

## **TI\_GERICHTE 35.2020.63 vom 5. Juli 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-07-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2020.63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.63)

FR: TI\_GERICHTE 35.2020.63 du 5 juillet 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2020.63 del 5 luglio 2021

### **Regeste**

Discussa la stabilizzazione dello stato di salute e il diritto a una rendita d'invalidità

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). In una sentenza 8C\_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quello dell'atteso aumento o ripristino della capacità lavorativa, non rappresenta un criterio di valutazione esclusivo. La prosecuzione della cura medica - in quella fattispecie, si era trattato di un intervento chirurgico volto a eliminare il dito "a scatto" - può ancora comportare un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, anche se la persona assicurata ha già ripreso in misura completa la sua precedente attività professionale. 2.3.2. Nel caso di specie, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'amministrazione ha ritenuto ormai stabilizzate le condizioni di salute dell'assicurata a far tempo dal 1° marzo 2020, fondandosi sull'univoco parere espresso in proposito dal medico curante specialista e dal proprio medico \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 357, p. 3). Questa Corte constata in effetti che, a margine della consultazione del 10 ottobre 2019, il Prof. dott. \_\_\_\_\_, Viceprimario di chirurgia e ortopedia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, preso atto dell'esito negativo dell'approfondimento neurologico eseguito dalla Clinica di neurologia del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 311, da cui si evinceva che, all'esame elettrofisiologico, il reperto riguardante il nervo ascellare sinistro era risultato "ancora nei limiti di norma", ciò che aveva indotto lo specialista a escludere che i dolori denunciati avessero un'origine neuropatica e dunque la necessità di un intervento di ricostruzione del nervo stesso), ha dichiarato di non sapere "... quali ulteriori proposte diagnostiche e terapeutiche proporre alla paziente." (doc. 315, p. 2). Da parte sua, in occasione della visita medica di chiusura del 22 novembre 2019, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha quindi confermato la stabilizzazione della situazione a livello della spalla sinistra, rilevando che "non sono previsti ulteriori trattamenti chirurgici di carattere artroscopico. In corso di valutazione la possibilità di eseguire un intervento di protesizzazione della spalla. A questo proposito ritengo che tale indicazione sia da valutare con estrema attenzione sia per la giovane età dell'assicurata sia per i numerosi interventi eseguiti in precedenza. Al momento non abbiamo ricevuto alcuna proposta in tal senso." (doc. 322, p. 5). Successivamente, con il proprio ricorso, la rappresentante dell'insorgente ha prodotto una comunicazione mail del Prof. \_\_\_\_\_ (2 giugno 2020), il quale ha rilevato che l'assicurata continuava a "... lamentare dolori persistenti, al momento non vi sono chiare spiegazioni per questi disturbi. In parte sono verosimilmente dovuti alla neuropatia del nervo ascellare. Al momento attuale la paziente con i disturbi che lamenta non può più lavorare al 100%, potrebbe però svolgere un lavoro forse al 100% con delle restrizioni

