

TI_GERICHTE 35.2022.4 vom 30. März 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-03-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.4

FR: TI_GERICHTE 35.2022.4 du 30 mars 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.4 del 30 marzo 2022

Erwägungen

E. 18

marzo 2019, consid. 2.2.2; STCA 35.2020.86 dell'8 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2020.98 del 26 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.3.1).

Di parere opposto è il ricorrente, il quale fa valere che lo stato della sua spalla destra non era ancora stabilizzato al momento della decisione dell'CO 1 (cfr. supra, consid. 1.7.).

Occorre pertanto vagliare la documentazione medica agli atti.

Il rapporto del dr. _____ indirizzato al collega dr. _____ della Clinica _____ di _____ (ove l'assicurato ha soggiornato per sottoporsi a un trattamento riabilitativo semi-stazionario, cfr. doc. 88), per la parte relativa all'anamnesi e al procedere ha il seguente tenore:

In occasione della visita di chiusura del 20 novembre 2020, l'assicurato ha dichiarato al medico _____ che la situazione clinica gli sembrava stazionaria e che grazie alla fisioterapia non aveva ottenuto benefici di rilievo. Il fiduciario si è quindi così espresso:

Dopo aver proceduto come indicato dal dr. _____, il dr. _____ ha ritenuto che non vi fossero più opzioni chirurgiche suscettibili di migliorare sensibilmente lo stato della spalla destra (cfr. doc. 160).

La decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata, perlomeno nella misura in cui sancisce che al 1. febbraio 2021 lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. L'assicuratore LAINF resistente era legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (spese di cura e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata, specificatamente quello a una rendita d'invalidità.

Nel relativo rapporto, dopo aver dichiarato che molto probabilmente la precedente attività di muratore e posatore di ponteggi non sarebbe più stata esigibile in misura completa, il dr. _____ ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro in un'attività che rispetti i limiti funzionali da lui descritti, con rendimento completo e senza necessità d'introdurre delle pause aggiuntive (cfr. doc. 122: L'assicurato ha limitazioni al sollevamento e al porto di pesi con due braccia all'altezza dei fianchi che è possibile molto spesso o solo per pesi molto leggeri fino a 5 kg e spesso per pesi leggeri da 5 a 10 kg ma non più per pesi superiori ai 10 kg. È inoltre in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg utilizzando prevalentemente l'arto controlaterale sinistro, ma non è più esigibile il sollevamento dei pesi oltre i 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato può maneggiare attrezzi leggeri e di precisione molto spesso, medi spesso, pesanti di rado, molto pesanti mai. La rotazione della mano destra è possibile talvolta. L'assicurato non può eseguire lavori sopra la testa e non può salire sulle scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in

equilibrio possibile. L'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari. ■■ il corsivo è del redattore).

Il ricorrente sostiene, in sintesi, che siccome la situazione valetudinaria non sarebbe ancora stata stabilizzata al momento della visita di chiusura, l'accertamento della capacità lavorativa residua da parte del dr. _____ era prematura (cfr. doc. I, pag. 5).

In concreto, già si è detto che lo stato di salute infortunistico del ricorrente era stabilizzato al momento della visita medica di chiusura (e, a maggior ragione, lo era al momento dell'emanazione della decisione formale) (cfr. supra, consid. 2.3.3. in fine). La documentazione medica successiva ha suffragato tale conclusione e, del resto, non è stata prodotta alcuna certificazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni del medico _____.

Alla luce di tutto quanto precede, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233, consid. 3c, 117 V 278, consid. 2b con riferimenti ivi citati), va ritenuto dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza che l'insorgente sarebbe in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente alle limitazioni dipendenti dal danno infortunistico interessante la spalla destra.

Va constatato che il rappresentante del ricorrente non ha sollevato alcuna obiezione in merito ai redditi ipotetici da raffrontare (reddito da valido di fr. 71'317/anno e reddito da invalido di fr. 68'717/anno senza riduzioni di sorta), entrambi stabiliti dall'istituto assicuratore in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati periodicamente dall'UFS (cfr. docc. 164 e 165). Questa Corte non ha pertanto validi motivi per scostarsene.

Ora, raffrontando il reddito da valido di fr. 71'317 con quello da invalido di fr. 68'717, si ottiene un grado d'invalidità del 3.65%, arrotondato al 4% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità.

La decisione su opposizione impugnata merita dunque conferma anche nella misura in cui all'assicurato è stato negato il diritto ad una rendita d'invalidità.

