

TI_GERICHTE 35.2014.57 vom 4. Mai 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.57

FR: TI_GERICHTE 35.2014.57 du 4 mai 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2014.57 del 4 maggio 2015

Regeste

Assicurato si procura trauma alla spalla. L'assicuratore ha sospeso prestazioni al 31.8.2011. Buona fede non è violata. Disturbi in sede cervicale non in nesso di causalità naturale. IG negate da 1.9.2011 confermato. Rendita del 29% invece del 5%. Rinvio per quanto riguarda sovraindennizzo

Erwägungen

E. 1

non può quindi prevalersi della protezione della buona fede, di modo che, da questo profilo, il rifiuto dell'CO 1 di versare prestazioni risulta fondato. 2.4. Il TCA è ora tenuto a esaminare se l'Istituto assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità relativamente alle affezioni al rachide cervicale oppure no. 2.4.1. Disturbi al rachide cervicale: causalità con l'infortunio del 6 marzo 2006? Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne

discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.4.2. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid.

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.4.3. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali si evince che l'Istituto assicuratore ha negato che i disturbi localizzati in sede cervicale costituiscano una conseguenza naturale del sinistro occorso nel marzo 2006, facendo capo al parere espresso al riguardo dal Dr. _____ (cfr. doc. 122). In effetti, con apprezzamento del 25 marzo 2013, il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, chiamato dalle parti ad esprimersi, tra le altre cose, in merito alla causalità naturale dei disturbi risentiti dall'interessato con l'infortunio assicurato, alla domanda, se i disturbi accusati da RI 1 e la

diagnosi oggettiva possono essere ricondotti all'evento del 6 marzo 2006 con certezza assoluta, con probabilità preponderante o solo probabilmente (cfr. doc. 122/11 pto. 2), il perito ha così risposto: " (...) Persistenza di un nesso di causalità probabile preponderante per quanto attiene alla spalla sinistra. Nesso di causalità praticamente escluso tra l'evento del 6.3.2006 e le alterazioni degenerative plurisegmentali documentate al rachide cervicale." (doc. 122) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione specialistica, la quale, del resto, non è stata smentita in sede ricorsuale tramite la presentazione di certificazioni medico specialistiche di senso contrario. Le conclusioni alle quali è giunto il Dr. _____ nel rapporto medico del 25 marzo 2013, trovano conferma anche nella documentazione medica agli atti. Nel rapporto del 19 aprile 2011 il Dr. _____, spec. FMH in medicina generale e medico fiduciario della CO 1, aveva concluso come segue: " (...) Sulla base del dossier del signor RI 1 ritengo importante chiarire che le problematiche legate alla colonna cervicale non sono in nessun rapporto con il trauma alla spalla sinistra del 2006 e neppure con gli esiti dei tre interventi alla spalla sinistra." (doc. 94) Nella valutazione del 16 gennaio 2012 il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, ha anch'egli concluso che " tutti i disturbi a carico della spalla sx, in esiti di tre interventi operatori sono in relazione di causalità certa con l'evento del 06.03.06 "(...) Non sono invece in relazione di causalità con l'evento del 06.03.06 le patologie a carattere degenerativo riscontrate a livello del rachide cervicale, con sintomatologia subentrata in un secondo tempo" (doc. 112/6). In esito alle considerazioni che precedono, è quindi a ragione che l'assicuratore LAINF convenuto ha negato la propria responsabilità in relazione ai disturbi al rachide cervicale lamentati dall'insorgente. Per questa ragione, il TCA dovrà valutare il diritto alle prestazioni prendendo in considerazione esclusivamente i disturbi alla spalla sinistra . 2.5. Diritto all'indennità giornaliera a decorrere dal 1° settembre 2011? 2.5.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF e Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). 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). In una sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poiché l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1 [dal 1° gennaio 2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amélioration" nella versione tedesca e francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure

la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3).“ 2.5.2. È già stato detto che , secondo l'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera. Giusta l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione. Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza. La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'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. Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27 p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2). L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà. Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito dell'assicurazione malattia se la loro causa é da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid. 2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91). 2.5.3. Nella presente fattispecie, dalle carte processuali si evince che l'amministrazione ha versato indennità giornaliera corrispondenti a un'incapacità lavorativa dell'80% sino al 31 agosto 2011 ritenendo, in seguito, RI 1 pienamente abile al lavoro (cfr. doc. 95, 134). L'amministrazione si è fondata, in primo luogo, sulla valutazione del 16 gennaio 2012 del Dr. _____ che ha concluso che “ il quadro clinico si è stabilizzato e non può essere migliorato in modo significativo con ulteriori cure mediche ” (doc. 112/6). Anche nella valutazione del 3 settembre 2010 il medico fiduciario Dr. _____ ha indicato che l'assicurato – vista la sua attuale