importanti, quali ad esempio il divieto di sollevare pesi. Sto pensando per esempio ad un lavoro amministrativo. Condivido in ogni caso con lei che un lavoro come assistente di cura attualmente non è più possibile e credo nemmeno in misura ridotta. Penso che possiamo ritenere la situazione stabilizzata solo due anni dall'intervento, per cui vi è ancora un certo margine di miglioramento nei prossimi mesi." (doc. 367, p. 2). Con rapporto del 21 luglio 2020, il dott. \_\_\_\_\_ ha espresso il parere secondo il quale "... i disturbi residui sono tutti da ricondurre ad una lesione, almeno in modo clinico, del nervo ascellare visto che vi è un'atrofia impressionante del deltoide con una iposensibilità nella stessa zona. Questa lesione è avvenuta sicuramente durante l'infortunio, pertanto il caso deve essere riaperto, anche perché vorrei inviare la paziente dal Prof. \_\_\_\_\_ al Balgrist dopo un ultimo consulto presso il Dr. \_\_\_\_\_, nostro neurologo in casa. Questo consulto ci sarà utile per valutare un trapianto di nervo ascellare, che potrebbe essere la soluzione non solo per quanto concerne l'atrofia, ma soprattutto per il dolore neuropatico." (doc. D, p. 2). Il consulto neurologico presso il \_\_\_\_\_ ha avuto luogo il 7 agosto 2020. Dal relativo rapporto si apprende che, alla luce delle risultanze dell'esame clinico e di quello elettrofisiologico, i sanitari, una volta ancora, non hanno potuto confermare la "diagnosi di neuropatia del n. ascellare (pur formalmente non potendo escludere a priori un danno parziale pregresso ora risolto) né elettrofisiologicamente né clinicamente (ipoestesia estesa a tutto il braccio e non in territorio del n. ascellare; dolore profondo non a carattere neuropatico evocato alla mobilizzazione della spalla). Con queste premesse non riteniamo indicato un intervento di trasposizione nervosa ." (doc. VII 2 – il corsivo è del redattore). Nel corso del mese di ottobre 2020, l'assicurata è stata visitata presso il Centro di paraplegia della Clinica universitaria \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove è stata sottoposta ad accertamenti neurofisiologici. Secondo gli specialisti, dal punto di vista clinico, la ricorrente presenta dei deficit di sensibilità, in particolare nella regione dei nervi ascellare e cutaneo antibrachiale laterale sinistro, in assenza di rilevanti paresi. L'esame elettromiografico non ha per contro mostrato alcun segno a favore di una rilevante denervazione, acuta o cronica, dei nervi ascellare e sovrascapolare o del muscolo cutaneo sinistro. Essi hanno precisato che, a distanza di cinque anni dalla prima apparizione dei sintomi, non sono certamente presenti segni di una denervazione acuta, un lieve danno neurogeno non può invece essere escluso. In ogni caso, non vi è alcun indizio a favore di una rilevante axonotmesi dei nervi in questione, ragione per la quale non è data l'indicazione per una ricostruzione nervosa (doc. XII 2, p. 3). Con rapporto del 24 ottobre 2020, relativo a una consultazione avvenuta il 7 ottobre 2020, il dott. \_\_\_\_\_, Capoclinica di ortopedia presso la \_\_\_\_\_, ha rilevato che l'insorgente presenta, tanto clinicamente che radiologicamente, segni diretti e indiretti di una neuropatia del nervo ascellare, in remissione alla luce degli esiti degli accertamenti elettrofisiologici. Egli ha chiaramente sconsigliato (" klar abraten ") di procedere a ulteriori provvedimenti operatori. Egli ha quindi disposto una terapia medicamentosa con Lyrica (doc. XIV 2). Con referto del 27 ottobre 2020, il Prof. dott. \_\_\_\_\_, Primario di chirurgia della mano presso la Clinica \_\_\_\_\_, alla luce degli esiti degli esami elettrofisiologici compiuti nel frattempo, ha negato che vi fossero elementi a favore di una lesione strutturale del nervo ascellare, negando anch'egli l'indicazione a un'esplorazione e ricostruzione del nervo stesso (doc. XVIII 1, p. 2). Agli atti figura un ulteriore referto, datato 29 ottobre 2020, del dott. \_\_\_\_\_, successivo a una conversazione telefonica intercorsa con l'assicurata che era volta ad ottenere una sua opinione riguardo all'origine della neuropatia (intervento Latarjet dell'aprile 2019?). Secondo lo specialista, se una lesione neurogena rappresenta

