

TI_GERICHTE 35.2020.89 vom 26. April 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-04-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.89

FR: TI_GERICHTE 35.2020.89 du 26 avril 2021

IT: TI_GERICHTE 35.2020.89 del 26 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

ha effettuato ergoterapia da giugno 2019 a febbraio 2020, quando il trattamento è stato interrotto perché non più riconosciuto dalla CO 1. Negli ultimi sei mesi la situazione è rimasta invariata. Il signor RI 1 riferisce di accusare fitte continue al II dito della mano sx, con dolori provocati anche solo dallo sfioramento della cute alla base del dito. Riferisce inoltre un'ipoestesia al polpastrello. Non riesce a piegare il dito II della mano sx. Tutte le attività svolte con la mano sx provocano dolori al II° dito. Non riesce a chiudere il pugno, riscontrando difficoltà a flettere le dita III, IV e V, dove sono presenti dolori diffusi. Il Signor RI 1 riferisce che per le attività manuali l'arto dominante è il sx, mentre per scrivere utilizza la dx. ESAME CLINICO È stato eseguito un esame mirato solo all'arto superiore sx. Le cicatrici chirurgiche sono calme, senza segni di infetto. La mobilità del polso è completa. Il II° dito è mobile solo in corrispondenza dell'articolazione metacarpo-falangea, la mobilità delle articolazioni interfalangee prossimale e distale è praticamente nulla. Lo sfioramento della cute alla base del dito provoca fitte dolorose. La flessione attiva è possibile per il dito II° fino a 2 cm e per il dito IV fino a 1 cm di distanza polpastrello-palmo, la flessione del dito V è completa. La forza prensile della mano è diminuita. CAPACITÀ LAVORATIVA RESIDUA Per le conseguenze dell'evento del 18.03.19, il Signor RI 1 presenta una funzionalità ridotta della mano sx (arto dominante per le attività manuali). Non può svolgere lavori manuali pesanti, non può svolgere lavori manuali di precisione, per le attività manuali non pesanti e non di precisione è presente una diminuita velocità di esecuzione, dovendo in modo particolare proteggere il II° dito a causa dell'allodinia. In un'attività che comporti lavori manuali leggeri e non di precisione, il Signor RI 1 può lavorare sull'arco della normale giornata lavorativa al massimo con un rendimento del 75% (incapacità lavorativa del 25%). Può lavorare in misura completa (normale rendimento per il normale tempo di lavoro) solo in attività che non comportano lavori manuali con la mano sx. (...)" (Doc. XI/1) Al riguardo, l'CO 1, nelle osservazioni del 18 dicembre 2020, ha fatto notare che il dr. _____ "ha unicamente una specializzazione in medicina interna", aggiungendo che "si rammenta che l'assicurato è stato visitato dal dr. _____, specialista in chirurgia ortopedica e dal dr. _____, specialista FMH in chirurgia della mano e del piede. Le diagnosi effettuate dai menzionati specialisti non possono dunque essere messe in discussione, pertanto, la Parte convenuta non può che riconfermarsi nella sua risposta di causa" (cfr. doc. XIII). 2.3.5. 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; STF dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1.; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p.30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI

1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005 consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.6. 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. Il medico fiduciario ha dettagliatamente esposto quale sia l'esigibilità lavorativa, ponendo in particolare in rilievo come l'interessato presenti "molte difficoltà ad eseguire lavori leggeri di precisione e medi con la mano sinistra, mentre compensa con la mano destra che non ha limitazioni" (cfr. doc. 96). Il TCA concorda con l'apprezzamento medico del dr. _____, il quale, del resto, non può essere rimesso in discussione dal referto del dr. _____ prodotto dal legale dell'assicurato in corso di causa. A tale riguardo, questa Corte evidenzia che l'apprezzamento del dr. _____ coincide, di fatto, con la valutazione del dr. _____, avendo lo stesso specialista consultato dal ricorrente attestato come l'interessato possa "lavorare in misura completa (normale rendimento per il normale tempo di lavoro) solo in attività che non comportano lavori manuali con la mano sinistra" (cfr. doc.