funzione – può essere ritenuto abile al lavoro in misura completa (doc. 90/2). In seguito, l'assicurato è stato sottoposto alla valutazione peritale del Dr. _____, il quale in data 25 marzo 2013 ha concluso che lo stato attuale risulta essere stabilizzato in assenza di misure diagnostiche, rispettivamente terapeutiche ragionevolmente esigibili suscettibili di incidere significativamente e in maniera duratura sulla natura, rispettivamente sull'entità dei postumi riconducibili all'evento infortunistico del 6 marzo 2006 (doc. 122, pag. 13). Per quanto riguarda la capacità lavorativa il Dr. _____ ha concluso che essa varia in funzione delle mansioni svolte, rispettivamente da svolgere all'interno della ditta. Secondo lo specialista vi è inabilità lavorativa praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio. La capacità lavorativa è invece completa nell'attività di carattere amministrativo/dirigenziale/pianificatorio, così come nell'attività svolta al PC per l'acquisito delle vetture, come per la guida di un veicolo, rispettivamente di un furgone. Egli necessita, per contro, di un aiuto puntuale per il carico, rispettivamente il fissaggio delle carcasse di autovetture (doc. 122, pag. 13). Pertanto, stante quanto sopra esposto, è a ragione che l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurato il diritto alle indennità giornaliere a partire dal 1° settembre 2011 (tre mesi dopo la decisione formale del 27 maggio 2011), visto il ripristino della sua piena capacità lavorativa.

2.6. Diritto alla rendita di invalidità. 2.6.1. 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 TFA, 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 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 precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della 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.

2.6.2. 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 ch'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, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA 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 ch'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 TFA 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 (STFA 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 ad 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 conoscenze 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; STFA 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. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.6.3. Nella presente fattispecie - ricordato che occorre far astrazione dai disturbi che interessano il rachide cervicale (cfr. consid. 2.4.3. in fine) -, secondo il TCA, l'esigibilità lavorativa è stata validamente definita grazie alla valutazione espressa dal chirurgo ortopedico Dr. _____. Nella valutazione del 25 marzo 2013 il Dr. _____ ha posto la seguente diagnosi: (...) - Sindrome algica spalla sinistra in presenza di uno stato dopo trauma distorsivo/contusivo indiretto il 6.3.2006, stabilizzazione anteriore artroscopica in presenza di una rottura del labbro con ipermobilità del capolungo del bicipite il 12.7.2006, artrotomia e stabilizzazione secondo Neer di un distacco del labbro antero-superiore il 13.3.2007, decompressione sotto-acromiale artroscopica con rimozione di una borsa molto aderente alla cuffia e acromioplastica il 2.7.2009. - Sindrome vertebrale, rispettivamente spondilogeno cervicale in presenza di alterazioni degenerative pluri-segmentali" (doc. 122/9). Come visto (cfr. consid. 2.5.3.) vi è inabilità lavorativa praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio. La capacità lavorativa è invece completa nell'attività di carattere amministrativo /dirigenziale/pianificatorio, così come nell'attività svolta al PC per l'acquisito delle vetture, come per la guida di un veicolo, rispettivamente di un furgone. Egli necessita, per contro, di un aiuto puntuale per il carico, rispettivamente il fissaggio delle carcasse di autovetture. 2.7. Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ha alcun valido motivo per discostarsi dalla valutazione dell'esigibilità lavorativa enunciata dal chirurgo ortopedico Dr. _____ (e fatta propria dall'amministrazione), ragione per la quale tenuto conto del danno infortunistico di natura ortopedica, il ricorrente va ritenuto totalmente abile in attività leggere adeguate. Questa Corte non può scostarsi dalla valutazione dell'esigibilità lavorativa del medico _____ anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori. Ad esempio, in una sentenza inedita del 12 novembre 1996 nella causa I., il TFA ha ritenuto realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività alternative, 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 dominante . 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 dichiarato totalmente abile in attività sostitutive confacenti, specificatamente in professioni nell'esercizio delle quali la mano sinistra, dominante, avesse funzione ausiliaria, un'operaia 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 di professione autista che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno 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, 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.). In un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006 consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Anche nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, citata a pagina 7 del ricorso, 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. Nel caso di specie, l'infortunio ha invece interessato l'arto superiore sinistro, ma l'assicurato è destrimane (cfr. rapporto Dr. _____, pag. 7+9). Vedi infine anche la sentenza di questa Corte 35.2013.74 dell'8 settembre 2014 nel caso di un falegname che ha subito l'amputazione dell'avambraccio destro nell'utilizzare una sega circolare ed è stato ritenuto totalmente abile in attività leggere dal profilo del sollevamento/ trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, che non richiedono l'utilizzo di entrambi gli arti superiori. Va inoltre osservato 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, 2. 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 n. U 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 limitati nell'utilizzo della mano dominante, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio: " Wie die Rechtsprechung wiederholt bestätigt hat, gibt es auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen, welche funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können. Längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung werden durch Computer und automatische Maschinen ausgeführt. Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Die Gerichtspraxis ist bisher regelmässig bei Versicherten, welche ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt als unbelastete Zudienhand einsetzen können, von einem hinreichend grossen Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten ausgegangen (Urteil 9C_418/2008 vom 17. September 2008, E. 3.2.2)." (il corsivo è del redattore) Posto come il danno alla salute infortunistico riportato dall'assicurato interessa unicamente l'arto sinistro, ovvero quello dominante, a maggior ragione torna applicabile la giurisprudenza appena citata nel caso in esame. Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera. 2.8. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. 2.8.1. Quanto al reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute, RI 1, nella precedente attività avrebbe realizzato un reddito annuo di fr. 76'557.--. Questo importo è stato desunto dalla notifica d'infortunio inoltrata il 27 marzo 2006 dalla _____ (cfr. doc. 134/2, 2). L'insorgente, da parte sua, ha contestato questo importo ritenendo applicabile il reddito da valido calcolato dall'Ufficio AI di fr. 92'216.-- (doc. I, pag.11). La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità,

ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione U183/98 dell'8 luglio 1999, il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170). L'aspetto del coordinamento è in seguito stato relativizzato in successive sentenze nelle quali il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione per l'invalidità l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). Il TFA ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). La recente giurisprudenza federale ha ancora stabilito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6). In concreto, l'Istituto assicuratore ha calcolato il reddito da valido dell'assicurato sulla base della notifica di infortunio del 27 marzo 2006, in cui la _____ ha indicato un salario base mensile di fr. 6'000.--, e lo ha poi indicizzato al 2011 ottenendo l'importo annuo di fr. 76'557.-- (doc. 134/2). L'Ufficio AI, dal canto suo, nella decisione del 12 settembre 2013 ha calcolato il salario da valido di fr. 92'216.--, dopo aver esperito un'inchiesta economica per l'attività professionale indipendente. L'ispettore _____ dell'AI ha calcolato la media dei redditi conseguiti nel periodo precedente l'insorgenza del danno alla salute (dal 2001 al 2005) giungendo all'importo di fr. 82'981.-- nel 2003 che aggiornato al 2011 è pari a fr. 92'216.-- (doc. AI 65-1, 84-2). Il TCA ritiene questo importo maggiormente attendibile, in quanto calcolato nell'ambito di un'inchiesta economica precisa e affidabile, svolta in seno alla _____, di cui RI 1 è amministratore unico e azionista di maggioranza (doc. AI 65-3). Questo Tribunale non ha motivo per mettere in discussione le risultanze dell'inchiesta economica del 22 novembre 2011 effettuata sul posto (sul valore probante di tali inchieste, cfr. STF 9C_35/2007 del 4 aprile 2008; DTF 130 V 61; STCA 32.2005.197 del 6 settembre 2006). Alla luce di quanto sopra il TCA ritiene che non ci si possa distanziare dal reddito da valido di fr. 92'216.-- (2011) calcolato in ambito AI nella decisione del 12 settembre 2013. 2.8.2. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al

caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. 2.8.3. Dalle tavole processuali risulta che l'CO 1 ha quantificato in fr. 72'664.45 il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1, attività di commercio e riparazione autoveicoli (p.to 45), livello di qualifica misto 1+2 e 3 (vista la pluriennale esperienza nella professione e le modalità di gestione dell'azienda), un pendio orario settimanale di 41.7 ore e aggiornando il dato al 2011 (doc. 134, 141). L'Istituto assicuratore ha così motivato il calcolo del reddito da invalido: "(...) dopo

