tipo degenerativa. Il 21 ottobre 2022 (doc. C) lo specialista ha ribadito questa posizione, tenuto conto dell'importante infortunio che aveva coinvolto l'assicurato rispettivamente che, al momento dell'intervento, non aveva riscontrato evidenti segni di lesioni degenerative. Il 12 settembre 2022 (doc. 277) il medico _____ (dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore) ha visitato personalmente l'assicurato, rilevando innanzitutto che la presenza della lesione SLAP non spiegava la

immobilità completa e dolorosa che l'assicurato aveva presentato prima dell'intervento (segnatamente durante la visita che aveva eseguito l'11 aprile 2021: doc. 228). Ha poi osservato che un evento traumatico adeguato sarebbe stata una caduta sul braccio esteso e in abduzione e che, nel caso di specie, la caduta da una scala da 2 metri poteva essere un meccanismo adeguato, ma non era stata evidenziata alcuna lesione SLAP alla artro-RMN del 24 settembre 2020. Considerato pure che lesione SLAP è una conseguenza delle attività ripetitive sopra il livello orizzontale e quindi è maggiormente una lesione dovuta ad usura, indipendentemente che si tratti di una lesione SLAP di tipo I, II o III, rispettivamente la distanza temporale tra la prima diagnosi (30 settembre 2021) e l'infortunio (31 gennaio 2020), il medico _____ ha escluso la causalità naturale. Il 28 ottobre 2022 (doc. D) il dr. med. _____ ha ricordato di essere rimasto molto sorpreso dell'evoluzione clinica del paziente al rientro dal soggiorno riabilitativo a _____, perché presentava “ un quadro acuto di capsulite retrattile, visto che la mobilità articolare in attivo e passivo era la medesima e molto ridotta. ” Il 28 novembre 2022 (doc. VII-1) il PD dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha osservato che la lesione SLAP è una conseguenza delle attività ripetitive sopra il livello orizzontale che causano un danno progressivo e degenerativo, quindi non infortunistico (confermando sostanzialmente quanto già precedentemente indicato dal dr. med. _____). Ha sottolineato inoltre come lo stesso dr. med. _____ il 6 novembre 2020, sulla base della artro-risonanza del 24 settembre 2020, aveva evidenziato che non vi fosse la rottura a carico dei tendini alla cuffia rotatoria delle altre strutture articolari e periarticolari e, quindi, che non era presente una lesione SLAP post-infortunistica. Ha pure osservato che nei referti della risonanza magnetica non è mai stata diagnosticata chiaramente una capsulite (e che, pertanto, un nesso causale tra l'infortunio ed una capsulite della spalla era possibile ma non poteva essere dedotta con probabilità preponderante). In assenza pure di un altro evento infortunistico non risultante dagli atti, ha quindi concluso che la lesione SLAP in questione non fosse di origine infortunistica. Il 15 febbraio 2023 il dr. med. _____ ha sostenuto che la lesione SLAP sarebbe insorta durante la riabilitazione presso il Centro di _____ (degenza dal 20 aprile al 18 maggio 2021; cfr. doc. 148), posto che essa non era visibile nella prima risonanza eseguita dopo l'infortunio ma lo era invece nelle immagini di quella effettuata il 30 settembre 2021 a cui l'assicurato si era dovuto sottoporre a seguito del peggioramento che era avvenuto subito dopo essere stato dimesso (doc. E1). Interpellato in proposito dall'amministrazione, il PD dr. med. _____, dopo avere osservato che il medico di famiglia non aveva fornito alcuna prova concreta a sostegno del fatto che la lesione in questione sarebbe effettivamente insorta durante la riabilitazione a _____, ha ribadito che, secondo la letteratura medica, le lesioni SLAP di tipo II sono tipicamente degenerative e insorgono a seguito di lavori ripetitivi sopra la testa e, quindi, che la lesione in disamina potrebbe sì trovarsi in un nesso causale con l'infortunio ma la documentazione presente agli atti non consente di dedurre tale relazione con il grado della probabilità preponderante (cfr. doc. XV-1). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA, attentamente valutato l'insieme della documentazione medica agli atti, condivide la valutazione espressa dai dr. med. _____ e _____, entrambi specialisti proprio nella materia che qui interessa con una vasta esperienza in materia di medicina infortunistica e assicurativa. In particolare, con gli apprezzamenti del 28 novembre 2022 e del 21 febbraio 2023 (cfr. doc. VII-1 e XV-1), il PD dr. med. _____ ha spiegato nel dettaglio (e in modo convincente, sulla scorta di tutta la documentazione medica a sua disposizione) i motivi per cui si è distanziato dal parere dei medici curanti