X/1). Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni ad una mano: in sostanza, si tratta dell'impossibilità di sollevare, rispettivamente, trasportare pesi anche solo relativamente importanti, nonché di svolgere mansioni di precisione. La valutazione dell'esigibilità lavorativa del medico _____ risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che hanno lamentato limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori e, persino, la totale privazione dell'uso di un arto superiore o di una mano. 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 autista con compiti di carico e scarico merce, conserva comunque, tenuto conto dei soli postumi infortunistici alla mano sinistra, una abilità lavorativa al 100% in attività leggere dal profilo del sollevamento, trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, che non implicino lavori di precisione con la mano sinistra, reperibili sul mercato generale del lavoro. 2.3.7. 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. 66'956, calcolato in applicazione dei dati statistici della tabella RSS 2020, ramo 49-53, uomo, livello 1 (cfr. doc. A). Il TCA non ha motivo per discostarsi da questo valore - peraltro espressamente considerato corretto dal legale dell'insorgente (il quale in sede ricorsuale ha, invece, contestato il (diverso e inferiore) ammontare preso in considerazione dall'Ufficio AI, sulla base di quanto indicato dal datore di lavoro) - ritenuti i motivi (difficoltà economiche) che hanno portato al licenziamento dell'assicurato con effetto dal 1° gennaio 2020. Al riguardo, va infatti ricordato che, nel caso in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità, occorre ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr. sentenza 9C_329/2014 del 1° luglio 2014 consid. 5.2 con i riferimenti, ancora ribadita nella STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020). 2.3.8. 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 TF ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL ("Descrizione dei posti di lavoro"). In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 p. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata ancora dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid.

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

2.3.9. Nella presente fattispecie, l'Istituto convenuto ha quantificato in fr. 68'991.96 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella TA1 2018, media totale, livello di qualifica 1, uomini (pari a fr. 67'766.67), aggiornato al 2020 (doc. 127). Il TCA non ha motivo per scostarsi da questo dato, risultante dalla corretta applicazione dei dati statistici. Utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2018 TA 1, infatti, 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; STF 9C_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 65'004.- (fr. 5'417 x 12 mesi). Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 67'766.67 per un impiego a tempo pieno. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2019, un reddito annuo di fr. 68'376.57, per il 2020 di fr. 68'991.96. L'amministrazione ha, poi, applicato una deduzione sociale del 5% ex DTF 126 V 80 (cfr. doc. 126). Il patrocinatore dell'assicurato ha contestato l'ammontare della deduzione percentuale applicata dall'amministrazione, ritenuta eccessivamente bassa, chiedendo che la stessa venga innalzata almeno al 20% come, del resto, riconosciuto pure dall'Ufficio AI. A suo modo di vedere, difatti, è inammissibile che l'assicurato infortuni si scosti dai parametri economici definiti dall'Ufficio AI, a fronte di un danno alla salute esclusivamente di origine infortunistica. Il legale ha giustificato la sua richiesta di riconoscimento di una percentuale di riduzione almeno del 20% con il fatto che l'interessato possa ormai svolgere solo attività leggere (ciò che, secondo l'Ufficio AI, darebbe diritto ad una deduzione del 10%) e, inoltre, facendo riferimento alle limitazioni funzionali e alle limitate competenze professionali (altri elementi che giustificano, secondo l'Ufficio AI, un'ulteriore riduzione del 10%). Inoltre, l'avv. RA 1 ha aggiunto che, vista l'età dell'assicurato (61 anni), sarebbe applicabile un'ulteriore riduzione del 5%, per una deduzione sociale globale del 25% (doc. I). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Il tasso di riduzione rileva dal potere di apprezzamento dell'amministrazione e che può essere rivisto dal giudice solo con riserbo (cfr. DTF 132 V 393 consid. 3.3). Il TCA che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2), non ha motivo di scostarsi dalla scelta operata dall'assicuratore LAINF, anche alla luce della più recente giurisprudenza federale (cfr. STF 8C_9/2020 del 10 giugno 2020; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020). A proposito delle obiezioni ricorsuali riguardanti la presunta violazione del principio dell'uniformità della nozione di invalidità in materia di

