

## **TI\_GERICHTE 35.2021.79 vom 31. Januar 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-01-31, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2021.79](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2021.79)

FR: TI\_GERICHTE 35.2021.79 du 31 janvier 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2021.79 del 31 gennaio 2022

### **Regeste**

Discusso il diritto a rendita d'invalidità. Preliminarmente discussa questione di sapere se l'assicuratore fosse responsabile della problematica psichica: negata adeguatezza del nesso causale con l'infortunio (lesioni alle mani)

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Neppure il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute, risulta soddisfatto. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e da 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, in concreto non ravvisabili. Sempre in questo contesto, va segnalato che, conformemente alla giurisprudenza federale, il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenti ancora dolori e presenti ancora un'inabilità lavorativa, non basta per riconoscere questo criterio (cfr. STF 8C\_613/2019 del 17 settembre 2020 consid. 6.4.3; 8C\_249/2018 del 12 marzo 2019 consid. 5.2.5 e i riferimenti). In questo senso, il TF ha negato la realizzazione del criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C\_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4), ad esempio nel caso di un assicurato la cui ricostruzione del dorso della mano aveva necessitato di ben cinque interventi chirurgici (cfr. STF 8C\_175/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5.4 in fine). A prescindere dal fatto che, secondo la giurisprudenza, la persistenza dei dolori di per sé non basta per soddisfare il criterio in discussione, nella presente fattispecie va tenuto conto del fatto che la sintomatologia algica è influenzata da un'inadeguata elaborazione psichica del sinistro da parte dell'insorgente, aspetto di cui occorre fare astrazione nella valutazione dell'adeguatezza giusta la DTF 115 V 133. Il TCA non può ritenere realizzato neanche il criterio del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta ai soli esiti fisici dell'infortunio assicurato. Secondo la giurisprudenza federale (cfr., da ultimo, la STF 8C\_547/2020 del 1° marzo 2021 consid. 5.1 e riferimenti ivi citati, riguardante una fattispecie in cui dal momento dell'infortunio alla stabilizzazione del caso erano trascorsi "soltanto" due anni e quattro mesi), il criterio in questione è adempiuto in presenza di una incapacità lavorativa totale perdurata quasi tre anni ("fast drei Jahren"/"rund dreijährige

durchgehende Arbeitsunfähigkeit "). D'altra parte, sempre secondo il TF, tale criterio non è soddisfatto allorquando l'assicurato è in grado, anche dopo un certo lasso di tempo, di svolgere a tempo pieno un'attività adeguata ai postumi infortunistici che presenta (cfr. STF 8C\_209/2020 del 18 gennaio 2021 consid. 5.2.2 e il riferimento ivi citato). Nella concreta evenienza, a margine della visita \_\_\_\_\_ di controllo del 7 dicembre 2018, le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente sono state dichiarate ormai stabilizzate. In ragione dell'esistenza di una "certa discrepanza" tra disturbi denunciati e lo stato oggettivabile a livello dell'estremità superiore sinistra, il dott. \_\_\_\_\_ ha disposto l'esecuzione di una valutazione EFL per determinare la reale capacità lavorativa (doc. 188). Dal rapporto 14 febbraio 2019 della Clinica \_\_\_\_\_ è emersa l'esigibilità a svolgere delle attività leggere a mediamente pesanti (cfr. doc. 206). Stante ciò, occorre ammettere che, a distanza di circa 2 anni e mezzo dall'infortunio (quindi prima dei quasi tre anni considerati dalla giurisprudenza federale), raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute, RI 1 era in grado di esercitare un'attività sostitutiva adeguata in misura completa. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sia o meno soddisfatto il criterio dei disturbi fisici persistenti, poiché da solo questo criterio - in presenza di un infortunio di grado medio-medio -, non potrebbero comunque giustificare l'adeguatezza del nesso causale (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; SZS/RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Al riguardo, va precisato che, vista la sovrapposizione di una problematica psichica che ha amplificato i dolori e le limitazioni nell'uso della mano denunciati dall'assicurato, il criterio in questione non sarebbe in ogni caso da considerare adempiuto con una particolare intensità. Alla luce di quanto appena esposto occorre concludere che le turbe psichiche di cui soffre l'assicurato non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorso il 4 luglio 2016. L'istituto resistente era di conseguenza legittimato a negare la propria responsabilità in merito. Stante ciò, è a ragione che l'CO 1 ha valutato il diritto alle prestazioni di lunga durata, in particolare quello alla rendita d'invalidità, facendo astrazione dalla problematica psichica.