dell'insorgente, ritenendo che la nota lesione SLAP di tipo II non sia da imputare, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, all'infortunio del 30 gennaio 2020, rispettivamente al soggiorno riabilitativo presso la _____ di _____ del 2021, bensì esclusivamente a fattori degenerativi. Questa Corte concorda pertanto con la conclusione a cui è giunto il PD dr. med. Benthien, secondo la quale è possibile, ma non probabile (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che la lesione SLAP di tipo II sia stata causata dall'infortunio assicurato. A proposito del parere 15 febbraio 2023 del medico di famiglia dell'assicurato (doc. E1), il quale, giova qui rilevarlo, non è comunque specialista nella materia che qui interessa, il TCA ricorda che la regola "post hoc, ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). Del resto, il TCA rileva che il dr. med. _____ non ha minimamente spiegato a quale evento accaduto durante la degenza a _____ sarebbe da imputare il danno alla salute in discussione. Infine, è pure utile ricordare che, nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021 consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: "Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)." Stante tutto quanto precede, la lesione SLAP di tipo II presentata dall'insorgente non è di pertinenza dell'CO 1, il quale ha quindi giustamente rifiutato l'assunzione dell'intervento dell'aprile 2022. 2.10. 2.10.1. Per quanto concerne i disturbi psichici di cui soffre l'assicurato, nel caso di specie, con la decisione impugnata l'amministrazione ha implicitamente negato la propria responsabilità (doc. 255 e 280). La patrocinatrice dell'assicurato contesta l'operato dell'CO 1, in quanto in un primo tempo avrebbe confermato il nesso di causalità tra l'infortunio e la problematica psichica (cfr. doc. I, pag. 3). In sede di risposta di causa, l'CO 1, ha puntualizzato che la causalità adeguata per i disturbi psichici dell'assicurato deve essere negata sulla base della DTF 115 V 133, osservando segnatamente quanto segue: "L'infortunio oggetto della presente procedura, tenuto conto della sua dinamica, fermo restando che non devono prese in considerazione le conseguenze né le circostanze concomitanti, da un lato prettamente oggettivo, può tutt'al più essere classato nella categoria intermedia propriamente detta. Questo significa che la causalità adeguata può essere ammessa se sono normalmente adempiuti almeno tre criteri o se un criterio è dato in maniera particolarmente incisiva. In concreto nessuna delle condizioni definite dalla giurisprudenza risulta adempiuta.

