

TI_GERICHTE 35.2022.14 vom 4. Mai 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.14

FR: TI_GERICHTE 35.2022.14 du 4 mai 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.14 del 4 maggio 2022

Erwägungen

E. 29

maggio 2018). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. Nel caso di specie, litigioso è il diritto a una rendita d'invalidità e l'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'assicurato. 2.3. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.3.1 Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. 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

E. 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.

2.3.3. In concreto, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di negare all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità, vi è l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciato dal proprio medico _____ (cfr. doc. 317, p. 4 s.). In effetti, in occasione della visita di chiusura del 31 agosto 2020, formulata la diagnosi di frattura scomposta sottocapitata dell'omero prossimale a destra con/su osteosintesi omero prossimale a destra per frattura, artroscopia polso destro e AMO alla spalla destra ed aver refertato, all'esame clinico, delle "ferite chirurgiche ben guarite, nessun segno di infiammazione o di distrofia. Flessione e abduzione della spalla leggermente sopra il livello orizzontale mentre alla mano destra articolazione del polso ridotta. Presa della pinza e forza chiusura del pugno conservate", il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha dichiarato che "per attività adatte sul mercato generale del lavoro l'assicurato è abile in misura completa con le seguenti esclusioni: attività sopra il livello orizzontale. Sollevamento di pesi maggiori a 10 kg. Attività ripetitive per la spalla o la mano destra, maneggio di apparecchi vibranti e percussioni come martello e martello pneumatico e attività per le quali bisogna appoggiarsi come salire scale e ponteggi." (doc. 181, p. 3 – il corsivo è del redattore). Da notare che l'amministrazione ha di nuovo interpellato il medico _____, allorché gli è stato chiesto di prendere posizione sui referti del chirurgo della mano dott. _____ (cfr. i doc. 249, 259, 265 e 268), segnatamente per quanto riguardava l'ulteriore procedere terapeutico. Con nota del 23 luglio 2021, il dott. _____ ha segnatamente negato che l'esigibilità lavorativa si fosse modificata rispetto a quella definita a margine della visita di chiusura dell'agosto 2020 (cfr. doc. 271). Con l'impugnativa, il rappresentante contesta l'affidabilità della valutazione del dott. _____, nella misura in cui il medico _____ ha omesso di prendere in considerazione e, quindi, di discutere (anche) il danno al ginocchio destro, la problematica psichica, come pure la pneumopatia reumatica. Inoltre, sempre a suo avviso, l'esistenza di una piena abilità lavorativa in attività sostitutive adeguate non sarebbe sostenibile nemmeno alla luce delle risultanze dell'accertamento professionale svoltosi a cavallo tra gennaio e febbraio 2021 e, in particolare, di quanto è stato attestato dal medico del Centro, dott. _____ (cfr. doc. I).

2.3.4. 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; 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). 2.3.5. 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), in base alla quale, nonostante i postumi residuali interessanti l'arto superiore destro, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata. In sostanza, si tratterebbe di un'attività leggera dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi, da svolgere a livello del piano di lavoro e che consenta di

