

TI_GERICHTE 35.2019.124 vom 17. August 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-08-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.124

FR: TI_GERICHTE 35.2019.124 du 17 août 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2019.124 del 17 agosto 2020

Erwägungen

E. 4

febbraio 2019 dal dr. _____ e la relativa successiva terapia intensiva fisioterapeutica (cfr. doc. 431).

Nella visita medica di chiusura del 16 aprile 2019, il dr. _____ ha constatato, oggettivamente, ■una buona muscolatura invariata con una mobilità del braccio invariata e libera e con buona forza sotto il livello orizzontale■, ritenendo che rispetto alla precedente visita non vi sia stato alcun peggioramento, con una ■situazione stabile■. Inoltre, riguardo alle proposte diagnostiche e terapeutiche, il dr. _____ ha indicato che ■non sono previste altre terapie né esami diagnostici. Il rinforzo muscolare può essere eseguito in modo autonomo presso un centro di fitness o fisioterapia. Siamo d■accordo di sostenere ancora la terapia con una-due serie di fisioterapia■ (doc. 443).

A seguito di questa visita medica, con decisione del 25 aprile 2019 l■CO 1 ha deciso di sospendere il diritto alle prestazioni a titolo di spese di cura e d■indennità giornaliera dal 1° giugno 2019, ritenendo che ulteriori cure mediche non fossero suscettibili di migliorare la capacità lavorativa dell■assicurato, totalmente abile al lavoro in attività adeguate (doc. 446).

Ho discusso quindi con il paziente le varie possibilità terapeutiche a questo punto.

Chiamato dall■Istituto assicuratore ad esprimersi in merito al ■referto del dr. _____ del 17.09.2019 e del 4.10.2019, nonché la scintigrafia ossea effettuata in data 1.10.2019 che mettono in discussione la decisione su opposizione del 17.09.2019■ prodotti dall■assicurato, il dr. _____, con apprezzamento medico del 4 gennaio 2020, dopo avere ripercorso l■intera vicenda, riassumendo tutti i rapporti medici che si sono succeduti nel tempo, si è così espresso:

L'importante segnalazione è causata dall'artrosi all'interno dello sterno costole, ma meno importante verso la parte dell'omero a destra dove si trova la protesizzazione. Si ricorda che in precedenza è stato escluso della _____ un infetto con più di 6 prelievi (tutti negativi e anche nell'ultimo approccio chirurgico di febbraio 2019 tutti gli esami erano negativi). Quindi è poco probabile che siamo confrontati con un infetto, in quanto siamo anche in assenza di qualsiasi sintomo oggettivabile e lo stesso anche per quanto riguarda un'eventuale instabilità della protesi. Né la TAC, né la scintigrafia mostrano una chiara lisi della protesi (nessuna doppia linea né un chiaro aumento della segnalazione trifasica) che in parte può essere anche normale in presenza di una protesi in un assicurato che ha sempre mostrato una buona muscolatura e una buona mobilità come è stato verificato e confermato anche nella mia ultima visita in aprile 2019. Una reazione ossea può essere presente in una protesizzazione normalmente eseguita, senza essere confrontata con una vera lisi della protesi.

Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che, a ragione, l'art. 18 LAINF abbia ritenuto stabilizzato il caso (su questo concetto, cfr. il consid. 2.3.1) e dichiarato estinto il diritto alla cura medesima e all'indennità giornaliera dal 1° giugno 2019.

L'assicurato aveva, infatti, ritrovato a quel momento una piena capacità lavorativa in attività adeguate al danno alla salute.

D'altra parte, non permette di giungere ad una diversa conclusione il fatto che dr. _____ abbia prospettato la possibilità di intraprendere una terapia con dei bifosfonati, stante il carattere conservativo di un tale provvedimento, come espressamente indicato dallo stesso chirurgo ortopedico (cfr. doc. G, corsivo della redattrice).