#### 2.4. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, 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. 2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non

considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.4.3. Nel caso concreto, è contestata la valutazione della capacità/esigibilità lavorativa. Dalle carte processuali emerge che, da un profilo medico, la decisione su opposizione impugnata mediante la quale l'amministrazione ha rifiutato l'assegnazione di una rendita d'invalidità, si fonda essenzialmente sulla valutazione espressa dal suo medico fiduciario. In effetti, con apprezzamento del 26 febbraio 2019 - a valere quale " conclusione della visita \_\_\_\_\_ del 07.12.2018 con valutazione dell'esigibilità al lavoro ed IMI considerando la valutazione EFL recentemente eseguita " -, dopo aver sottolineato che "l'attività di metalcostruttore viene ritenuta non più esigibile in misura completa", il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che l'assicurato è da considerare "abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari" in un lavoro che rispecchi l'esigibilità espressa. Egli ha quindi così descritto le limitazioni funzionali dipendenti dai postumi somatici residuali dell'infortunio del luglio 2016: " (...) Sollevare e portare: l'assicurato è in grado di sollevare pesi leggeri fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi con le due braccia spesso, pesi medi da 10 a 25 kg talvolta, pesanti da 25 a 45 kg di rado. molto pesanti mai. È in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg e oltre 5 kg spesso con le limitazioni sopra esposte. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di maneggiare attrezzi leggeri e di precisione e medi talvolta, attrezzi pesanti di rado, molto pesanti mai. La rotazione della mano sinistra è possibile talvolta. Posizione e mobilità: l'assicurato è in grado di eseguire lavori sopra la testa, di rotazione del busto e posizione seduta e inclinata e in avanti, posizione in piedi e inclinata in avanti, inginocchiata con flessione delle ginocchia spesso. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta e la posizione in piedi spesso, così come la posizione a libera scelta. Spostamenti: l'assicurato è in grado di camminare anche per lunghi tratti e su terreno accidentato molto spesso, di salire le scale e salire le scale a pioli molto spesso. L'uso delle due mani è possibile a condizione, equilibrio e stare in equilibrio possibile." (doc. 208, p. 2) Così come già indicato in precedenza, nel febbraio 2019, il ricorrente è stato sottoposto a una valutazione EFL. Dal relativo referto (doc. 206) risulta che, a fronte dell'esistenza di un'importante amplificazione dei sintomi

accompagnata da diverse incongruenze (“Discrepanza tra il risparmio dichiarato e dimostrato dell’arto superiore sinistro coinvolto rispetto alla mancanza di minima atrofia dell’arto superiore sinistro. Durante il test “lavoro sopra l’altezza delle spalle” abbassa la spalla sinistra per la prima volta dopo l’31. A l’34 fallisce il test. Durante il l’34 l’assicurato sostiene la mano sinistra con la mano destra. Con le mani non esegue il “lavoretto” sopra l’altezza delle spalle. Non si evidenziano limiti funzionali/movimenti compensatori e non si evidenzia minima atrofia degli arti superiori. La forza della mano sinistra è 7 kg, misurata con il Jamar. Non si evidenzia minima atrofia muscolare alla mano sinistra, neanche alla muscolatura intrinseca tale da giustificare questa ridotta forza muscolare.”), i risultati dei test “... devono essere interpretati con prudenza e si deve dedurre che, con un maggior impegno (qui non si tratta di un atteggiamento cosciente, quindi la mancanza di impegno non coincide con la simulazione), le prestazioni potrebbero essere migliori. In presenza di un’amplificazione di sintomi di grado elevato fa stato la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa .” (il corsivo è del redattore). Da un punto di vista medico-teorico, il medico EFL ha quindi ritenuto che l’insorgente è in grado di “... svolgere qualunque lavoro con la mano destra in qualunque posizione e con qualunque livello di forza richiesta. L’assicurato non può utilizzare la mano sinistra per lavori pesanti a mediamente pesanti o lavori di forza. Non può tenere con la mano sinistra strumenti vibranti come trapani, avvitatori, martelli demolitori e altri grossi strumenti a motore elettrico che richiedano una presa con forza con entrambe le mani. Non può svolgere con la mano sinistra lavori molto fini e di grande precisione, che richiedano l’uso delle 5 dita e una sensibilità intatta. L’assicurato può svolgere qualunque lavoro amministrativo e lavoro d’ufficio con qualche limitazione riguardo all’uso della tastiera (non può scrivere a 10 dita vista la parziale amputazione della falange distale del 3° dito della mano sinistra). Non vi sono limitazioni riguardo alle posizioni del tronco, alla posizione seduta o eretta statica, agli spostamenti e alla guida di autoveicoli.”. In conclusione, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato l’assicurato inabile a svolgere la sua precedente professione di metalcostruttore ma in grado di esercitare delle “attività leggere a mediamente pesanti”. Con la propria impugnativa, l’insorgente contesta la correttezza dell’apprezzamento dell’esigibilità lavorativa espresso dal dott. \_\_\_\_\_, reo in sostanza di non aver tenuto debitamente conto del suo effettivo stato di salute (cfr. doc. I, doc. V e doc. IX). 2.4.4. 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 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 Nr. 10 p. 33 ss. 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 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, 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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 160 ss., 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 Nr. 10 p. 35 consid. 4b).