un'attenta valutazione della documentazione medica agli atti e tenuto conto che i disturbi infortunistici sono circoscritti alla spalla sinistra, non vi è alcun motivo per ritenere che l'assicurato non sarebbe in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa di carattere amministrativo, dirigenziale, pianificatorio o come autista. Alla luce alle considerazioni che precedono, CO 1 osserva che, dal punto di vista medico, l'opponente non è più totalmente abile nell'attività di smontaggio di carcasse di auto, precedentemente svolta. Nondimeno, sul mercato generale del lavoro esistono delle attività che egli sarebbe in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, nonostante il danno alla salute infortunistico. Tant'è vero che il Dr. med. _____ ha osservato come "in occasione della visita il signor RI 1 riferisce di un cambiamento nella modalità di lavoro della ditta nel senso della rivendita di vetture accidentate, senza più procedere allo smontaggio per ricavarne i pezzi di ricambio. Esso si occupa dell'acquisto delle vetture al PC, un operaio del loro ritiro con l'ausilio di un carro-attrezzi" (cfr. perizia Dr. med. _____, pag. 12)." (doc. 141). Il ricorrente, da parte sua, ha fatto proprio il calcolo dell'Ufficio AI che è giunto ad un importo di fr. 53'848.45, applicando la tabella TA 1, attività adeguate, livello di qualifica 4 e applicando una riduzione dal reddito statistico del 13% (8% per attività leggere e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari) (doc. AI 104-3). Alla luce della valutazione del Dr. _____ e visto che RI 1 continua a svolgere la propria attività presso la _____, il TCA ritiene corretto applicare, per il calcolo del reddito da invalido, la tabella TA 1, attività di commercio e riparazione autoveicoli (p.to 45), livello di qualifica 3 (conoscenze professionali specializzate), in quanto l'assicurato ha lavorato in numerose aziende quale metalcostruttore (dal 1991 al 1994), prima di mettersi in proprio e costituire nel 2002 la _____, di cui è amministratore unico (doc. AI 6-5, 65-1). Non può, per contro, essere seguita CO 1 nell'applicazione di un "livello di qualifica misto 1+2 e 3" (doc. 141). Infatti, oltre a non essere in possesso di uno specifico attestato professionale (doc. AI 65-3), l'assicurato non esercita un lavoro particolarmente esigente e difficile (livello di qualifica 1) né un lavoro molto qualificato (livello di esigenze 2). Utilizzando, dunque, i dati forniti dalla tabella indicata, l'assicurato avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'210.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 3/3-2015, p. 88), esso ammonta a fr. 5'431.42 mensili oppure a fr. 65'177.-- per l'intero anno (fr. 5'431.42 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2011 (+1,0%), un reddito mensile di fr. 5'485.73 oppure di fr. 65'828.77 per l'intero anno (fr. 5'485.73 x 12). Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 65'828.77 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 92'216.-- (cfr. consid. 2.8.1.) - è del 28,6% arrotondato al 29% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. (= SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41). Nella misura in cui l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita di invalidità del 5%, il suo ricorso deve essere accolto. L'Istituto assicuratore è quindi tenuto a versare a RI 1 una rendita di invalidità del 29%, a decorrere dal 1° settembre 2011. 2.9. Calcolo del sovraindennizzo Rimane da esaminare la questione dell'ammontare della compensazione di fr. 120'459.-- a favore della CO 1, quale assicuratore LAINF, oggetto del ricorso del 15 settembre 2014 contro la decisione del 15 luglio 2014 (doc. I, inc. 35.2014.85). Nel caso concreto, contestata è la compensazione tra le rendite AI arretrate e l'importo fr. 120'459.-- chiesto dall'CO 1. Questo importo corrisponde a prestazioni LAINF da restituire per sovraindennizzo, oggetto della decisione