evitare l'utilizzo di strumenti vibranti o a percussione, come pure di salire su scale a pioli o ponteggi. Questa Corte non può seguire il rappresentante dell'insorgente laddove pretende che per definire l'esigibilità lavorativa occorrerebbe prendere in considerazione anche i disturbi polmonari, quelli psichici e quelli interessanti il ginocchio destro (cfr. doc. I). Innanzitutto, è utile precisare che, diversamente dall'assicurazione per l'invalidità che, in quanto assicurazione finale, deve considerare il danno alla salute nella sua globalità, l'assicuratore contro gli infortuni deve tener conto esclusivamente del danno alla salute causato dall'evento assicurato. In questo senso, posto come la pneumopatia reumatica sia pacificamente un'affezione di natura morbosa, essa non è di pertinenza dell'CO 1. D'altro canto, per quanto concerne la pretesa problematica psichica, il TCA constata che dalla documentazione agli atti non risultano certificazioni specialistiche attestanti l'esistenza di turbe di tale natura, così come non emerge che l'assicurato sia mai stato sottoposto a specifiche terapie. Del resto, nemmeno durante il periodo di accertamento professionale (gennaio/febbraio 2021) sono stati rilevati problemi di sorta a quel livello. Il ricorrente ha sì manifestato preoccupazione per il suo futuro professionale e per le conseguenze economiche legate all'inattività, così come frustrazione rispetto all'eventualità di non raggiungere il pensionamento senza interruzioni particolari, ma si è pure "... dimostrato positivo di fronte alla necessità di ridefinirsi professionalmente e disponibile a sperimentare nuovi settori lavorativi, anche se reticente rispetto alle sue effettive possibilità reintegrative." (cfr. doc. 245). In queste condizioni, non si vede come lo stato di salute psichica dell'assicurato possa avere una qualche incidenza sull'esigibilità lavorativa definita dall'assicuratore LAINF resistente. Una conclusione analoga deve valere anche per il ginocchio destro. In effetti, dalle carte processuali, segnatamente dal rapporto relativo al periodo di accertamento professionale svoltosi a _____, non si evince che esso abbia in qualche modo rappresentato un impedimento per il ricorrente (si veda del resto il rapporto relativo alla visita _____ di chiusura, a margine della quale l'assicurato non aveva segnalato alcun problema a quel livello – cfr. doc. 181, p. 2). Dagli atti di causa emerge soltanto che nell'ottobre 2021 egli ha accusato un cedimento proprio al ginocchio destro con successiva contusione al suolo. Al riguardo, l'insorgente ha dichiarato che era ormai abituato ai cedimenti e di essersi curato da solo con l'applicazione di cerotti antidolorifici. Il caso è quindi stato liquidato quale infortunio bagatella (cfr. doc. 302). Non risulta infine documentato che il ricorrente sia portatore di una "amputazione di un dito e del pollice" (cfr. doc. I, p. 5). Dal rapporto operatorio del 18 dicembre 2018 si evince che il pollice sinistro era stato oggetto anni prima di un intervento di osteosintesi. Nel dicembre 2018 si è quindi proceduto all'asportazione di un restante filo di Kirschner (cfr. doc. 30, p. 1). In esito a quanto precede, non presta dunque il fianco a critiche la circostanza che il dott. _____ abbia definito l'esigibilità lavorativa dell'assicurato considerando soltanto lo stato del suo arto superiore destro. Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 sottolinea poi come dal rapporto 17 febbraio 2021 del Centro _____, il quale è stato sottoscritto anche da un medico (dott. _____), emerga un quadro valetudinario maggiormente compromesso rispetto a quello descritto dal medico _____ (poi fatto proprio dall'amministrazione per negare il diritto alla rendita), tanto che l'UAI ha finalmente assegnato all'insorgente una rendita intera fondata su un grado d'invalidità del 100%. Dal documento in questione si evince innanzitutto che, secondo gli estensori, la situazione dell'assicurato sarebbe "... più compromessa rispetto a quella indicata medicalmente. L'A. ha faticato soprattutto nel lavoro sopra l'orizzontale delle spalle, nella rotazione del polso, nella flessione-estensione, nella manualità fine, nella forza prensile e nella movimentazione di