una frequente e possibile complicazione di un'operazione Latarjet, in concreto non è chiaro se essa sia effettivamente insorta in quell'occasione. A suo avviso, una RMN della spalla potrebbe aiutare a chiarire questo aspetto. In caso di conferma, si tratterebbe di riflettere se procedere a una decompressione nervosa, intervento che entrerebbe però in linea di conto soltanto in assenza di miglioramento del muscolo atrofizzato entro i due anni dall'operazione (doc. XVI 1). L'accertamento auspicato dal dott. \_\_\_\_\_ (artro-RMN della spalla sinistra) è stato eseguito il 16 marzo 2021. Esso ha mostrato una regolare rappresentazione della cuffia e degli esiti da Latarjet e Bankart ma, in ogni caso, alcun danno a livello neurologico (doc. XL 2). Con rapporto del 3 maggio 2021, il dott. \_\_\_\_\_, Capoclinica di ortopedia presso la Clinica \_\_\_\_\_, ha indicato che, in base ai reperti clinici e radiologici, è presente un'atrofia da inattività del muscolo deltoide, verosimilmente provocata da una spalla congelata ("frozen shoulder") di vecchia data e resistente alle terapie. Egli ha quindi ritenuto indicato sottoporre l'assicurata a un'infiltrazione glomerale di corticosteroidi, seguita dalla somministrazione dei farmaci Celebrex e Redoxon per 6 settimane, rispettivamente 6 mesi. Il dott. \_\_\_\_\_ ha infine affermato che a livello della spalla sinistra non è ancora stato raggiunto lo stato finale e che può ancora essere ottenuto un miglioramento (doc. XLII 1). L'istituto assicuratore ha chiesto al dott. \_\_\_\_\_ di prendere posizione in merito al contenuto del nuovo referto della \_\_\_\_\_. Il medico \_\_\_\_\_ ha in particolare formulato le seguenti considerazioni: "(...) Riguardo le domande poste dall'amministrazione si può affermare che l'esame MR recentemente eseguito non mostra elementi di nota. Esso appare del tutto compatibile con il quadro già evidente al momento della visita medico-\_\_\_\_\_ e del successivo apprezzamento. In particolare, mostra un quadro di esito noto di intervento secondo Latarjet, una cuffia dei rotatori conservata e un'assenza di segni morfologici di denervazione attiva del muscolo deltoide. Per quanto riguarda il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_, egli si limita a proporre una terapia antinfiammatoria e la prosecuzione di fisioterapia, ritenendo di poter migliorare almeno parzialmente la situazione dell'assicurata. Devo però rilevare che a distanza di più di due anni dall'ultimo intervento chirurgico non abbiamo elementi concreti che possono indurre a ritenere che tale terapia possa modificare in modo sostanziale la situazione dell'assicurata. Peraltro, nel corso della cura una terapia antinfiammatoria e una fisioterapia sono già state a lungo e più volte eseguite. Gli specialisti che si sono succeduti nella cura dell'assicurata, tra cui il dr. med. \_\_\_\_\_, il prof. dr. med. \_\_\_\_\_, il prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ed il PD dr. med. \_\_\_\_\_, hanno più volte dichiarato che non prevedevano ulteriori possibilità di miglioramento. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ si limita a esprimere un auspicio di miglioramento ma non riferisce alcun elemento concreto atto a farci ritenere, con un'apprezzabile probabilità, che questo ennesimo tentativo di terapia farmacologica e fisioterapia possa aver miglior sorte rispetto ai precedenti." (doc. XLVI 1) Un ulteriore rapporto del dott. \_\_\_\_\_ è stato prodotto nel corso del mese di giugno 2021. Il medico curante specialista ha innanzitutto discusso l'eziologia dei disturbi interessanti la spalla sinistra, giungendo alla conclusione che si tratta di una problematica infortunistica, che si tenta di curare in modo conservativo ("..., den wir aktuell konservativ versuchen zu behandeln."). D'altro canto, egli ha riconosciuto che la nota RMN non ha evidenziato alcuna chiara patologia e che la diagnosi di spalla congelata è stata posta soltanto clinicamente. La terapia proposta consiste in una medicazione antinfiammatoria, compresa un'infiltrazione con corticosteroidi. Anche la fisio rappresenta un importante tassello della terapia. A suo avviso, se la spalla congelata viene correttamente trattata, la situazione della paziente può migliorare. La durata media della cura è di 18 mesi