Quanto alla seconda possibilità, di tipo chirurgica, indicata dal dr. _____ - comunque non condivisa dallo stesso assicurato, il quale ha manifestato la propria preferenza per un approccio di tipo conservativo - va rilevato che il dr. _____, nell'apprezzamento del 4 gennaio 2020, ha rilevato che è chiaramente da rifiutare qualsiasi approccio invasivo in una situazione che non mostra né un infetto, né chiari segni per una lisi (doc. IX/4).

Il TCA non ha motivo per discostarsi da tale valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore LAINF.

Va, comunque evidenziato che, nel caso in cui, in occasione di una futura rivalutazione della situazione dell'assicurato attraverso le indagini indicate dal dr. _____ nell'apprezzamento del 4 gennaio 2020 (radiografia AP laterale e Neer in rotazione interna ed esterna, o, in caso di dubbio, TAC) dovesse emergere un peggioramento dello stato di salute dell'interessato, questo sarà oggetto di esame da parte dell'assicuratore LAINF nell'ambito di una ricaduta.

2.4. Diritto a una rendita d'invalidità?

2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

Il 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 previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343.

Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità:

1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico)
2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico).

Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale).

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute.

D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione.

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni.

Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe.

Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, laSTFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e laSTFA I 162/01 del 18 marzo 2002).

L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA).

I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo.

La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno.

Il 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 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; STFA del 30 giugno 1994 succitata).

Specifiche 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.

2.4.3. Vale qui la pena di ricordare che 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 invalidità per 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).

L'Alta Corte 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).

Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito 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; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid.

2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018, consid. 2.7.2; STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.8.3).

2.4.4. Nel caso concreto, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurato il diritto ad una rendita d'invalidità, facendo essenzialmente capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla relativa valutazione espressa dal medico _____ in occasione della visita di chiusura del 16 aprile 2019.

In quell'occasione, il dr. _____ ha considerato che in una situazione stabile, a più di due mesi post-artroscopia diagnostica che ha mostrato, a parte una degenerazione del sovraspinato nella sua inserzione, una cuffia competente, priva di segni infetti con batteriologia negativa come pure alla scintigrafia una situazione assolutamente normale, persiste una piena abilità lavorativa rispettando i limiti funzionali espressi in precedenza (doc. 443, p. 12).

A quest'ultimo riguardo, nel precedente apprezzamento del 24 settembre 2018 relativo alla visita _____ del 12 settembre 2018, il dr. _____ - dopo avere ritenuto che con riferimento alla situazione oggettivamente presente alla spalla destra, una abilità lavorativa per lavori leggeri fino al massimo medio-pesanti può essere chiaramente possibile per l'assicurato e che i dolori menzionati alla spalla non sono spiegabili da parte dei medici durante la visita alla _____ e nemmeno durante l'EFL presso la Clinica _____, dove tutti hanno notato una importante amplificazione dei dolori che non sono in relazione con i movimenti e la forza mostrati dall'assicurato - ha così descritto l'esigibilità lavorativa:

2.4.5. In sede ricorsuale il patrocinatore dell'assicurato ha contestato che l'interessato possa essere considerato pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle limitazioni funzionali indicate dal dr. _____, producendo, a comprova della pretesa totale inabilità lavorativa, il referto del 17 settembre 2019 con il quale il chirurgo ortopedico curante, dr. _____, ha attestato che il paziente sopraccitato è inabile al lavoro dal 17.09.2019 al 4.10.2019 (prossima visita) al 100% (doc. F).

L'avv. RA 1 ha, inoltre, evidenziato che la totale inabilità lavorativa dell'assicurato, sia nella precedente attività, che in altre adeguate, è del resto stata stabilita nel rapporto finale SMR del 9 maggio 2018 (cfr. doc. E1), posto a fondamento della decisione del 27 febbraio 2019 con la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto all'interessato tre quarti di rendita di invalidità (grado del 64%) dal 1° maggio 2015 (ma effettivamente versata dal 1° luglio 2016 a causa della tardività della domanda) (cfr. doc. E).