pesi (con il braccio destro infortunato non è riuscito a sollevare praticamente nessun carico, mentre con quello sinistro fino ad un massimo all'incirca di 6 kg). Si sono rese necessarie inoltre delle brevi pause supplementari (più frequenti con il passare della giornata), in cui faceva dello stretching. Le tempistiche esecutive sono risultate ampiamente dilatate nell'insieme dei compiti, a causa sia della trasversalità delle limitazioni fisiche (soprattutto nelle attività pratico-manuali, ma anche in quelle amministrative, soprattutto se era richiesta la redazione cartacea) che dell'inesperienza e della bassa scolarità (in questo caso nei compiti amministrativi). I risultati sono stati generalmente poco apprezzabili, anche laddove dimostrava di avere competenze e conoscenze (il danno alla salute ne impediva di fatto il regolare svolgimento). Il rendimento è da considerarsi dunque ampiamente ridotto, quantificabile indicativamente in un metà tempo, e da intendersi come riduzione di rendimento.”. Pertanto, a loro avviso, “l'attività lavorativa potenziale per un reinserimento dovrebbe essere pratico-manuale, semplice ed esecutiva, oltre ad essere rispettosa dei numerosi limiti funzionali all'arto superiore destro. Tali alternative rappresentano delle opzioni, in cui svolgere eventuali prove, ma richiedono una scelta mirata del posto di lavoro (contesti lavorativi di nicchia). I settori emersi in sede di discussione sono quelli dei piccoli trasporti (attività già svolta in passato, la guida di automezzi pesanti non è più possibile), della vendita/consulenza, nell'ambito del Do-it-Yourself e edile (conoscenze di materiali e attrezzi) e industriale (predisposizioni pratiche e nell'utilizzo dei macchinari). Le patenti del muletto potrebbero ugualmente essere sfruttate in determinati contesti lavorativi. Le limitazioni fisiche, la bassa scolarità, l'età e la reperibilità stessa di posti di lavoro adeguati lasciano tuttavia difficilmente supporre in definitiva ad un reale reinserimento nel mercato del lavoro primario.” (doc. 245, p. 9 s. – il corsivo è del redattore). Chiamato a pronunciarsi su questo aspetto, il TCA precisa innanzitutto che, per costante giurisprudenza, l'assicurazione contro gli infortuni non è vincolata alla valutazione dell'invalidità dell'assicurazione per l'invalidità e viceversa (cfr. STF 9C_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007 consid. 6, pubblicata in: DTF 133 V 549 consid. 6; STF 9C_594/2016 del 18 novembre 2016 consid. 2.4; SVR 2016 UV n. 26 consid. 2.2; STF 9C_243/2017 del 2 giugno 2017 consid. 4.1; STF 9C_170/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STF 9C_341/2019 del 5 settembre 2019 consid. 3.1 e riferimenti ivi citati; STF 8C_563/2020 del 7 dicembre 2020 consid. 4.2.5; STF 8C_19/2021 del 27 aprile 2021 consid. 6; STF 8C_374/2021 del 13 agosto 2021 consid. 5.6; STF 8C_291/2021 del 12 ottobre 2021 e STF 8C_382/2021 del 19 ottobre 2021). Fatta questa premessa, il TCA non ritiene che le risultanze dell'osservazione professionale, in base alle quali il ricorrente sarebbe in definitiva impossibilitato a reinserirsi nel mercato del lavoro a causa degli impedimenti fisici legati al danno alla salute, dell'età, della scarsa scolarità e delle condizioni del mercato del lavoro medesimo, possano fungere da valido supporto a quanto sostenuto dal rappresentante dell'assicurato. In primo luogo, il fatto che la ricerca di un'occupazione sia resa difficoltosa dall'età, dal basso livello di scolarizzazione e/o dalle insufficienti attitudini professionali, costituisce un fattore estraneo al danno della salute e, in quanto tale, non è rilevante ai fini della commisurazione dell'invalidità. In questo contesto, non può essere ignorato che dalle motivazioni relative alla decisione di rendita del 24 gennaio 2022 risulta che l'UAI ha ritenuto irrealistico un reinserimento dell'assicurato sul mercato generale del lavoro, “ valutata la situazione dal profilo socio-professionale ” (doc. 327, p. 4 – il corsivo è del redattore). D'altra parte, il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di

manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 170 p. 899). Il mercato del lavoro accessibile ai lavoratori non qualificati è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (RCC 1989 p. 331 consid. 4a). Tuttavia, nell'industria e nell'artigianato, le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite delle macchine, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza che possono essere svolte da personale non qualificato o semi qualificato (cfr. SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3). Del resto, in una sentenza 8C_971/2008 del 23 marzo 2009, l'Alta Corte 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 n. 20 consid. 5.1, in cui il TF 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 (cfr. pure, fra le tante, la STCA 35.2017.2 del 2 ottobre 2017 consid. 2.6.). Occorre infine considerare che, conformemente a un'affermata giurisprudenza, i dati medici permettono generalmente un apprezzamento oggettivo del caso, di modo che essi prevalgono sulle constatazioni compiute in occasione di uno stage d'osservazione professionale, le quali sono suscettibili di essere state influenzate da fattori soggettivi legati al comportamento della persona assicurata nel corso dello stage (cfr. STF 9C_891/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3, 9C_426/2011 del 14 dicembre 2011 consid. 4.3 e 8C_776/2009 del 19 luglio 2010 consid. 52 e riferimenti ivi menzionati). 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 riguardante l'arto superiore destro. In queste condizioni, il TCA può esimersi dal dare seguito agli atti istruttori richiesti dall'avv. RA 1, segnatamente dal disporre l'esecuzione di una perizia medica pluridisciplinare, in quanto è già sin d'ora verosimile che da tali accertamenti non emergerebbero nuovi rilevanti elementi di valutazione. Al riguardo, va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri

provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., p. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.3.6. Trattandosi degli aspetti economici legati alla determinazione del grado dell'invalidità, va constatato che il rappresentante del ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione a proposito dei redditi ipotetici (reddito da valido [fr. 70'703/anno] e da invalido [fr. 68'717/anno], entrambi stabiliti in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati periodicamente dall'UFS - cfr. doc. 304) ritenuti dall'istituto assicuratore (cfr. doc. I). Questa Corte non ha pertanto validi motivi per discostarsene. Ora, raffrontando il reddito da valido di fr. 70'703 con quello da invalido di fr. 68'717, si ottiene un grado d'invalidità del 2.8%, arrotondato al 3% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. La decisione su opposizione impugnata merita dunque conferma nella misura in cui all'assicurato è stato negato il diritto a una rendita d'invalidità.

2.4. Entità della menomazione dell'integrità.

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. È 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 dott. _____, ha assegnato al ricorrente un'IMI del 20% (cfr. doc. 317, p. 5). Questo il tenore dell'apprezzamento elaborato dal medico _____ appena citato il

E. 31

agosto 2020: " (...). 1 Reperti Stato dopo frattura scomposta sottocapitata omero e frattura scomposta intrarticolare polso destro con dislocazione scafo lunata con stato dopo osteosintesi radio distale a destra il 25.10.2018 e osteosintesi omero prossimale destro il 18.10.2018 con AMO effettuata il 26.06.2019 a causa di trauma da caduta il 17.10.2018. 2 Valutazione del danno all'integrità 20% 3 Motivazione Secondo la tabella 1 LAINF un'abduzione della spalla di meno di 30° sopra il livello orizzontale viene valutata con un 10%. L'assicurato riesce ad eseguire un'abduzione di 120° e quindi per la spalla viene valutato un diritto ad IMI del 10%. Per il polso che presenta unicamente una ridotta mobilità viene valutata una IMI del 10%, un'artrosi completa verrebbe valutata con un 15%, ma l'assicurato riesce ancora ad eseguire leggeri movimenti. Per questo motivo un 10% per il polso destro viene confermato. IMI totale per spalla e polso 20%." (doc. 180, p. 1) Da parte sua, l'avv. RA 1 fa valere che l'indennità riconosciuta dall'CO 1 non sarebbe equa a fronte del fatto che, a seguito dell'infortunio del ottobre 2018, l'assicurato avrebbe reliquiato una "menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale e psichica". Egli chiede quindi che venga esperito un "accertamento medico-teorico della limitazione corporale, psichica e mentale del danno", visto che gli accertamenti compiuti dall'amministrazione non avrebbero "tenuto conto di tutti gli elementi accertati pendente istruttoria" (cfr. doc. I, p. 6). Chiamato a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, il TCA non vede ragioni per scostarsi dalla valutazione della menomazione dell'integrità enunciata dal dott. _____. Del resto, il parere del medico _____ non risulta smentito da altre certificazioni specialistiche agli atti. Quanto genericamente sostenuto in proposito con il ricorso non appare atto a generare dei dubbi, neppure lievi, circa l'affidabilità del parere espresso dal medico _____. In particolare, così come già rilevato in precedenza, non risulta dimostrato che l'insorgente soffra di turbe psichiche, né tanto meno che egli presenti una "amputazione di un dito e del pollice". Inoltre, la pretesa pneumopatia reumatica non ha nulla a che vedere con l'evento traumatico

assicurato. Per quanto concerne infine i disturbi ginocchio destro, essi sono (semmai) imputabili a un pregresso infortunio (cfr. doc. 302) e, pertanto, esulano dalla presente procedura (con la decisione impugnata, l'CO 1 ha infatti definito la menomazione dell'integrità dipendente dal sinistro del 17 ottobre 2018). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui il ricorrente è stato posto al beneficio di un'IMI del 20%. 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 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 4 febbraio 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107) .

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