assicurazioni sociali derivante dalla diversa quantificazione della deduzione sociale applicata al reddito da invalido dall'Ufficio AI, rispettivamente dall'CO 1, questo Tribunale ricorda che, per costante giurisprudenza federale, il Tribunale federale ha ritenuto non vincolante la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione invalidità per l'altro assicuratore (DTF 131 V 362; VSI 2004 pag. 182 consid. 4.3 pag. 186 [I 564/02]; cfr. inoltre pure la sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549). L'Alta Corte ha infatti statuito che l'assicuratore infortuni non è legittimato ad opporsi a una decisione o a ricorrere contro una decisione su opposizione dell'Ufficio AI riguardante il diritto alla rendita in quanto tale o il grado d'invalidità, e la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità non esplica effetti vincolanti nei suoi confronti (DTF 131 V 367 consid. 2.2.). Il medesimo principio vale anche nei confronti dell'Ufficio AI con riferimento alla valutazione effettuata dall'assicuratore infortuni (STF U 148/2006 del 28 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 549). Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6; STCA 32.2015.160 del

E. 5

ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4). Alla luce della chiara giurisprudenza federale, pertanto, la circostanza che l'Ufficio AI abbia operato una riduzione sociale del 20% va qui giudicata inconferente, posto che la valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per invalidità non ha effetto vincolante nei confronti dell'assicurazione contro gli infortuni. Gli uffici AI e gli assicuratori contro gli infortuni sono tenuti in ogni caso concreto a valutare in autonomia l'invalidità. In questo senso, essi non possono accontentarsi di semplicemente riprendere il grado d'invalidità stabilito dall'altro assicuratore sociale, senza procedere a un proprio esame. Di conseguenza, l'assicurazione contro gli infortuni (rispettivamente il tribunale) non è nemmeno vincolato all'apprezzamento della riduzione sociale eseguito dall'ufficio AI (cfr. STF 8C_744/2017 del 14 maggio 2018 consid. 5.3 e i riferimenti ivi menzionati – il corsivo è della redattrice). Quanto all'invocata riduzione dettata dagli impedimenti fisici, secondo la più recente giurisprudenza federale, una tale riduzione si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, dalla valutazione del dr. _____ emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, un'attività leggera dal profilo dell'impegno fisico, che non implicino lavori di precisione con la mano sinistra (cfr. doc. 96, p. 3: "l'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari."). Secondo questo Tribunale, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione a tale titolo non si giustifica (in questo senso, si vedano, ad esempio, le sentenze citate in precedenza, nella quale sono stati ancora considerati in grado di svolgere a tempo pieno lavori leggeri non bimanuali assicurati praticamente monchi di una mano: sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p.

347ss.; STF U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2; STF 8C_260/2011 del 25 luglio 2011; STCA 35.2013.74 dell'8 settembre 2014 consid. 2.3.4., cresciuta incontestata in giudicato; STCA 35.2017.10 del 22 giugno 2017; STF 8C_462/2020 del 27 agosto 2020; 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 questo contesto, è utile segnalare che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti). Il TCA non può, pertanto, procedere ad una riduzione supplementare per tenere conto del fatto che l'interessato non possa più svolgere attività pesanti, come, invece, preteso dal suo legale (cfr., sul tema, STF 8C_765/2019 del 10 giugno 2020, nella quale l'Alta Corte ha considerato non corretta la deduzione percentuale del 10% riconosciuta dal TCA nel caso di un assicurato che presentava delle limitazioni ad entrambe le spalle). D'altro canto, per quanto attiene al fatto che l'insorgente disporrebbe di competenze professionali limitate, l'Alta Corte ha già avuto modo di precisare che l'assenza di esperienza in taluni ambiti di attività ha poca incidenza sulla remunerazione percepita per l'esecuzione di mansioni semplici e ripetitive. D'altra parte, qualunque nuovo lavoro presuppone un periodo d'apprendimento, di modo che non vi è spazio per una riduzione a questo titolo del reddito da invalido (cfr., tra le tante, la STF 8C_603/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 6.2, 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2 e la 8C_46/2018 dell'11 gennaio 2019 consid. 4.4). Per quanto concerne, infine, il fattore età, anche se si volesse ritenere giustificato applicare a tale titolo una decurtazione (del 5%) sul reddito statistico da invalido, e ciò tenuto conto di quanto è stato precisato nella DTF 146 V 16 (si consideri, tuttavia, che la questione di sapere se, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, il fattore età costituisce un criterio di riduzione oppure se, in questo ambito, l'incidenza dell'età sulla capacità di guadagno deve essere presa in considerazione soltanto nel quadro della norma particolare di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF, non è ancora stata decisa dal Tribunale federale – in questo senso, cfr. ancora la STF 8C_500/2020 del 9 dicembre 2020 consid. 3.3.2.3), ciò non basterebbe comunque a raggiungere la soglia minima legale del 10%, così come verrà meglio dimostrato successivamente. Tenuto conto di tutto quanto precede, il reddito da invalido ammonta dunque a fr. 65'542.36 (fr. 68'991.96 – 5%). Raffrontando, dunque, il reddito da valido di fr. 66'956 indicato nella decisione su opposizione impugnata (cfr. doc. A) con quello da invalido di fr. 65'542.36, si ottiene un grado d'invalidità del 2.1%, arrotondato al 2% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2., come correttamente indicato dall'amministrazione. La soluzione non potrebbe essere diversa neppure qualora si volesse – per pura ipotesi – raffrontare al reddito da valido quello da invalido di fr. 62'092.76 (fr. 68'991.96 – 10%), ciò che porterebbe ad un grado di invalidità del 7.2%, arrotondato al 7% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2., insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità. Su questo punto, quindi, la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale è stato negato il diritto ad una rendita di invalidità, deve dunque essere confermata.