2.4.5. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, tutto ben considerato, il TCA ritiene di poter validamente far capo alla valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario dell'amministrazione, specialista nella materia che qui interessa (in questo contesto, va segnalato che, secondo una costante giurisprudenza, i medici \_\_\_\_\_, così come gli specialisti del Centro \_\_\_\_\_ dell'CO 1, sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come degli specialisti in materia di traumatologia, a prescindere dalla loro specializzazione medica – cfr. STF 8C\_108/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.4.2), fondata in larga misura sulle risultanze della valutazione EFL del febbraio 2019, in base alla quale, nonostante i postumi residui interessanti l'estremità superiore sinistra, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata. D'altro canto, questa Corte constata che agli atti non figurano pareri specialistici divergenti, attestanti dunque l'esistenza di un'incapacità lavorativa anche in attività confacenti, suscettibili di generare dei dubbi circa la correttezza della valutazione dell'esigibilità enunciata dal dott. \_\_\_\_\_ (e dal medico EFL). L'esistenza di una piena abilità lavorativa in attività sostitutive adeguate risulta d'altronde plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che lamentavano 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 (con

riferimento alle pronunzie federali U 200/02 e 8C\_260/2011, succitate) ha accertato l'esistenza di una piena abilità in attività lavorative adeguate, trattandosi di un assicurato che aveva subito l'amputazione dell'avambraccio destro nell'utilizzare una sega circolare. Infine, in una sentenza 35.2017.10 del 22 giugno 2017, il TCA ha giudicato completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate, un assicurato che presentava uno stato dopo contusione del dorso della mano destra con sviluppo di una malattia di Sudeck che aveva portato a esiti tragici in una situazione paragonabile a un amputato del braccio destro. Alla luce di quanto precede, richiamate in particolare le succitate pronunzie U 449/00, U 200/02 e 35.2017.10, va ritenuto dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza che il ricorrente sarebbe in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente alle limitazioni dipendenti dal danno infortunistico organico riguardante la mano sinistra. Con riferimento all'interrogativo sollevato dal ricorrente (doc. V, p. 2: "... quale datore di lavoro si prenderebbe la briga di assumere una persona che ha costantemente male alla mano?"), è utile segnalare che, in una sentenza 8C\_971/2008 del 23 marzo 2009, il TF ha stabilito che anche per gli assicurati funzionalmente monchi di un braccio, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio. Questa giurisprudenza è stata ulteriormente confermata con la STF 8C\_451/2016 del 17 ottobre 2016 consid. 5.1, pubblicata in SVR 2017 Nr. 20 consid. 5.1, in cui l'Alta Corte ha ribadito che sul mercato equilibrato del lavoro vi sono possibilità d'occupazione sufficientemente realistiche per persone che vanno ritenute funzionalmente monche di un braccio e che inoltre possono ancora eseguire soltanto dei lavori leggeri (in questo stesso senso, cfr. le STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021 consid. 2.4.4, 35.2021.4 del 26 luglio 2021 consid. 2.5.3, 35.2021.44 del 16 agosto 2021 consid. 2.6 e 35.2021.9 del 20 settembre 2021 consid. 2.3.3). 2.4.6. Trattandosi della valutazione delle conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico, occorre constatare che l'insorgente non ha sollevato alcuna obiezione a proposito delle modalità con le quali l'istituto assicuratore resistente ha determinato i redditi da raffrontare (cfr. doc. I, doc. V e doc. IX). Stante ciò, il TCA può fare proprio tanto il reddito da valido (cfr. doc. 357: fr. 74'654) che quello da invalido (cfr. doc. 357: fr. 72'235) ritenuti dall'amministrazione per fissare il grado dell'invalidità. Ora, confrontando i fr. 72'235 al reddito che il ricorrente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 74'654, risulta una perdita di guadagno del 3.24%, arrotondata al 3%, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità LAINF. La decisione su opposizione, mediante la quale è stata negata l'assegnazione di una rendita, deve quindi essere confermata. 2.5. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 6 ottobre 2021 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese (sul tema, cfr. STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021; STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022).

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