formale 17 settembre 2013 (doc. 3, inc. 35.2014.85), confermata con decisione su opposizione del 15 luglio 2014 (doc. 9, inc. 35.2014.85). Giusta l'art. 68 LPGA, le indennità giornaliere sono cumulabili con le rendite di altre assicurazioni sociali, salvo sovraindennizzo. La riserva relativa al sovraindennizzo, contemplata all'art. 68 LPGA, si riferisce all'ordinamento ancorato all'art. 69 LPGA (U. Kieser, op. cit., ad art. 68, n. 17). A norma dell'art. 69 cpv. 1 LPGA, il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo dell'avente diritto. Per il calcolo del sovraindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni di medesima natura e destinazione fornite all'avente diritto in base all'evento dannoso. Vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato, incluse le spese supplementari provocate dallo stesso evento ed eventuali diminuzioni di reddito subite da congiunti (cpv. 2). Le prestazioni pecuniarie sono ridotte dell'importo del sovraindennizzo. Sono esenti da riduzioni le rendite dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità nonché gli assegni per grandi invalidi e per menomazione dell'integrità. Per le prestazioni in capitale è tenuto conto del valore della corrispondente rendita (cpv. 3). L'art. 69 LPGA, come già era del resto il caso per l'art. 40 vLAINF, persegue lo scopo di impedire il sovraindennizzo (cfr. U. Kieser, op. cit., ad art. 69, n. 4; DTF 121 V 132). Si è in presenza di un sovraindennizzo quando le prestazioni corrisposte all'interessato da parte d'assicuratori sociali diversi, lo pongono in una situazione economica migliore rispetto a quella che sarebbe stata la sua se non fosse sopraggiunto l'evento assicurato (A. Rumo-Jungo, op. cit., p. 236s.). In questo ordine di idee, l'art. 51 cpv. 3 OAINF precisa che il guadagno di cui l'assicurato è presumibilmente privato corrisponde a quello da lui conseguibile se non avesse subito il danno (determinante è, peraltro, il reddito lordo, ovvero il reddito esistente prima della deduzione dei premi e contributi afferenti ad assicurazioni sociali - cfr. A. Maurer, op. cit., p. 538; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 157). Per stabilire il guadagno a cui fa riferimento l'art. 51 cpv. 3 OAINF, è necessario partire da una completa capacità lucrativa e dal corrispondente guadagno. Da ciò, si devono, tuttavia, ancora detrarre gli introiti effettivamente realizzati mettendo a frutto la parziale capacità lavorativa, rispettivamente, lucrativa. Non vanno, invece, dedotti quegli introiti che l'assicurato potrebbe realizzare valorizzando la sua residua capacità lavorativa, così come si deduce dal tenore dell'art. 51 cpv. 3 seconda frase OAINF ("Si prende in considerazione il reddito effettivamente realizzato"). In particolare, così come si evince dall'art. 68 LPGA, il divieto di sovraindennizzo si applica se esiste concorso fra indennità giornaliere e una rendita (per quanto attiene al diritto previgente, cfr. DTF 121 V 132 consid. 2b, 117 V 395 consid. 2b, 115 V 279 consid. 1c e riferimenti; A. Maurer, op. cit., p. 537; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 156; cfr., pure, Messaggio 18 agosto 1976 del Consiglio federale per una legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni, cifra 403.34 ad art. 40 del disegno di legge). Conformemente alla giurisprudenza federale elaborata in relazione all'art. 40 vLAINF (cfr. DTF 117 V 394) - valida comunque anche dopo l'entrata in vigore della LPGA - per la determinazione del sovraindennizzo, si deve operare un calcolo globale. Al sistema del calcolo globale è attribuita la priorità rispetto al principio della congruenza temporale. Sapere se le indennità giornaliere vanno ridotte (art. 69 cpv. 3 prima frase LPGA), rispettivamente, se quelle versate di troppo possono essere richieste in restituzione (art. 25 LPGA), va stabilito in base ad un conto globale per tutta la durata di percezione delle indennità giornaliere (DTF 117 V 394 consid. 3b). Secondo la RAMI 2000

U 376, p. 182, il calcolo globale deve essere operato unicamente dopo la fine della corresponsione delle indennità giornaliera. Il periodo di computo determinante per il calcolo globale ha inizio con la nascita del diritto all'indennità giornaliera (STFA del 21 marzo 2003 nella causa S., U 367/01, consid. 6 e STFA dell'8 novembre 1991 nella causa G., U 15/91). Sul tema del sovraindennizzo vedi anche le recenti sentenze dell'Alta Corte 8C_43/2012 del 7 settembre 2012 e 9C_43/2012 del 12 luglio 2012. 2.10. In concreto, l'CO 1 per il calcolo del “ guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato ”, ha utilizzato il salario da valido che figura nella notifica d'infortunio del 27 marzo 2006 della _____ (doc. 2, inc. 35.2014.57) e lo ha indicizzato al 2009 (doc. 2, inc. 35.2014.85). Come visto al consid. 2.8.1. questo importo è stato ritenuto dal TCA meno attendibile rispetto a quello di fr. 92'216.-- calcolato dall'Ufficio AI nell'ambito di un'inchiesta economica. Alla luce di quanto sopra, gli atti vanno rinviati all'CO 1, affinché proceda ad un nuovo calcolo del sovraindennizzo sulla base di quanto deciso da questa Corte statuendo sul ricorso del 23 giugno 2014. 2.11. Visto l'esito favorevole dei ricorsi, l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili.

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