e potrebbe durare anche più a lungo. Successivamente, in caso d'insuccesso della terapia conservativa, si potrebbe discutere l'esecuzione di un intervento artroscopico di artrolisi (doc. LII 1). Con apprezzamento del 15 giugno 2021, il dott. \_\_\_\_\_ ha osservato che quella proposta dalla \_\_\_\_\_ è una "... terapia anti-infiammatoria a lungo termine. Essa non ha di per sé alcun effetto strutturale. Essa è già stata eseguita in passato senza ulteriori benefici. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ non ci pone una previsione di durata del trattamento, né di una sua probabile efficacia. Su quanto da lui proposto rimando al mio precedente apprezzamento che ha già considerato tale terapia." (doc. LIV 1). 2.3.3. Dalla documentazione medica esposta in precedenza risulta dunque che, sostanzialmente in ragione della mancata oggettivazione di una lesione strutturale del nervo ascellare la cui presenza era stata sospettata a fronte dell'atrofia del muscolo deltoide, gli specialisti intervenuti, segnatamente quelli del Centro di paraplegia della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XII 2: " Aus unserer Sicht besteht demnach keine Indikation für eine Nervenrekonstruktion ."), il dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XIV 2: " Wir würden von einem weiteren operativen Vorgehen in der aktuellen Situation klar abraten .") e il Prof. dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XVIII 1, p. 2: " Una esplorazione e ricostruzione nervosa non è indicata ."), hanno negato l'indicazione a sottoporre l'insorgente a un ulteriore intervento operatorio, specificatamente a una ricostruzione nervosa. Nonostante ciò, nell'ottobre 2020, il già menzionato dott. \_\_\_\_\_ ha comunque disposto l'allestimento di un'ulteriore RMN della spalla sinistra, ritenendo che tale accertamento avrebbe potuto contribuire a chiarire la questione di sapere se la (sospettata) neuropatia potesse essere addebitata all'intervento Latarjet del 2019 e, in caso di risposta positiva, riflettere se procedere a un intervento di decompressione nervosa (doc. XXII 2: " Sollte sich dies bestätigen, so würden wir mit unseren Handchirurgen Prof. \_\_\_\_\_ und Prof. \_\_\_\_\_ uns überlegen, ob eine Nervendekompression zielführend wäre ."). L'esame strumentale per immagini in questione è stato effettuato il 16 marzo 2021 e non ha evidenziato alcuna patologia, confermando quindi, una volta ancora, la mancata oggettivazione, in particolare, di una lesione nervosa (cfr. doc. LII 1: " Es ist korrekt, dass das durchgeführte MRI keine eindeutigen Pathologie aufweist. "). A margine della consultazione del 23 aprile 2021, il dott. Camenzind ha quindi sostenuto che l'atrofia del deltoide sarebbe verosimilmente da imputare, non già a una neuropatia, ma a una sindrome della spalla congelata, da tempo presente e resistente alle terapie. Il curante specialista ha pertanto instaurato una terapia medicamentosa antinfiammatoria (cfr. doc. XLII 1: " Wir besprechen mit der Patientin das weitere Prozedere und möchten dabei initial mit einer glenohumerale Infiltration mittels Triamcort beginnen. Desweiteren erhält die Patientin ein Rezept für Celebrex und Redoxon, zur fixen Einnahme für die nächsten 6 Wochen bzw. 6 Monate ."). Con rapporto dell'8 giugno 2021(doc. LII 1), il dott. \_\_\_\_\_ ha poi precisato che la diagnosi di sindrome della spalla congelata è stata posta soltanto clinicamente e che essa, se correttamente curata con farmaci antiflogistici e fisioterapia, può migliorare nel lungo periodo (durata media del trattamento di 18 mesi) (" Wird die Frozen shoulder korrekt behandelt, kann sich die Situation der Patient verbessern. Die durchschnittliche Dauer beträgt 18 Monate und kann durchaus länger dauern ."). Un intervento di artrolisi potrebbe entrare in linea di conto qualora la terapia conservativa si rivelasse inefficace (" Ein operatives Vorgehen mittels einer arthroskopischen Arthrolyse kann ebenfalls diskutiert werden, verbessert sich die Situation mit der eingeleiteten konservativen Therapie nicht ."). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA constata che anche l'ultimo accertamento diagnostico, l'arto-RMN del 16 marzo 2021, ha confermato l'impossibilità di oggettivare la presenza di una lesione