2.4.6. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. 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).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la Corte federale ha stabilito 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.

Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb).

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista alcun dubbio 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.

2.4.7. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, il TCA ritiene di poter validamente far capo alla valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico _____, specialista proprio nella materia che qui interessa, a margine della visita di chiusura del 16 aprile 2019 (cfr. doc. 443), senza che si riveli necessario procedere a ulteriori atti istruttori.

Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni alle spalle: in sostanza, si tratta dell'impossibilità di sollevare, rispettivamente, trasportare pesi anche solo relativamente importanti, nonché d'ingaggiare l'arto superiore interessato in mansioni da eseguire al di sopra dell'orizzontale (cfr., fra le tante, STCA 35.1998.63 del 23 novembre 1998 e 35.1998.117 del 29 luglio 1999, confermata dal TFA con pronuncia U 296/99 del 3 gennaio 2000).

La valutazione dell'esigibilità lavorativa del medico _____, risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che hanno lamentato 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 consid. 2.6., 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. Ipsensibilità 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."

Nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra dominante, 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 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).

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.

In una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014 consid. 2.3.4., cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha accertato l'esistenza di una piena abilità in attività lavorative adeguate, trattandosi di un assicurato che aveva subito l'amputazione dell'avambraccio destro nell'utilizzare una sega circolare.

Infine, in una sentenza 35.2017.10 del 22 giugno 2017, il TCA ha giudicato completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate, un assicurato che presentava uno stato dopo contusione del dorso della mano destra con sviluppo di una malattia di Sudeck che aveva portato a esiti tragici in una situazione paragonabile a un amputato del braccio destro.

Secondo questo Tribunale, la certificazione agli atti del dr. _____ del 4 ottobre 2019 (doc. G) non è atta a generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la correttezza della valutazione enunciata dal dr. _____.

Come ben spiegato dal fiduciario dell'assicuratore LAINF nell'apprezzamento medico del 4 gennaio 2020 (cfr. doc. IX/4), difatti, i provvedimenti indicati dal dr. _____ non sono in grado, per lo meno fino al momento di emissione della decisione su opposizione qui impugnata - che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 130 V 140 e 129 V 4)- di incidere sulla valutazione dell'esigibilità lavorativa nell'esecuzione di attività adatte espressa dal dr. _____ in occasione della visita del 16 aprile 2019. Il dr. _____, in maniera dettagliata ed esaustiva, ha spiegato come né la TAC, né la scintigrafia mostrano una chiara lisi della protesi, che potrebbe giustificare una diversa conclusione (cfr. doc. IX/4).

Ciò non esclude, tuttavia, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.3.2.), la possibilità di procedere ad una rivalutazione nell'ambito di una ricaduta, qualora in futuro lo stato di salute dell'interessato dovesse peggiorare.

Infine, il TCA non può far propria nemmeno la contestazione relativa al fatto che l'amministrazione avrebbe dovuto conformarsi alla decisione dell'Ufficio AI, il quale ha assegnato all'interessato tre quarti di rendita di invalidità dal 1° maggio 2015 (cfr. decisione del 27 febbraio 2019, doc. 426, poi confermata con comunicazione del 13 dicembre 2019, doc. I allegato al doc. XV).

Da una parte va, infatti, ribadito che, come ricordato in precedenza (cfr. consid. 2.4.3.), l'ICO 1 non è vincolato alla valutazione eseguita in ambito di invalidità.

D'altra parte, occorre sottolineare come l'Istituto assicuratore abbia tenuto conto unicamente dei postumi infortunistici alla spalla destra, senza considerare gli altri disturbi di natura morbosa, che pure rivestono una grande importanza nel caso di specie. In tal senso, basti notare che lo stesso medico fiduciario dell'amministrazione abbia indicato che l'interessato presenta un importante problema degenerativo della colonna cervicale (cfr. valutazione del dr. _____ del 29 giugno 2018, doc. 347, poi ribadita nell'apprezzamento del 29 aprile 2019, doc. 443 - il corsivo è della redattrice) e che in ambito AI il medico del SMR, nel rapporto finale del 9 maggio 2018, tra le diagnosi principali con influsso sulla capacità lavorativa, accanto a quella derivante dalla spalla destra, abbia posto proprio quella della mielopatia focale a livello C5/6 (cfr. doc. E1 - il corsivo è della redattrice).