L'infortunio non è stato particolarmente spettacolare fermo restando che a ogni infortunio di grado medio è associato un certo carattere spettacolare che non basta per riconoscere detto criterio (sentenza del TF 8C_560/2015 del 29.4.2016 cons. 4.4.1). L'infortunio non è stato accompagnato da nessuna circostanza particolarmente drammatica. L'assicurato non ha lamentato alcuna lesione grave o di particolare natura, nel senso di lesioni interessanti organi ai quali viene attribuita una particolare importanza. Dal lato oggettivo il decorso non è stato sfavorevole né accompagnato da complicazioni rilevanti. Per ammettere tale criterio devono essere adempiute delle circostanze particolari e atte a influenzare negativamente la guarigione. Anche i criteri della durata della cura e/o dell'incapacità lavorativa non sono adempiuti. Nessuna cura errata. L'assicurato non ha presentato in modo continuativo dei disturbi importanti su base organica aventi comportato dei notevoli impedimenti nella vita quotidiana.” (cfr. doc. III, pag. 3 e 4). 2.10.2. Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA rileva innanzitutto che il 2 marzo 2021 il medico fiduciario dell'CO 1 (dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia) ha posto la diagnosi di “ disturbo dell'adattamento ” in nesso causale naturale con l'infortunio e ha riconosciuto la necessità di una presa a carico psichiatrica, “ impregiudicata la nostra responsabilità futura dopo la stabilizzazione dello stato fisico ” (cfr. doc. 108). Su tale base il 3 marzo 2021 l'amministrazione ha assunto il trattamento psichiatrico, precisando quanto segue: “ concediamo il nostro benessere per il trattamento previsto, impregiudicata la nostra responsabilità assicurativa futura ” (doc. 110). In seguito, l'insorgente ha cambiato psicoterapeuta e il 27 agosto 2021 l'CO 1 ha assunto il nuovo trattamento psichiatrico, ribadendo ancora una volta che restava “ Imprejudicata la nostra responsabilità assicurativa futura ” (doc. 170). L'CO 1 ha così assunto in un primo tempo la cura per le turbe psichiche, ma - contrariamente a quanto sostenuto dalla patrocinatrice dell'insorgente - non ha confermato anche il nesso di causalità (in particolare, quello adeguato) con l'infortunio del 30 gennaio 2020. Come si vedrà meglio qui di seguito, l'CO 1 ha difatti proceduto all'esame del nesso causale (in particolare quello adeguato) dei disturbi psichici, al momento della stabilizzazione dello stato di salute somatico, così come richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr., tra le tante, la STF 8C_691/2013 del 19 marzo 2014 consid. 7.1). Ora, dalla documentazione agli atti emerge la presenza di una problematica psichica refertata dai sanitari (cfr. Psychosomati-sches Konsilium del 22 giugno 2021 della _____ di _____: “ Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10; F43.22) ”: doc. 154; certificato medico del 20 maggio 2022 del dr. med. _____: “ sindrome da stress post traumatico ”: doc. E). La questione di sapere con esattezza quale sia la diagnosi delle turbe psichiche dell'assicurato rispettivamente se esse costituiscono una conseguenza naturale del sinistro assicurato può rimanere indecisa, in quanto nel caso di specie deve essere negata l'esistenza di un nesso di causalità adeguato con l'infortunio assicurato, come si vedrà meglio qui di seguito (cfr. consid. 2.10.3). Al riguardo, è utile precisare che la causalità naturale e quella adeguata devono essere entrambe date affinché possa essere ammesso l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF. Occorre inoltre sottolineare che all'CO 1 non può essere rimproverato di aver prematuramente valutato l'adeguatezza del nesso causale, in quanto la documentazione agli atti fa stato della stabilizzazione, da un profilo somatico, dello stato di salute infortunistico. Dalla documentazione agli atti si evince che, all'epoca in cui l'assicuratore ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata (1° maggio 2022), all'assicurato non erano state prescritte ulteriori cure, suscettibili di migliorare in maniera notevole il suo stato di salute. A questo proposito va ricordato che la contestazione della stabilizzazione dello stato

di salute al 1° maggio 2022 della patrocinatrice del ricorrente era motivata dal fatto che il suo assistito si è dovuto sottoposto il 14 aprile 2022 all'operazione di riparazione della lesione SLAP di tipo II che, come si è visto poc'anzi al consid. 2.9, non è stata assunta - a ragione - dall'CO 1. 2.10.3. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale in relazione all'evento traumatico del 31 gennaio 2010, bisogna innanzitutto procedere alla classificazione di quest'ultimo. In data 31 gennaio 2020 RI 1, mentre stava lavorando, è caduto da una scala da un'altezza di circa due metri, riportando la frattura intrarticolare del radio distale destro e una lussazione acromio-claveare Rockwood IV della spalla sinistra (cfr. consid 1.1). Alla luce di quanto precede, il sinistro in questione va qualificato quale infortunio di grado medio in senso stretto. In effetti, secondo una costante giurisprudenza federale, cadute da un'altezza compresa tra i due e i quattro metri vengono classificate proprio in quella categoria (cfr. STF 8C_44/2017 del 19 aprile 2017 consid. 5.2; STF 8C_66/2021 del 6 luglio 2021, consid. 7.3 e STF 8C_596/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.4.1). In presenza di un infortunio di media gravità propriamente detta, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.7. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del