nervosa (o di altra natura) a livello della spalla sinistra. Stante ciò, viene meno l'indicazione di attendere due anni dall'ultimo intervento chirurgico, affinché il processo d'innervazione del muscolo si compia spontaneamente, così come quella di sottoporre l'assicurata a un intervento di decompressione/ricostruzione (che del resto era già stato chiaramente sconsigliato da molti altri specialisti). Per quanto riguarda la diagnosi di spalla congelata formulata dal dott. \_\_\_\_\_, essa è stata posta soltanto clinicamente, senza alcun riscontro all'esame di artro-RMN del marzo 2021. Al riguardo, è utile segnalare che la periartropatia omeroscapolare, di cui fa parte anche la spalla congelata, comporta una limitazione dolorosa della mobilità della spalla. Le cause sono soprattutto meccanico-traumatiche ma pure metaboliche, circolatorie, infettive, tossiche e psichiche. Di regola, la diagnosi viene posta in base all'anamnesi e all'esame clinico, come pure a un esame radiologico convenzionale. Ulteriori accertamenti sono però necessari a fronte di situazioni non chiare e inconsuete, laddove si prospetta una possibile terapia chirurgica e in presenza di dolori non chiariti, da lungo tempo resistenti alle terapie (ciò che è di tutta evidenza il caso nella presente fattispecie). Per quanto concerne i mezzi diagnostici strumentali, entrano in linea di conto la radiografia, la sonografia, la RMN, la TAC, l'artroscopia e l'artrografia. La spalla congelata costituisce di principio un danno alla salute organico oggettivamente dimostrabile (cfr. la STF 8C\_372/2010 dell'8 settembre 2010 consid. 6.2 e i riferimenti ivi menzionati). D'altro canto, trattandosi della relativa terapia che è stata impostata (somministrazione prolungata di farmaci antinfiammatori, accompagnata da misure fisioterapiche), il dott. \_\_\_\_\_ stesso l'ha qualificata come conservativa ("konservativen Therapie") e dunque, per definizione, non atta a migliorare notevolmente lo stato di salute dell'assicurata. Inoltre, così come è stato sottolineato dal medico \_\_\_\_\_ ("Essa [la cura proposta dal dott. \_\_\_\_\_, n.d.r.] non ha di per sé alcun effetto strutturale. Essa è già stata eseguita in passato senza ulteriori benefici."), dalla pregressa documentazione medica si evince che, già in passato (dal settembre 2016), RI 1 è stata curata per una spalla congelata (altrimenti detta "capsulite retrattile") e sottoposta a una terapia del tutto analoga a quella che propone ora lo specialista della \_\_\_\_\_ (assunzione prolungata di un farmaco antinfiammatorio e fisiokinesiterapia attiva assistita – cfr., in particolare, i doc. 121, 123, 140 e 146). Nel settembre 2017, è stato addirittura eseguito un intervento artroscopico di artrolisi da parte del Prof. dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (cfr. doc. 164), il medesimo prospettato dal dott. \_\_\_\_\_ in caso di fallimento della terapia conservativa. Nonostante le cure prestate, la spalla sinistra dell'assicurata non è affatto migliorata, persistendo un'importante sintomatologia algica, tanto da indurre il Prof. \_\_\_\_\_ a consigliarle di accettare la situazione così come si presentava (cfr. doc. 201). In queste condizioni, secondo il TCA, non risulta dimostrato che dopo il mese di febbraio 2020 esistessero ancora delle misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche della ricorrente. Le censure ricorsuali volte a criticare l'operato dell'amministrazione per avere chiuso il caso al 29 febbraio 2020, vanno quindi respinte. La decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata, perlomeno nella misura in cui sancisce che al 1° marzo 2020 lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. L'assicuratore LAINF resistente era legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata, specificatamente quello a una rendita d'invalidità. 2.4. Entità del grado dell'invalidità. 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto

alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA 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 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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua

residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.4.3. Nel caso di specie, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di assegnare all'assicurata una rendita d'invalidità del 15%, vi è essenzialmente l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciata dal medico \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 357, p. 5). Nel rapporto relativo alla visita di chiusura del 22 novembre 2019, dopo aver escluso che la ricorrente potesse riprendere la sua abituale professione di aiuto infermiera, il chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_ ha così valutato l'esigibilità lavorativa: " (...) Sollevare e portare: l'assicurata è in grado di sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi con due braccia senza limitazioni, pesi leggeri da 5 a 10 kg talvolta, pesi medi e superiori mai. Sollevare oltre

