

TI_GERICHTE 35.2020.7 vom 15. Oktober 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-10-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.7

FR: TI_GERICHTE 35.2020.7 du 15 octobre 2020

IT: TI_GERICHTE 35.2020.7 del 15 ottobre 2020

Erwägungen

E. 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 attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e 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, nell' 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.

2.5.2. 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'eseguire 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.

2.5.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurato una rendita di invalidità, facendo capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla valutazione del 11 dicembre 2018 del dr. _____, il quale ha giudicato che per le sole conseguenze infortunistiche alla spalla destra l'interessato presenti una piena capacità lavorativa in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 131). Il medico _____ ha precisato che, per i soli postumi infortunistici, valgono le seguenti limitazioni: ■attività ripetitive per il braccio destro e le attività sopra il livello orizzontale sono escluse da questo profilo. Sollevare pesi maggiori a 15 kg molto raramente■ (doc. 131).

Questa esigibilità lavorativa è poi stata confermata dal dr. _____ nell'apprezzamento medico del 10 dicembre 2019, indicando ■capacità lavorativa ancora nei limiti dell'esigibilità della visita di chiusura del 2018■ (doc. 218).

Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio medico fiduciario, l'CO 1, con decisione su opposizione del 12 dicembre 2019, ha ribadito che, tenuto conto dei soli postumi infortunistici al braccio destro, i quali consentono all'assicurato di conservare una piena capacità lavorativa nello svolgimento di attività adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali, RI 1 non abbia diritto ad una rendita di invalidità, non subendo discapito economico alcuno (doc. A).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che i rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.).

Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro 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 dubbio alcuno 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.

■■■■■■■■■■■ Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016 tirage_skill_level (NOGA08, RSS 2016; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), pubblicata il 26 ottobre 2018 (cfr. www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/tabella.assetdetail.6286473.html), ossia prima dell'emissione della decisione impugnata, emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: ■Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique■), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'803.40 (fr. 64'080: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Con un orario di lavoro sempre di 41.7 ore a settimana, si ottiene, nel 2018, un reddito di fr. 67'445.1233 (66'803.4 : 104.1 X 105.1 [cfr. la tabella: ■Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique■]).

Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di

permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

In concreto, nella decisione su opposizione impugnata l'CO 1 non ha applicato alcuna riduzione percentuale, osservando che in particolare giova ricordare che i Tribunali hanno a innumerevoli riprese confermato che l'età in ogni caso per i lavoratori non qualificati non è un fattore di riduzione (cfr. ad es. la sentenza del TFA I 594/04 del 14.2.2005 dalla quale risulta che Hilfsarbeiten sind grundsätzlich altersunabhängig ab dem 40. Jahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar loherhöhend e le sentenze del TF 8C_319/2007 del 6.5.2008, 8C_361/2011 del 20.7.2011, 8C_754/2015 del 26.2.2016 e 8C_227/2018 del 14.6.2018) (cfr. doc. A).

Questo Tribunale, 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 alcun motivo per modificare quanto deciso dall'assicuratore infortuni e rimasto, del resto, incontestato in sede ricorsuale.

Tale soluzione appare tanto più imprescindibile, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020).

Raffrontando, dunque, il reddito da valido di fr. 64'080 indicato nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A) con quello da invalido di fr. 67'445.13, si ottiene un grado d'invalidità nullo come correttamente indicato dall'amministrazione.

Il risultato finale non cambierebbe neppure volendo, per ipotesi, raffrontare il reddito da valido più favorevole all'assicurato di fr. 71'424 utilizzato dall'Ufficio AI nel progetto di assegnazione di rendita del 16 aprile 2020 (cfr. doc. V/1) al citato reddito da invalido, ottenendo in tal modo un grado di invalidità del 5.15%, insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità.

Anche su questo punto, quindi, la decisione su opposizione impugnata va confermata.