E. 29

gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, come nel caso di specie, secondo le regole inerenti all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio ai sensi della DTF 115 V 133, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Secondo il TCA, il sinistro qui in discussione - tenuto conto della dinamica in quanto tale e facendo astrazione dal danno alla salute che ne è conseguito e dal successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1) - non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Del resto, la Corte federale è giunta alla medesima conclusione nella fattispecie di cui alla succitata STF 8C_44/2017, riguardante un assicurato caduto con la testa su una superficie in beton da un'altezza di 2.41 metri (cfr. consid. 6.2.2). Secondo il TCA, non si può parlare, nel caso di specie, nemmeno di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (ovvero interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante: cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2), considerato che nell'infortunio del 31 gennaio 2020, l'assicurato ha riportato la frattura intrarticolare del radio distale destro e una lussazione acromio-claveare Rockwood IV della spalla sinistra. Il TCA ritiene inoltre che non sia soddisfatto neppure il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, considerato che determinante è il periodo sino alla chiusura del caso (dunque sino al 1° maggio 2022 - cfr. STF 8C_252/2002 del 16 maggio 2008 consid. 7.3.3 e riferimenti; cfr. STCA 35.2014.79 del 30 novembre 2015 consid. 2.10) e che dagli atti di causa emerge che è essenzialmente consistita in 2 interventi (6 febbraio e 18 dicembre 2020: doc. 14, 15 e 90), un soggiorno riabilitativo stazionario a _____ (dal 20 aprile

al 18 maggio 2021: doc. 148), nell'assunzione di medicinali (soprattutto antidolorifici e antidepressivi), in regolari sedute ambulatoriali di fisioterapia, ergoterapia, infiltrazioni, psicoterapia (che, come già indicato nella premessa, nella misura in cui le cure sono state applicate in ragione della patologia psichiatrica, esse non possono essere considerate), nonché in visite mediche di controllo (specialistiche e non). Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/ psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Nessun elemento all'inserto permette inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio rispettivamente di un decorso sfavorevole della cura e delle complicazioni rilevanti intervenute. A proposito di quanto sostenuto dalla patrocinatrice rispettivamente dal medico di famiglia dell'assicurato (ovvero che la lesione di tipo SLAP II sarebbe da attribuire alle manipolazioni eseguite ripetutamente a _____): cfr. consid. 2.9. Il TCA non può ritenere realizzato neanche il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti fisici dell'infortunio assicurato, visto che - come si vedrà meglio al consid. 2.11.3 - a distanza di 2 anni e 3 mesi dall'infortunio, raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute (1° maggio 2022), RI 1 era in grado di esercitare un'attività sostitutiva adeguata in misura completa (per un caso in cui il TF ha deciso in modo analogo riguardante una fattispecie in cui dal momento dell'infortunio alla stabilizzazione del caso erano trascorsi due anni e quattro mesi: cfr. STF 8C_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.1 e riferimenti ivi citati; per un caso in cui il TCA ha deciso in modo analogo, riguardante un assicurato che, raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute, era in grado di esercitare un'attività sostitutiva adeguata in misura completa a distanza di circa 2 anni e mezzo dall'infortunio: cfr. STCA 35.2022.79 del 31 gennaio 2022, consid. 2.3.6). In queste condizioni, può rimanere indeciso se è adempiuto il criterio dei dolori somatici persistenti, poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, la realizzazione di un criterio non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RtiD 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; SZS/RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Stante quanto precede si deve concludere che, dopo il 1° maggio 2022, i disturbi psichici dell'insorgente, non costituiscono più una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico assicurato, di modo che, da quella data, l'amministrazione non ne è più responsabile. 2.11. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.11.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, 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. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGa; l'art. 8 cpv. 1 LPGa, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGa. Da parte sua, l'art. 16 LPGa prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la