l'altezza del petto pesi fino a 5 kg spesso utilizzando soprattutto l'arto superiore destro, pesi superiori ai 5 kg mai. Maneggio di attrezzi: l'assicurata è in grado di maneggiare attrezzi leggeri e di precisione molto spesso. Attrezzi medi talvolta, pesanti e molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile talvolta. Posizione e mobilità: l'assicurata non è più in grado di eseguire i lavori sopra la testa, non vi è limitazione per la posizione seduta, per la rotazione del busto, la posizione seduta/inclinata in avanti, la posizione in piedi/inclinata in avanti, inginocchiata e con flessione delle ginocchia. Posizione di lunga durata: l'assicurata è in grado di mantenere la posizione seduta e la posizione in piedi così come la posizione a libera scelta. Spostamento: l'assicurata è in grado di camminare anche per lunghi tratti su terreno accidentato molto spesso, salire le scale molto spesso, non è più in grado di salire scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile a condizione, equilibrio e stare in equilibrio possibile. L'assicurata in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da considerarsi abile in misura completa con rendimento completo senza pause supplementari ." (doc. 322, p. 5 – il corsivo è del redattore) Con l'impugnativa, l'avv. RA 1 fa valere in sostanza che l'assicurata non sarebbe in grado di svolgere in maniera completa neppure un'attività sostitutiva adeguata. Ella rileva inoltre che, nel corso del mese di maggio 2020, la ricorrente ha intrapreso un'attività nel campo delle cure a domicilio che, sebbene più leggera rispetto a quella precedente, non riesce a svolgere in misura superiore al 50% (cfr. doc. I). Tutto ben considerato, 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, 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 agli arti superiori, in particolare 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

### **E. 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 di fiducia dell'CO 1, 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 adominante. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 -, questo Tribunale ha dichiarato totalmente abile in attività sostitutive confacenti, specificatamente in professioni nell'esercizio delle quali la mano sinistra, adominante, 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. 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.". Nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra adominante, aveva subito l'amputazione del pollice, dell'indice e del medio, come pure una frattura pluriframmentaria della falange basale con instabilità a livello delle articolazioni interfalangee dell'anulare, divenendo praticamente monca di una mano, l'Alta Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa dal profilo ortopedico. In 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 (con riferimento alle pronunzie federali U 200/02 e 8C\_260/2011, succitate) 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. Questa Corte non può nemmeno ignorare che, con comunicazione mail del 2 giugno 2020, il Prof. dott. \_\_\_\_\_ non ha escluso che l'insorgente potrebbe esercitare un'attività lavorativa confacente a tempo pieno (cfr. doc. 367, p. 2: "Potrebbe però svolgere per contro un lavoro forse al 100% con delle restrizioni importanti, quali per esempio il divieto di sollevare pesi. Sto pensando per esempio ad un lavoro amministrativo."). D'altro canto, la circostanza che RI 1 non riesca a svolgere in misura completa l'attività a domicilio

intrapresa a far tempo dal mese di maggio 2020 non deve sorprendere, visto che essa non rispetta verosimilmente le (importanti) limitazioni funzionali poste dal medico \_\_\_\_\_ (in questo senso, si veda quanto dichiarato dalla medesima rappresentante – doc. I, p. 7: “Sebbene fisicamente meno impegnativa della professione di aiuto cure in una struttura, l’attività richiede comunque uno sforzo fisico che la ricorrente non può svolgere e per il quale deve essere sostituita dai colleghi .” – il corsivo è del redattore). Infine, la circostanza che l’assicurazione per l’invalidità si sia rifiutata di riformare l’assicurata nella cura dei malati di Alzheimer, nulla muta all’esito del presente giudizio. La ricorrente è in effetti in grado di mettere a frutto la sua restante capacità lavorativa in ambiti professionali diversi da quello strettamente sanitario. In esito alle considerazioni che precedono, si deve concludere che l’assicurata, da una parte, è definitivamente impedita nell’esercizio della sua originaria professione ma che, d’altra parte, ella sarebbe 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 dell’arto superiore sinistro al di sopra del piano orizzontale, reperibili sul mercato generale del lavoro. Va constatato che la rappresentante della ricorrente non ha sollevato obiezioni di sorta a proposito dei redditi ipotetici (reddito da valido [fr. 65'168/anno] e da invalido [fr. 55'142.20/anno tenuto conto di una riduzione percentuale del 10%], entrambi stabiliti in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati periodicamente dall’UFS - cfr. doc. 341 e doc. 357, p. 5 s.) ritenuti dall’istituto assicuratore per determinare il grado dell’invalidità (cfr. doc. I). Questa Corte non ha pertanto validi motivi per discostarsene. Ora raffrontando il reddito da valido di fr. 65'168 con quello da invalido di fr. 55'142.20 , si ottiene un grado d’invalidità del 15.38%, arrotondato al 15% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2 . La decisione su opposizione impugnata merita dunque conferma anche nella misura in cui all’assicurata è stata assegnata una rendita d’invalidità del 15%.

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