In esito alle considerazioni che precedono, questo Tribunale deve quindi concludere che l'assicurato, da una parte, è definitivamente impedito nell'esercizio della sua originaria professione di operaio lattoniere, ma che, d'altra parte, egli è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, che non implicano l'utilizzo degli arti superiori al di sopra del piano orizzontale, reperibili sul mercato generale del lavoro.

2.4.8. Si tratta di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico.

Per quanto concerne il reddito da valido, l'amministrazione, ritenuto che al momento dell'infortunio l'assicurato aveva già ricevuto la disdetta del rapporto di lavoro, ha indicato che, senza il danno alla salute, il ricorrente, nel 2019, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo pari a fr. 69'132, calcolati facendo capo ai dati statistici 2016 afferenti al settore delle costruzioni, livello di competenza 1, riportati alle ore usuali del ramo e aggiornati al 2019 (cfr. doc. 466-467).

Questo valore - peraltro non contestato dall'insorgente - può essere fatto proprio dal TCA, posto che dagli atti emerge, in effetti, che con lettera del 31 gennaio 2013 il datore di lavoro aveva confermato per iscritto la disdetta, già comunicatagli oralmente, per il 31 marzo 2013 (cfr. doc. 385), motivo per il quale è a ragione che l'amministrazione ha fatto capo ai dati statistici del settore delle costruzioni.

2.4.9. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg.

Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione a sapere se, e in quale misura al caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione.

Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL (Descrizione dei posti di lavoro).

In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul

salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento.

L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che () quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) () .

Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (deutliche Abweichung). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 p. 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.

Questa giurisprudenza è stata confermata ancora dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5.

Da notare che, con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'CO 1 ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL, ritenuto che nel corso degli ultimi anni, il mantenimento della banca DPL è infatti divenuto sempre più dispendioso in termini di tempo e costi ed avrebbe richiesto investimenti considerevoli negli anni a venire. Inoltre, la collaborazione richiesta da parte della CO 1 per il mantenimento del sistema è stata percepita dalle imprese come sempre più gravosa. Per tutte queste ragioni, la CO 1 ha quindi deciso che in futuro utilizzerà soltanto i dati statistici RSS nel quadro della fissazione delle rendite di invalidità, e ciò a partire dal 1 gennaio 2019. (il corsivo è della redattrice).

2.4.10. Nella presente fattispecie, l'Istituto convenuto ha quantificato in fr. 67'743 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella TA1 2016, media totale, livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2019, senza applicare alcuna deduzione sociale ex DTF 126 V 80 (cfr.

doc. 466).

Il TCA non ha motivo per scostarsi da questo dato, rimasto peraltro incontestato, risultante dalla corretta applicazione dei dati statistici.

Utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, infatti, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'340. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'566.95 mensili oppure a fr. 66'803.40 per l'intero anno (fr. 5'566.95 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'070.61 (+ 0.4%) per il 2018, di fr. 67'405.96 (+ 0.5%) e per il 2019 di fr. 67'743 (+ 0.5%).

L'amministrazione ha escluso l'applicazione di una deduzione sociale.

Il TCA che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2), non ha motivo di scostarsi dalla scelta operata dall'assicuratore LAINF e rimasta peraltro incontestata anche alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_9/2020 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020).

Dal raffronto tra i due redditi indicati sopra risulta che, come deciso dall'amministrazione, l'assicurato subisce una perdita di guadagno (del 2%), tale da non consentirgli di avere diritto ad una rendita di invalidità.

In queste condizioni, la decisione su opposizione impugnata mediante la quale all'assicurato è stata negata una rendita d'invalidità, deve essere confermata.

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