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

2.11.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere

considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

2.11.3. Nel caso concreto, è contestata la valutazione della capacità/esigibilità lavorativa. Dalle carte processuali emerge che con apprezzamento dell'11 aprile 2022 (doc. 228) - dopo aver sottolineato che l'attività abituale non più esigibile - il dr. med. _____ ha indicato la seguente esigibilità: " Funzionalmente il braccio sinistro è utilizzabile unicamente come braccio di appoggio. Attività con sollevamento di pesi, attività ripetitive come anche attività che necessitano una abduzione o flessione del braccio sono escluse da questo profilo. Attività a livello dell'anca oppure a livello del tavolo per avambraccio, come attività amministrative oppure guidare un mezzo di trasporto sono ancora esigibili." Sulla scorta di quanto indicato dal medico _____, nella decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha ritenuto l'assicurato abile al 100% (presenza e rendimento) in attività adeguate, segnatamente leggere e di precisione, non ripetitive e da svolgere al di sotto dell'orizzontale delle spalle (cfr. doc. 255 e 280). In sede di gravame, la patrocinatrice dell'assicurato contesta che il suo cliente possa svolgere al 100% (presenza e rendimento) un'attività lavorativa sostitutiva, tenuto conto dei suoi limiti funzionali. Inoltre, l'avvocato ritiene pure che un'attività di tipo leggero, anche nel settore industriale, non sarebbe comunque per lui concretamente proponibile, viste le mancate possibilità di formazione adeguate e le limitazioni fisiche (doc. I, pag. 4 e 5).

2.11.4. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, il TCA constata che agli atti

figurano svariati certificati medici, in particolare specialistici (segnatamente del dr. med. _____ e del dr. med. _____), che tuttavia non contestano la valutazione dell'esigibilità lavorativa enunciata dal dr. med. _____ rispettivamente non attestano l'esistenza di un'incapacità lavorativa in attività confacenti. In simili circostanze, il solo parere della rappresentante legale dell'assicurato - che non trova fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico - non può quindi essere condiviso dal TCA. Del resto, l'esigibilità indicata dal medico fiduciario risulta 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; STCA 35.2022.10 del 16 maggio 2022, consid. 2.4.4 e la STCA 35.2022.51 del 12 settembre 2022, consid. 2.3.5). Giova qui pure ricordare che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3), non richiedendo le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Il TCA segnala inoltre la STF 8C_55/2022 del 19 maggio 2022, in particolare il consid. 4.4.1, concernente il caso (ben più grave di quello del qui ricorrente) di un assicurato che di fatto non era più in grado di utilizzare la mano/il braccio sinistro (dominante), nel quale l'Alta Corte ha rilevato quanto segue: "(...) Nach den zutreffenden Erwägungen der Vorinstanz bestehen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt rechtsprechungsgemäss genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten auch für Personen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (Urteile 8C_134/2020 vom 29. April 2020 E. 4.5, 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1 und 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2). Es entspricht der Praxis, selbst bei faktischer Einhändigkeit zwar eine erheblich erschwerte Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit anzunehmen, gleichwohl aber sogar bei Versicherten, die ihre dominante Hand - was hier zutrifft (vgl. E. 3.1 hiervor) - gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt (z.B. als unbelastete Zudienhand) einsetzen können, einen hinreichend grossen Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten zu unterstellen (Urteile 8C_811/2018 vom 10. April 2019 E. 4.4.2 und 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.2). Längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung werden durch Computer und automatisierte Maschinen ausgeführt. Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz der