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). È utile precisare che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (cfr. RAMI 2005 U 557 pag. 388; STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6.; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017, consid. 2.3.3; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.2.2; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.2.2; STCA 35.2020.86 dell'8 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2020.98 del 26 marzo 2021, consid. 2.3.1; STCA 35.2021.58 del 18 ottobre 2021, consid. 2.3.1). 2.3.2. Nel caso di specie,

dalla decisione su opposizione impugnata, dalla decisione formale e dalla documentazione agli atti (doc. 179, doc. 166 e doc. 122) risulta che l'assicuratore resistente ha ritenuto ormai stabilizzate le condizioni di salute dell'assicurato a far tempo dal novembre 2020, siccome non vi erano più provvedimenti terapeutici atti a migliorare notevolmente la situazione a livello della spalla destra (cfr. doc. III, p.to 2). Di parere opposto è il ricorrente, il quale fa valere che lo stato della sua spalla destra non era ancora stabilizzato al momento della decisione dell'CO 1 (cfr. supra, consid. 1.7.). Occorre pertanto vagliare la documentazione medica agli atti. Il rapporto del dr. _____ indirizzato al collega dr. _____ della Clinica _____ di _____ (ove l'assicurato ha soggiornato per sottoporsi a un trattamento riabilitativo semi-stazionario, cfr. doc. 88), per la parte relativa all'anamnesi e al procedere ha il seguente tenore: " Si tratta di un paziente che ho operato il 16.7.2019 per una lesione del tendine sovraspinato, del tendine infraspinato e del terzo superiore del sottoscapolare alla spalla destra. Si trattava quindi di una lesione a seguito di una caduta accidentale da circa 2-3 metri con ricezione a livello prima sulla schiena e poi sulla spalla destra. Vista la presenza di tre lesione dei tendini della cuffia dei rotatori si è optato per un intervento chirurgico. A 6-7 mesi dall'intervento chirurgico il paziente presenta sempre una sintomatologia algica durante i movimenti di antepulsione e di abduzione con una mobilità articolare che non va oltre il piano orizzontale. Ho quindi nuovamente organizzato una nuova risonanza magnetica il 27.2.2020 che mostra che i tre tendini sono stati suturati in maniera regolare. (...)" (doc. 89) Successivamente alla degenza e dopo aver visitato l'assicurato, con rapporto del 12 ottobre 2020, il dr. _____ ha così valutato la situazione valetudinaria dell'assicurato: " Ci troviamo di fronte ad un paziente che a 13 mesi dall'intervento chirurgico (recte: 15 mesi, cfr. supra, consid. 1.1.) continua ad accusare dei dolori ai movimenti, ma soprattutto con una ridotta mobilità articolare. È vero che da un lato la RM ha mostrato che i tendini sono stati ben riparati, ma dall'altro abbiamo un paziente che nonostante la buona volontà continua ad avere una ridotta mobilità articolare. Prima di concludere che abbia raggiunto la massima mobilità articolare penso che dobbiamo ancora aspettare i classici 18 mesi dall'intervento chirurgico. (...)" (doc. 117) In occasione della visita di chiusura del 20 novembre 2020, l'assicurato ha dichiarato al medico _____ che la situazione clinica gli sembrava stazionaria e che grazie alla fisioterapia non aveva ottenuto benefici di rilievo. Il fiduciario si è quindi così espresso: " Siamo a più di 15 mesi dall'intervento eseguito. Non sono stati proposti dall'ortopedico curante trattamenti in grado di migliorare ulteriormente la situazione. Viene richiesta solo prosecuzione della fisioterapia che apparentemente non sta dando particolari risultati. (...). La situazione appare stazionaria. Lo specialista ortopedico non ha proposto trattamenti in grado di migliorare sensibilmente la situazione dell'assicurato. Il quadro è valutabile. (...)." (doc. 122) Il dr. _____ ha tuttavia chiesto all'CO 1 se fosse possibile disporre una seconda opinione da parte del dr. _____, richiesta alla quale l'CO 1 ha aderito (docc. 144 e 145). Il dr. _____, a fronte dello stato oggettivamente, si è così espresso nel suo rapporto del 6 maggio 2021: " (...) Ich glaube, dass mechanisch keine eindeutige Verbesserung erreicht werden kann. (...). Ich glaube, dass beim Patienten nun noch eine subcromiale und intraarticuläre Infiltration erfolgen sollte. (...). Wenn beide nicht angeben, scheint mir das Problem sicher nicht in der Schulter zu sein, sondern im Bereich versicherungstechnischer Überlegungen." (doc. 151) Dopo aver proceduto come indicato dal dr. _____, il dr. _____ ha ritenuto che non vi fossero più opzioni chirurgiche suscettibili di migliorare sensibilmente lo stato della spalla destra (cfr. doc. 160). 2.3.3. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale constata che dalla

documentazione medica esposta in precedenza emerge in modo chiaro che, tenuto conto della situazione oggettivamente a livello della spalla destra, gli specialisti intervenuti hanno negato in maniera univoca l'indicazione a sottoporre l'insorgente a un ulteriore intervento operatorio, ritenendo che le sue condizioni di salute infortunistiche fossero ormai stabilizzate. Le obiezioni sollevate in proposito dal rappresentante del ricorrente, già per il fatto che non risultano supportate da pareri medici specialistici, non appaiono atte a generare dei dubbi, neppure lievi, circa la correttezza del parere del medico _____.