2.4. Entità dell'IMI? 2.4.1. 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).

2.4.2. 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 de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.4.3. 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).

2.4.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. 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).

2.4.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del dr. _____ (cfr. doc. 97), ha assegnato all'assicurato un'IMI del 6%.

Nell'apprezzamento del 17 gennaio 2020, il medico fiduciario dell'assicuratore ha così motivato la propria valutazione: " 1. Reperti L'assicurato è portatore di postumi importanti

e durevoli in seguito a: ferita da puntura da spina di pesce alla mano sinistra. Cellulite necrotizzante mano sinistra. Stato dopo plurimi interventi di necrosectomia e posizionamento di medicazione VAC eseguito il 18.03.2019 dal dr. med. _____ il 22.03.2019, l'1.4.2019 dal dr. med. _____. Stato dopo copertura della ferita con Thiersch con prelievo fatto dall'avambraccio sinistro il 14.05.2019 (dr. med. _____).

2. Valutazione del danno all'integrità 6% 3. Motivazione Si fa riferimento alla tabella 3.2 CO 1 dove per una amputazione del dito II a livello della radice del dito viene riconosciuto un 6%. Considerando la situazione dell'assicurato, la rigidità e la iperpatia si ritiene di potere fare riferimento a tale fattispecie per analogia e si ritiene pertanto adeguata una percentuale del 6%." (Doc. 97) A seguito delle obiezioni sollevate dall'assicurato in sede di opposizione, l'assicuratore LAINF ha ritenuto opportuno interpellare nuovamente il dr. _____, il quale, nell'apprezzamento aggiuntivo del 31 agosto 2020, si è così espresso:

" (...) Apprezzamento Ci viene chiesto di esprimerci sulle contestazioni alla valutazione IMI. Siamo di fronte ad un assicurato che in seguito alle patologie citate in visita ha subito un danno alla salute che colpisce prevalentemente il II dito con rigidità articolare e in misura molto minore il III, IV e V dito. Il quadro clinico globale è espresso in dettaglio nella visita _____. Nella valutazione di menomazione all'integrità si fa riferimento alla tabella 3.2 CO 1 e si procede per analogia. Si prende come riferimento un quadro di amputazione totale del II dito a livello della metacarpo-falangea che dà un valore del 6%. Si rammenta per confronto che un'amputazione del secondo dito a livello della interfalangea prossimale dà diritto a un 5% e un'amputazione della falange distale dà diritto a 0%. Sempre per confronto si cita la tabella 5.2 CO 1 ove per un'artrosi grave delle articolazioni delle dita della mano nonché per resezione articolare o artrodesi viene riconosciuto uno 0%. Nel caso in questione una amputazione completa del secondo dito determina una menomazione maggiore di quella presente al solo secondo dito dell'assicurato, ma considerando la menomazione globale presentata dall'assicurato si è ritenuto di poter raggiungere la valutazione del 6% che è da ritenersi comprensiva del totale delle affezioni presentate dall'assicurato. Ricordo che un'amputazione totale del secondo dito determina una menomazione non trascurabile caratterizzata dalla impossibilità di pinza polli-digitale con il raggio maggiormente utilizzato nella vita quotidiana. Si tratta quindi di una situazione non trascurabile ed a mio parere sicuramente paragonabile al quadro presentato dall'assicurato senza rischio di sottovalutazione dello stesso. Ritengo che la valutazione IMI eseguita sia corretta, comprensiva della situazione globale dell'assicurato, eseguita per analogia come corretto fare secondo la normale prassi valutativa CO 1 e non sottostimata rispetto alla situazione dell'assicurato. Per quanto riguarda il rapporto del dr. _____ (medico curante) confermo che la valutazione della IMI eseguita considera la funzionalità globale della mano sinistra. Per quanto riguarda la possibilità di un peggioramento con il tempo, ritengo che nel quadro clinico in questione un peggioramento non sia prevalentemente probabile. Quadro di rigidità del dito appare ormai stabilizzato per quanto riguarda il II dito e per quanto riguarda le altre dita è anche possibile quanto riguarda le altre dita è anche possibile che un regolare utilizzo e adattamento possa invece portare ad un miglioramento della situazione. In ogni caso non vi sono elementi che ci permettano di considerare che un marcato peggioramento sia prevalentemente probabile. Lo stesso dr. _____ non ci fornisce alcun elemento in tal senso limitandosi a dichiarare semplicemente di "non poterlo escludere". Non vi è neppure alcun elemento che permetta di ritenere che la rigidità articolare di un dito possa essere elemento causale per lo sviluppo di artrosi a livello delle dita della mano e della mano stessa. Non vi è infatti alcun elemento

eziopatogenetico che possa mettere in correlazione una riduzione di movimento con lo sviluppo di una artrosi. In ogni caso, ai fini della determinazione della IMI, la artrosi delle articolazioni delle dita della mano secondo la tabella 5.2 CO 1 viene indennizzata con uno 0%. Riguardo le osservazioni dell'avvocato _____ confermo che la valutazione della IMI riguarda la situazione globale della mano ed è stata fatta per analogia. Rimando sul punto a quanto sopra citato. Per quanto riguarda l'affermazione che durante l'istruttoria non è stato considerato il fatto che l'assicurato è mancino, mi sento di far rilevare che in realtà questa circostanza è stata considerata (si rimanda alla visita _____ nella sezione reperti obiettivi). Essa, comunque, ai fini della IMI nel caso in questione, è ininfluenza. Per quanto riguarda l'obiezione che non è stata riconosciuta una menomazione dell'integrità per artrosi rimando a quanto già sopra citato e cioè che l'artrosi delle dita della mano, secondo la tabellazione CO 1 5, dà diritto ad un'indennità dello 0% e pertanto pare irrilevante nella discussione in essere. Inoltre, rimando alle considerazioni sopra esposte sul fatto che un'artrosi qualora già presente non è da porre in nesso causale con l'evento che ci compete e qualora si voglia invece considerarla come possibile evoluzione futura non appare dal punto di vista medico probabile. Per quanto riguarda la richiesta del 20% rilevo che l'avvocato non ci fornisce una chiara spiegazione per la sua richiesta e per le ragioni sopra esposte mi pare del tutto non adeguata alla situazione di questo assicurato. Ritengo pertanto che le conclusioni della visita _____ in particolare per quanto riguarda la valutazione IMI siano da ritenersi corrette e da riconfermarsi." (Doc. 139) 2.4.6. In corso di causa, il patrocinatore del ricorrente ha contestato la valutazione del dr. _____ a proposito dell'IMI riconosciuta all'assicurato - sulla quale è basata la decisione su opposizione impugnata - trasmettendo il seguente apprezzamento del 24 novembre 2020 del dr. _____, specialista FMH in medicina interna, medico di fiducia AGV/SSMC/SSMF: "(...) INDENNITÀ PER MENOMAZIONE DELL'INTEGRITÀ Il danno complessivo alla mano sx conseguente all'evento del 18.03.19 corrisponde al 40% della perdita di una mano, per la quale è prevista una IMI del 40% (tabella CO 1 3.7 figura 43), per una IMI definitiva del 16% (40% del 40%). Per quantificare il danno residuo, non si deve considerare solo la perdita del dito II della mano sx che è praticamente completa dal punto di vista funzionale ma anche l'allodinia e la perdita di funzionalità della mano nel suo complesso, con evidenti ripercussioni nell'esecuzione di tutte le attività sia lavorative sia della vita quotidiana." (Doc. XI/1) Tale referto non è stato sottoposto dall'assicuratore LAINF al vaglio del servizio medico fiduciario per una presa di posizione. Al riguardo, la patrocinatrice dell'amministrazione, nelle osservazioni del 18 dicembre 2020, si è limitata a rilevare quanto segue: "(...) L'avv. RA 1 produce un nuovo referto del dr. med. _____, il quale, si fa notare, ha unicamente una specializzazione in medicina interna. Si rammenta che l'assicurato è stato visitato dal dr. med. _____, specialista FMH chirurgia ortopedica e dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia della mano e del piede. Le diagnosi effettuate dai menzionati specialisti non possono dunque essere messe in discussione, pertanto la Parte convenuta non può che riconfermarsi nella sua risposta di causa." (Doc. XIII). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non condivide le considerazioni espresse dall'avv. RA 2 nei confronti dell'apprezzamento medico del dr. _____. Va qui, difatti, ricordato che il dr. _____, in qualità di medico fiduciario di numerosi assicuratori, dispone delle competenze necessarie per potersi validamente esprimere in materia di medicina assicurativa ed infortunistica (cfr. STF 8C_108/2020 del 22 dicembre 2020, nella quale l'Alta Corte ha ricordato che, secondo costante giurisprudenza, i medici _____ così come gli specialisti del centro di competenza di