rechten Hand voraussetzen. Unter Berücksichtigung des gutachterlich definierten Zumutbarkeitsprofils des Beschwerdeführers und mit Blick auf die Rechtsprechung verletzte die Vorinstanz somit kein Bundesrecht, wenn sie von der vollständigen Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem hier einzig massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) ausging (vgl. Urteile 8C_462/2020 vom 27. August 2020 E. 5.1 und 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.2).” (n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Alla luce di quanto appena esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche MEYER BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere un'attività lavorativa adeguata (segnatamente leggera e di precisione, non ripetitiva e da svolgere al di sotto dell'orizzontale delle spalle), essenzialmente di controllo e di sorveglianza, rispettosa dei limiti indicati dal medico _____ a tempo pieno e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico. 2.12. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. L'CO 1 ha quantificato il reddito da valido in fr. 70'574, facendo capo alla RSS 2018, tabella TA1_tirage_skill_level, ramo economico 22-23 (“ industria di articoli in gomma e in materie plastiche ”), livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2022 (cfr. doc. 255, p. 2). L'Istituto resistente ha determinato il reddito da invalido in fr. 65'608, basandosi sulla RSS 2018, tabella TA1_tirage_skill_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2022 e operando poi una deduzione sociale del 5% per tenere conto delle limitazioni (“ attività leggere e di precisione ”: cfr. doc. 244) funzionali dipendenti dal danno alla salute infortunistico (cfr. doc. 255, pag. 2). La patrocinatrice dell'assicurato non ha contestato il reddito da valido di fr. 70'574 e neppure quello da invalido di fr. 65'608, quanto piuttosto che il suo assistito presenti una capacità lavorativa residua del 100% (presenza e rendimento) in attività adeguata che, tuttavia, come si è visto al consid. 2.11.4, è stata confermata dal TCA. Dato che l'aspetto economico non è stato contestato dalla rappresentante dell'insorgente (e preso pure atto che l'insorgente sarebbe stato in ogni caso licenziato, indipendentemente dall'infortunio, secondo le indicazioni fornite dall'ex datore di lavoro: doc. 230), questo Tribunale ritiene di potere fare proprio il calcolo effettuato dall'amministrazione nella decisione impugnata e di non aver motivo di verificarlo oltre (in questo senso cfr., tra le tante, la STCA 35.2018.92 del 28 febbraio 2019, consid. 2.8 e la STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.10 e i rinvii ivi citati). Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 65'608, con il relativo reddito da valido di fr. 70'574, si ottiene per il 2022 un grado d'invalidità del 7% $([70'574 - 65'608] \times 100 : 70'574 = 7.06\%$ arrotondato al 7% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). A ragione dunque l'CO 1 non ha riconosciuto il diritto ad una rendita LAINF, non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%. La decisione dell'CO 1 che nega il diritto a una rendita d'invalidità va, di conseguenza, confermata. 2.13. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.13.1. 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). 2.13.2. 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). 2.13.3. 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). 2.13.4. 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). 2.13.5. Nella concreta evenienza, con decisione del 19 maggio 2022 (doc. 255)

confermata su opposizione il 20 settembre 2022 (doc. 280), l'CO 1 ha riconosciuto a RI 1 un'IMI del 20% per la problematica alla spalla sinistra. A tal riguardo, nel gravame, la patrocinatrice del ricorrente ha rilevato quanto segue: "(...) Si ribadisce pertanto la contestazione della valutazione dell'IMI del 20%, persistendo il danno e le forti limitazioni alla spalla destra (valutata quale lussazione non ridotta con il residuo di un terzo dell'arco di movimento). L'IMI dovrebbe infatti essere valutata allo stato attuale quale impedimento pressoché totale di una spalla (secondo le Tabelle CO 1 valutabile nel 50% in caso di impedimento totale): nel caso del nostro mandante l'IMI sarebbe dunque da considerare nella misura di almeno il 30%-40%." (cfr. doc. I, pag. 5). Dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione si è fondata sull'apprezzamento medico dell'11 aprile 2022 (doc. 227) del dr. med. _____, (redatto, giova qui rilevare, dopo avere visitato personalmente l'assicurato ed averne eseguito l'esame obiettivo), giusta il quale: "(...). La limitazione funzionale dimostrata dall'assicurato non è paragonabile ad un braccio inutilizzabile, che verrebbe valutata con un valore del 50% in quanto vi è ancora una funzionalità conservata del gomito e del polso. Lo stato presentato dall'assicurato, che rimane ancora in dubbio perché non correla con i referti radiologici, è comunque paragonabile con una lussazione non ridotta che verrà valutata con il 25%. Visto che è rimasto ancora un arco di movimento di circa 30° che è un 1/3 dell'arco di movimento fino all'orizzontale, il valore del 20% è giustificato." 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 ad ulteriori atti istruttori. Il TCA constata peraltro 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. _____ e del dr. med. _____), non si esprimono in merito alla valutazione dell'IMI operata dal medico _____. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta unicamente un'IMI del 20% per il danno permanente all'arto superiore sinistro. 2.14 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). La decisione su opposizione del 20 settembre 2022 deve dunque essere confermata. 2.15. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGa secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. 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; 35.2021.58 del 18 ottobre 2021 consid. 2.12). Sul tema, cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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.