E. 14

settembre 2005 consid. 2.4.). Dello stesso grado di gravità (medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) è stato ritenuto l'infortunio occorso a un'assicurata la cui moto si scontrò con un camion, si incastrò sotto il paraurti anteriore dell'automezzo e fu spinta, con l'assicurata ancora in sella, per circa 9.3 metri. L'assicurata si procurò una lussazione all'anca, una frattura del bacino, un'abrasione alla gamba sinistra e varie contusioni (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002 consid. 3.3.2.). In una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 il TCA ha classificato tra gli eventi di grado medio al limite però della categoria dei casi gravi, il caso di un assicurato che, in sella al proprio motociclo, nel percorrere una curva verso destra, invadeva completamente la corsia opposta andando a collidere con

l'autobus che viaggiava in senso opposto. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_746/2008 del 17 agosto 2009 consid. 5.1.2, ha giudicato allo stesso modo l'incidente della circolazione in cui un assicurato, in sella alla propria motocicletta, si era scontrato frontalmente con un'autovettura che circolava in senso opposto. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha in particolare precisato che la classificazione fra gli infortuni di grado medio al limite di quelli gravi si giustificava soprattutto poiché, a differenza della collisione tra due automobili aventi circa la stessa massa, in caso di scontro frontale tra un'autovettura e una moto, quest'ultima assorbe la stragrande maggioranza della velocità d'impatto, con trasmissione al motociclista delle forze che ne derivano. Tutto ben considerato, secondo il TCA, l'infortunio sub iudice va giudicato meno grave rispetto a quelli indicati nelle sentenze del TCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 e del TF 8C_746/2008 del 17 agosto 2009. A titolo di confronto, il TCA segnala pure la STCA 35.2015.59 del 4 febbraio 2016 (riguardante un assicurato che, alla guida della propria moto, scendeva da un passo di montagna; giunto poco prima di una galleria, nell'affrontare una curva piegante a destra, a causa di un'irregolarità del campo stradale, fuoriusciva sulla sinistra; percorreva una cinquantina di metri nel prato adiacente e terminava la sua corsa contro un dosso presente; veniva sbalzato qualche metro più avanti); la STCA 35.2016.109 del 22 maggio 2017 (riguardante un assicurato che circolava in sella alla sua motocicletta diretto verso sud ad una velocità dichiarata di 40-50 km/h, lo stesso portava regolarmente il casco di protezione; giunto all'altezza di un distributore di benzina sito alla sua destra, si trovava un autoveicolo, che circolava sulla corsia inversa, svoltare verso la sua sinistra diretto al distributore di benzina; l'assicurato frenava rovinando a terra collidendo in seguito con l'autovettura; la collisione è avvenuta tra la parte anteriore della motocicletta e la parte anteriore dell'autoveicolo); la STCA 35.2017.20 del 28 agosto 2017 (riguardante un assicurata che è stata investita da una motocicletta, ad una velocità dichiarata di 30/40 km/h mentre stava attraversando la strada sul passaggio pedonale); la STCA 35.2017.103 del 22 agosto 2018 (riguardante un assicurato che mentre stava percorrendo la strada cantonale alla guida del proprio ciclomotore è stato urtato da un veicolo, che gli tagliava la strada proveniente, da una strada secondaria), ove i sinistri in questione sono stati classificati tra gli infortuni di media gravità in senso stretto. Il TCA ha classificato nella categoria degli infortuni di media gravità in senso stretto anche l'incidente della circolazione nel quale un'assicurata, dopo essere stata investita sulle strisce pedonali, era stata trascinata per una decina di metri ed era rimasta incastrata sotto il veicolo, cosciente, per ca. 20 minuti in attesa di soccorsi (STCA 35.2017.32 del 17 agosto 2017 consid. 2.2.4). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.4.4. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non

devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: “Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6.)”). A proposito dei criteri elencati al considerando 2.4.4., il TCA rileva quanto segue. Per quanto riguarda il criterio 1 (" le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio "), sebbene in ogni infortunio di media gravità sia insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199), il sinistro qui in discussione, secondo il TCA, non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Del resto, l'Alta Corte federale è giunta alla medesima conclusione nei casi, citati in precedenza, di un'assicurata investita da un'automobile mentre attraversava le strisce pedonali (cfr. STF U 228/06 del 4 maggio 2007 consid. 3.5) rispettivamente di una motociclista che, dopo essere stata investita da un furgone, era finita sotto il frontale del mezzo e trascinata per circa 9.3 metri (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002). Per quanto riguarda il criterio 2 (" la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici "), nell'infortunio del 15 settembre 2017 l'assicurato ha riportato, oltre ad un trauma cranico non commotivo, delle fratture a diverse costole e alla clavicola destra (doc. 9). A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, di lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, non si può parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (in questo senso, si vedano la STF 8C_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2., riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto, anche soltanto in forma semplice, e la STF 8C_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2, concernente un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). Per quanto riguarda il criterio 3 (" la durata eccezionalmente lunga della cura medica "), questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge, infatti, che le cure prestate all'assicurato – vale a dire un trattamento intensivo di fisioterapia in regime semi-stazionario presso la _____ di _____ nel mese di aprile 2018; un intervento chirurgico di artroscopia

alla spalla destra eseguito il 14 giugno 2018 presso la Clinica _____ (con relativa degenza dal 14 al 16 giugno 2018, cfr. doc. 101) e un soggiorno alla Clinica _____ dal 3 settembre al 17 settembre 2019 (doc. 211) - sono essenzialmente consistite nell'esecuzione di fisioterapia e in una terapia medicamentosa (soprattutto antalgica e antinfiammatoria oltre a antidepressivi/ansiolitici), in provvedimenti diagnostici e visite di controllo da parte del medico curante e di vari specialisti come pure in sedute di psicoterapia. Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha, del resto, deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, da parte sua, ne ha, invece, ammesso la realizzazione in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico. Per quanto riguarda il criterio 5 (" la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio ", dalle carte processuali non risulta neppure che l'insorgente sia rimasto vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 (" il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute "), non è realizzato. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Nella concreta evenienza, non sono invero ravvisabili quelle

particolari circostanze la cui presenza, secondo la giurisprudenza federale, sarebbe necessaria per ammettere un decorso sfavorevole e/o l'insorgere di rilevanti complicazioni. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio (4) dei " dolori somatici persistenti " e quello (7) del " grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche " , poiché, anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, la realizzazione di due criteri non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). In esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi psichici di cui soffre il ricorrente non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorsogli il 15 settembre 2017. Se ne deduce, quindi, che l'assicuratore resistente era legittimato a negare, al riguardo, la propria responsabilità. Anche su questi aspetti, quindi, la decisione su opposizione impugnata va confermata.

2.5. Diritto ad una rendita di invalidità? 2.5.1. 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.

2.5.2. 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, 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 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). 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 . 2.5.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto ha negato all'assicurato una rendita d'invalidità, facendo capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla valutazione dell'11 dicembre 2018 del dr. _____, il quale ha giudicato che per le sole conseguenze infortunistiche alla spalla destra l'interessato presenti una piena capacità lavorativa in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 131). Il medico _____ ha precisato che, per i soli postumi infortunistici, valgono le seguenti limitazioni: "attività ripetitive per il braccio destro e le attività sopra il livello orizzontale sono escluse da questo profilo. Sollevare pesi maggiori a