medicina assicurativa dell'assicuratore infortuni sono considerati per la loro funzione e per la loro posizione professionale come specialisti in materia di traumatologia, indipendentemente dalla loro specializzazione medica (sentenze 8C_59/2020 del 14 aprile 2020 consid. 5.2; 8C_316/2019 del 24 ottobre 2019 consid. 5.4 e riferimenti citati)). Ora, ciò posto, questa Corte non può confermare la decisione su opposizione impugnata mediante la quale l'assicuratore resistente ha assegnato all'assicurato un'IMI del 6%. In effetti, in merito all'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'insorgente, agli atti figurano referti contraddittori – quello del dr. _____, da un canto (menomazione dell'integrità complessiva del 6%) e quello elaborato dal dr. _____, dall'altro (IMI del 16%) – che non consentono al TCA di decidere, con la necessaria tranquillità, in un senso oppure nell'altro. In simili casi, la giurisprudenza federale prevede che la vertenza non possa essere decisa basandosi sull'uno o sull'altro dei pareri a disposizione ma che occorre ordinare una perizia ad opera di un medico indipendente secondo la procedura di cui all'art. 44 LPGA oppure una perizia giudiziaria (cfr. DTF 135 V 465 e la STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 6.2.2). Tutto ben considerato, dalla documentazione a disposizione emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità della documentazione medica sulla quale l'istituto assicuratore ha fondato la propria decisione di riconoscere un'IMI del 6% (per un caso in cui la Corte federale ha annullato il giudizio cantonale ritenendo che, alla luce dei referti agli atti dei medici consultati dall'assicurato, alle considerazioni espresse dal medico fiduciario non poteva essere data "quella sufficiente conclusione, tale da escludere anche il minimo dubbio di una soluzione differente", si veda la STF 8C_23/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3).

2.4.7. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser

geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009).” (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 - emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l’affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia , il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all’amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all’art. 44 LPG: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471).” (STF 8C_59/2011, consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che siano soddisfatti i presupposti per un rinvio degli atti all’amministrazione (cfr. STF 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 e DTF 135 V 465), già per il fatto che essa ha fondato la decisione impugnata sul solo parere del medico fiduciario (per un caso analogo, si veda la STF 8C_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2). Per le

ragioni già esposte al considerando 2.4.6., si giustifica, pertanto, l'annullamento della decisione su opposizione impugnata e il rinvio degli atti all'assicuratore resistente affinché disponga un approfondimento peritale esterno (art. 44 LPGGA) volto a definire l'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'insorgente. Sulla scorta delle relative risultanze, l'CO 1 sarà poi chiamato a determinare di nuovo la relativa indennità.