Non risulta pertanto dimostrato che dopo il mese di novembre 2020 esistessero ancora delle misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche del ricorrente, rispettivamente, non risulta dimostrato che successivamente alla visita di chiusura del 20 novembre 2020 la situazione della spalla destra si fosse in qualche modo aggravata. La decisione su opposizione impugnata deve dunque essere confermata, perlomeno nella misura in cui sancisce che al 1. febbraio 2021 lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF.

L'assicuratore LAINF resistente era legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (spese di cura e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata, specificatamente quello a una rendita d'invalidità.

2.4. Entità del grado dell'invalidità.

2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un

esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TF ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STF U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STF del 30 giugno 1994 succitata). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età

vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.4.3. Nel caso di specie, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di rifiutare all'assicurato una rendita d'invalidità, vi è essenzialmente l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciato dal medico _____ a margine della visita di chiusura del 20 novembre 2020 (cfr. doc. 122). Nel relativo rapporto, dopo aver dichiarato che molto probabilmente la precedente attività di muratore e posatore di ponteggi non sarebbe più stata esigibile in misura completa, il dr. _____ ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro in un'attività che rispetti i limiti funzionali da lui descritti, con rendimento completo e senza necessità d'introdurre delle pause aggiuntive (cfr. doc. 122: "L'assicurato ha limitazioni al sollevamento e al porto di pesi con due braccia all'altezza dei fianchi che è possibile molto spesso o solo per pesi molto leggeri fino a 5 kg e spesso per pesi leggeri da 5 a 10 kg ma non più per pesi superiori ai 10 kg. È inoltre in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg utilizzando prevalentemente l'arto controlaterale sinistro, ma non è più esigibile il sollevamento dei pesi oltre i 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato può maneggiare attrezzi leggeri e di precisione molto spesso, medi spesso, pesanti di rado, molto pesanti mai. La rotazione della mano destra è possibile talvolta. L'assicurato non può eseguire lavori sopra la testa e non può salire sulle scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in equilibrio possibile. L'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è da ritenersi abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari ." – il corsivo è del redattore). Il ricorrente sostiene, in sintesi, che siccome la situazione valetudinaria non sarebbe ancora stata stabilizzata al momento della visita di chiusura, l'accertamento della capacità lavorativa residua da parte del dr. _____ era prematura (cfr. doc. I, pag. 5). In concreto, già si è detto che lo stato di salute infortunistico del ricorrente era stabilizzato al momento della visita medica di chiusura (e, a maggior ragione, lo era al momento dell'emanazione della decisione formale) (cfr. supra, consid. 2.3.3. in fine). La documentazione medica successiva ha suffragato tale conclusione e, del resto, non è stata prodotta alcuna certificazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni del medico _____. Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni agli arti superiori, in particolare alle spalle: in sostanza, si tratta dell'impossibilità di sollevare, rispettivamente, trasportare pesi anche solo relativamente importanti nonché d'ingaggiare l'arto superiore interessato in mansioni da eseguire al di sopra dell'orizzontale (cfr., fra le tante, STCA 35.1998.63 del

E. 23

novembre 1998 e 35.1998.117 del 29 luglio 1999, confermata dal TF con pronuncia U 296/99 del 3 gennaio 2000). La valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico di fiducia dell'CO 1, risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che hanno lamentato limitazioni nell'utilizzo

degli arti superiori. Ad esempio, in una sentenza inedita del 12 novembre 1996 nella causa I., il 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 tutto quanto precede, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233, consid. 3c, 117 V 278, consid. 2b con riferimenti ivi citati), va ritenuto dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza che l'insorgente sarebbe in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente alle limitazioni dipendenti dal danno infortunistico interessante la spalla destra. Va constatato che il rappresentante del ricorrente non ha sollevato alcuna obiezione in merito ai redditi ipotetici da raffrontare (reddito da valido di fr. 71'317/anno e reddito da invalido di fr. 68'717/anno senza riduzioni di sorta), entrambi stabiliti dall'istituto assicuratore in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati periodicamente dall'UFS (cfr. docc. 164 e 165). Questa Corte non ha pertanto validi motivi per scostarsene. Ora, raffrontando il reddito da valido di fr. 71'317 con quello da invalido di fr. 68'717, si ottiene un grado d'invalidità del 3.65%, arrotondato al 4% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità. La decisione su opposizione impugnata merita dunque conferma anche nella misura in cui all'assicurato è stato negato il diritto ad una rendita d'invalidità. 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 18 gennaio 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. STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 e 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.