E. 15

kg molto raramente" (doc. 131). Questa esigibilità lavorativa è poi stata confermata dal dr. _____ nell'apprezzamento medico del 10 dicembre 2019, indicando "capacità lavorativa ancora nei limiti dell'esigibilità della visita di chiusura del 2018" (doc. 218). Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio medico fiduciario, l'CO 1, con decisione su opposizione del 12 dicembre 2019, ha ribadito che, tenuto conto dei soli postumi infortunistici al braccio destro, i quali consentono all'assicurato di conservare una piena capacità lavorativa nello svolgimento di attività adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali, RI 1 non abbia diritto ad una rendita di invalidità, non subendo discapito economico alcuno (doc. A). 2.5.4. In sede ricorsuale il patrocinatore dell'insorgente ha contestato che l'assicurato possa ancora essere considerato pienamente abile al lavoro, producendo, a comprova delle proprie pretese, un referto della psichiatra curante, dr.ssa _____, attestante un'inabilità lavorativa del 100% (cfr. doc. D). Inoltre, nel ricorso, il legale dell'assicurato ha evidenziato che "nella valutazione peritale indirizzata all'attenzione della spettabile _____ del 12 novembre 2019 il dr. _____ indica a pag. 9 che "considerando il lungo decorso con la persistenza dei disturbi anche dopo un'adeguata terapia riabilitativa considero lo stato di salute del paziente consolidato. Le limitazioni stabilite concernono entrambe le spalle nella medesima misura. Per il lavoro svolto di manovale edile risulta un'ulteriore e permanente incapacità lavorativa che valuto dal profilo medico-teorico del 50% (presenza normale, rendimento ridotto), giudizio che non tiene conto della reale praticabilità di ciò" (doc. I pag. 8). In corso di causa, poi, il legale ha ribadito come la situazione di salute dell'assicurato risulti grave e precaria, tanto è vero che l'Ufficio AI, con progetto di decisione del 17 aprile 2020, considerandolo ormai totalmente inabile al lavoro nella precedente attività di manovale edile e abile al lavoro al 50% nello svolgimento di attività adatte, gli ha assegnato una rendita intera di invalidità a decorrere dal 1° settembre 2018, poi ridotta a tre quarti di rendita di invalidità a partire dal 1° marzo 2019 (cfr. doc. V/1). 2.5.5. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 p. 108ss.). Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro 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 dubbio alcuno 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. 2.5.6. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che la valutazione espressa dal dr. _____ a proposito della residua completa capacità lavorativa dell'interessato nello svolgimento di attività adatte possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una " perizia giudiziaria pluridisciplinare", così come richiesto dal suo patrocinatore nel gravame; cfr. doc. I; cfr. altresì la già citata STF 8C_802/2016 del 21 agosto 2017, consid. 5). Il TCA concorda con l'apprezzamento medico del dr. _____, il quale, del resto, non può essere rimesso in discussione dalle certificazioni prodotte dal legale dell'assicurato in sede ricorsuale. A tale riguardo, questa Corte evidenzia che la totale incapacità lavorativa attestata dalla psichiatra curante dell'interessato non può essere tenuta in considerazione, posto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.4.6.), i disturbi psichici che affliggono il ricorrente esulano dalla presente vertenza, non risultando in nesso causale adeguato con l'infortunio. Altrettanto influente il fatto che l'Ufficio AI abbia deciso di attribuire all'assicurato una rendita di invalidità, considerandolo inabile al lavoro nella misura del 50% nello svolgimento di attività adatte, posto che tale valutazione non tiene conto unicamente dei postumi infortunistici, come nella presente vertenza, bensì dell'insieme delle patologie dell'interessato, ivi comprese le affezioni alla spalla sinistra e i disturbi psichici, non a carico dell'assicuratore infortuni, come già stabilito ai precedenti considerandi (cfr. consid. 2.3.4. e consid. 2.4.6.). Infine, anche lo stralcio del referto del dr. _____ del 12 novembre 2019 citato dal legale nell'atto ricorsuale non consente di mettere in dubbio le conclusioni del dr. _____, dato che, nel passaggio messo in evidenza dall'avv. RA 1, il perito incaricato da _____ ha valutato una permanente incapacità lavorativa del 50% nell'usuale attività di manovale edile (cfr. doc. I pag. 8), ciò che evidentemente non influisce sulla valutazione di una piena capacità lavorativa residua in attività rispettose delle limitazioni funzionali che affliggono l'arto superiore destro dell'interessato. Il TCA rileva, anzi, a quest'ultimo proposito, che nel referto peritale redatto in data 19 giugno 2019 per _____, il dr. _____ ha espresso il proprio accordo con quanto valutato dal dr.