E. 28

ottobre 2009, pubblicata DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss., consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005 consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b).

2.3.9. Nella presente fattispecie, l'Istituto convenuto ha quantificato in fr. 68'991.96 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella TA1 2018, media totale, livello di qualifica 1, uomini (pari a fr. 67'766.67), aggiornato al 2020 (doc. 127).

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

Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 67'766.67 per un impiego a tempo pieno. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2019, un reddito annuo di fr. 68'376.57, per il 2020 di fr. 68'991.96.

L'amministrazione ha, poi, applicato una deduzione sociale del 5% ex DTF 126 V 80 (cfr. doc. 126).

Il patrocinatore dell'assicurato ha contestato l'ammontare della deduzione percentuale applicata dall'amministrazione, ritenuta eccessivamente bassa, chiedendo che la stessa venga innalzata almeno al 20% come, del resto, riconosciuto pure dall'Ufficio AI. A suo modo di vedere, difatti, è inammissibile che l'assicuratore infortuni si scosti dai parametri economici definiti dall'Ufficio AI, a fronte di un danno alla salute esclusivamente di origine infortunistica.

Il legale ha giustificato la sua richiesta di riconoscimento di una percentuale di riduzione almeno del 20% con il fatto che l'interessato possa ormai svolgere solo attività leggere (ciò che, secondo l'Ufficio AI, darebbe diritto ad una deduzione del 10%) e, inoltre, facendo riferimento alle limitazioni funzionali e alle limitate competenze professionali (altri elementi che giustificano, secondo l'Ufficio AI, un'ulteriore riduzione del 10%).

Inoltre, l'avv. RA 1 ha aggiunto che, vista l'età dell'assicurato (61 anni), sarebbe applicabile un'ulteriore riduzione del 5%, per una deduzione sociale globale del 25% (doc. I).

In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

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

Successivamente il Tribunale federale ha ancora ribadito che, l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; DTF 133 V 549 consid. 6; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4).

Nel caso di specie, dalla valutazione del dr. _____ emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, un'attività leggera dal profilo dell'impegno fisico, che non implicino lavori di precisione con la mano sinistra (cfr. doc. 96, p. 3: l'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari).

La soluzione non potrebbe essere diversa neppure qualora si volesse per pura ipotesi raffrontare al reddito da valido quello da invalido difr. 62'092.76 (fr. 68'991.96 ■ 10%), ciò che porterebbe ad un grado di invalidità del 7.2%, arrotondato al 7% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2., insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità.

2.4. Entità dell'IMI?

2.4.1. 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).

2.4.2. 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 de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.4.3. 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 48p. 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).

2.4.4. L'art. 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. 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).

2.4.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del dr. _____ (cfr. doc. 97), ha assegnato all'assicurato un'IMI del 6%.

Nell'apprezzamento del 17 gennaio 2020, il medico fiduciario dell'assicuratore ha così motivato la propria valutazione:

A seguito delle obiezioni sollevate dall'assicurato in sede di opposizione, l'assicuratore LAINF ha ritenuto opportuno interpellare nuovamente il dr. _____, il quale, nell'apprezzamento aggiuntivo del 31 agosto 2020, si è così espresso:

Tale referto non è stato sottoposto dall'assicuratore LAINF al vaglio del servizio medico fiduciario per una presa di posizione. Al riguardo, la patrocinatrice dell'amministrazione, nelle osservazioni del 18 dicembre 2020, si è limitata a rilevare quanto segue:

Tutto ben considerato, dalla documentazione a disposizione emergono dunque elementi suscettibili di generare dei dubbi, perlomeno lievi, circa l'affidabilità della documentazione medica sulla quale l'istituto assicuratore ha fondato la propria decisione di riconoscere un'IMI del 6% (per un caso in cui la Corte federale ha annullato il giudizio cantonale ritenendo che, alla luce dei referti agli atti dei medici consultati dall'assicurato, alle considerazioni espresse dal medico fiduciario non poteva essere data quella sufficiente conclusione, tale da escludere anche il minimo dubbio di una soluzione differente, si veda la STF 8C_23/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3).

" ().

" Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471). (STF 8C_59/2011, consid. 5.2)

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