_____ sia con riferimento alle limitazioni funzionali per la spalla destra indicate dal medico fiduciario nel rapporto del 10 dicembre 2018, sia riguardo alla piena capacità lavorativa dell'interessato nel compimento di mansioni adeguate, concludendo espressamente che "per un lavoro confacente, permettendo di rispettare le limitazioni sopra esposte, il paziente rimarrebbe invece abile in forma normale (100% per rendimento e presenza)" (cfr. doc. 202, corsivo della redattrice). Va, inoltre, sottolineato che il dr. _____, dopo la degenza dell'interessato dal 3 settembre al 17 settembre 2019 presso la Clinica _____, ha tenuto a sottolineare nel referto del 20 settembre 2019 che "alla dimissione dal nostro servizio la mobilità delle due spalle è normale e simmetrica" (cfr. doc. 210). 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'abilità 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 TF 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 TF 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 TF 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 STF 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 TF 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. Analoghe conclusioni sono state ribadite dall'Alta Corte nella STF 8C_462/2020 del 27 agosto 2020, nella quale il TF ha confermato che vi sono sufficienti opportunità realistiche di occupazione sul mercato del lavoro equilibrato, in conformità con la legge, anche per le persone che sono funzionalmente limitate all'uso di un braccio solo e inoltre possono svolgere solo un lavoro leggero (vedi anche sentenze 8C_134/2020 del 29 aprile 2020 consid. 4.5; 8C_227/2018 del 14 giugno 2018 consid. 4.2.1; 8C_37/2016 dell'8 luglio 2016 consid. 5.1.2). In esito alle considerazioni che precedono, questo Tribunale deve, quindi, concludere che l'assicurato, impedito nell'esercizio della sua originaria professione di manovale edile, conserva comunque, tenuto conto dei soli postumi infortunistici alla spalla destra, una abilità lavorativa al 100% in attività leggere dal profilo del sollevamento, trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, che non implicano un utilizzo dell'arto superiore al di sopra del piano orizzontale, reperibili sul mercato generale del lavoro. 2.5.7. Si tratta, ora, di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido, l'amministrazione, nella decisione su opposizione impugnata, ha indicato un importo di fr. 64'080 (cfr. doc. A). Il TCA non ha motivo per discostarsi da questo valore - peraltro non contestato dall'insorgente - ritenuto che anche volendo prendere in considerazione il dato - più favorevole all'assicurato - utilizzato dall'Ufficio AI nel progetto di assegnazione di rendita del 17 aprile 2020, basandosi sulle informazioni fornite dalla stessa _____ nell'apposito questionario per il datore di lavoro (cfr. doc. V/1), il risultato finale, come vedremo al prossimo considerando (cfr. consid. 2.5.7. in fine), non cambierebbe. 2.5.8. 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

E. 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”. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016 tirage_skill_level (NOGA08, RSS 2016; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), pubblicata il 26 ottobre 2018 (cfr. www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/tabella.assetdetail.6286473.html), ossia prima dell'emissione della decisione impugnata, emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato , cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: “Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique”), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'803.40 (fr. 64'080 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Con un orario di lavoro sempre di 41.7 ore a settimana, si ottiene, nel 2018, un reddito di fr. 67'445.1233 (66'803.4 : 104.1 X 105.1 [cfr. la tabella: “Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique”]). Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del

lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, nella decisione su opposizione impugnata l'CO 1 non ha applicato alcuna riduzione percentuale, osservando che "in particolare giova ricordare che i Tribunali hanno a innumerevoli riprese confermato che l'età – in ogni caso per i lavoratori non qualificati – non è un fattore di riduzione (cfr. ad es. la sentenza del TFA I 594/04 del 14.2.2005 dalla quale risulta che Hilfsarbeiten sind grundsätzlich altersunabhängig ab dem 40. Jahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar loherhöhend e le sentenze del TF 8C_319/2007 del 6.5.2008, 8C_361/2011 del 20.7.2011, 8C_754/2015 del 26.2.2016 e 8C_227/2018 del 14.6.2018)" (cfr. doc. A). Questo Tribunale, 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 alcun motivo per modificare quanto deciso dall'assicuratore infortuni e rimasto, del resto, incontestato in sede ricorsuale. Tale soluzione appare tanto più imprescindibile, alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_730/2019 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020). Raffrontando, dunque, il reddito da valido di fr. 64'080 indicato nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A) con quello da invalido di fr. 67'445.13, si ottiene un grado d'invalidità nullo come correttamente indicato dall'amministrazione. Il risultato finale non cambierebbe neppure volendo, per ipotesi, raffrontare il reddito da valido – più favorevole all'assicurato – di fr. 71'424 utilizzato dall'Ufficio AI nel progetto di assegnazione di rendita del 16 aprile 2020 (cfr. doc. V/1) al citato reddito da invalido, ottenendo in tal modo un grado di invalidità del 5.15%, insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità. Anche su questo punto, quindi, la decisione su opposizione impugnata va confermata.

2.6. Diritto all'IMI? 2.6.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.6.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire da la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.6.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce

un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308 ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.6.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.6.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del dr. _____ (cfr. doc. 141), ha rifiutato, tenuto conto dei soli postumi infortunistici, l'assegnazione al ricorrente di un'IMI, mettendo in evidenza la constatazione di una mobilità normale della spalla riscontrata dal dr. _____ (cfr. doc. A, p. 10). Con il ricorso, il legale dell'assicurato ha chiesto l'assegnazione di un'IMI, "a fronte dei danni fisici e psichici subiti dall'assicurato). In sede di risposta di causa, l'assicuratore infortuni ha confermato il rifiuto di un'IMI, producendo, a comprova della propria posizione, l'apprezzamento medico del 7 febbraio 2020 del dr. _____. Quest'ultimo ha, in effetti, negato che fossero adempiuti i presupposti per riconoscere l'esistenza di una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica, rilevando che: " Valutazione secondo la tabella 1 "valutazione ad IMI a causa di un disturbo funzionale degli arti superiori" una menomazione per un danno all'integrità avrebbe confermato per una abduzione limitata sotto i 120°/30° sopra livello orizzontale. Secondo la lettera d'uscita della Clinica _____ di _____, formata dal dr. med. _____ il 23.09.2019, la mobilità della spalla risultava libera. Anche se fosse stata evidenziata una limitazione della mobilità, quest'ultima sarebbe a causa della capsulite retrattile che non è considerata come postumo infortunistico." (Doc. III/1) Chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere squisitamente medico, considerato che al riguardo la parte ricorrente non ha sollevato alcuna motivata obiezione, il TCA ritiene che l'apprezzamento della menomazione dell'integrità espresso dal dr. _____, tenuto conto dei soli postumi infortunistici, possa validamente costituire da fondamento al proprio giudizio. Da sottolineare, a tale proposito, che contrariamente a quanto preteso dal legale del ricorrente, nella valutazione del diritto ad un'IMI a ragione

l'assicuratore infortuni non ha preso in considerazione né le limitazioni derivanti dai disturbi alla spalla sinistra, né quelle causate dalle affezioni psichiche, per le quali, come sopra esposto (consid. 2.3.4. e consid. 2.4.6.), è stata esclusa l'esistenza di un rapporto di causalità con l'infortunio. Anche su questo punto, pertanto, la decisione su opposizione impugnata va confermata.

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