

TI_GERICHTE 35.2022.85 vom 14. Januar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-01-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.85_d20150114

FR: TI_GERICHTE 35.2022.85 du 14 janvier 2015

IT: TI_GERICHTE 35.2022.85 del 14 gennaio 2015

Regeste

Corretta la decisione con la quale assicuratore ha rifiutato di aumentare la rendita di invalidità del 19% in vigore, così come l'entità dell'IMI del 10% concessa

Erwägungen

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. L'oggetto della lite è circoscritto alla questione di sapere se l'Istituto assicuratore era legittimato a negare un aumento della rendita d'invalidità in vigore, oppure no, nonché l'entità dell'IMI. 2.3. Aumento della rendita d'invalidità in vigore? 2.3.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA - nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022, qui applicabile in virtù della disposizione transitoria di cui all'art. 82a LPGGA – “per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita: a. subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali; o b. aumenta al 100 per cento”. L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dagli assicuratori contro gli infortuni, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.). 2.3.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute

ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. 2.3.3. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.3.4. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.3.5. Nella presente fattispecie, la decisione dell'CO 1 di porre l'insorgente al beneficio di una rendita d'invalidità del 19% a far tempo dal 1° ottobre 2015, per i postumi dell'infortunio del 30 gennaio 2012, risultava fondata, dal profilo medico, sulla valutazione espressa dal suo medico di fiducia (cfr. doc. 172 fasc. 1). Dalle carte processuali si evince, in effetti, che con referto del 1° ottobre 2014 concernente la visita _____ del 29 settembre 2014, il dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico _____ dell'assicuratore LAINF, riferendosi ai dolori presentati dall'interessato alla spalla sinistra, aveva considerato che gli stessi non apparissero "ben spiegabili all'esame odierno siccome si nota una buona funzionalità e una forza ben conservata. Si nota anche un buon miglioramento della motricità e della forza rispetto all'ultima visita del 2013", concludendo, quindi, che l'assicurato andava ritenuto "abile al lavoro nella misura massima possibile" (doc. 161 fasc. 1). A seguito del nuovo infortunio del 2020, in occasione della visita medica di chiusura del 10 febbraio 2022, il dr. _____, anch'egli spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, ha osservato: "(...)
Apprezzamento Dichiarazioni soggettive dell'assicurato Alla spalla destra ha ancora dolori ricorrenti e difficoltà a mantenere l'arto sopraelevato oltre l'orizzonte a lungo e a svolgere lavori con arti a sbalzo e sopraelevati. Ritene di non poter svolgere il lavoro in essere in precedenza. Reperti oggettivi Limitazione dell'articolarietà attiva al di sopra dell'orizzonte come sopra riportato. Qualche dato incongruente come le prove di forza con una discrepanza fra Jamar e Pinch rispetto alla prensione misurata manualmente. Articolarietà passiva limitata ai gradi estremi. Proposte diagnostiche e terapeutiche Allo stato attuale non sono stati proposti trattamenti in grado di migliorare in modo importante la situazione. Non sono in corso cure fisioterapiche. L'assicurato potrà proseguire con esercizi autogestiti a

domicilio. È previsto a breve un ultimo controllo presso gli specialisti ortopedici. Aspetti medico-assicurativi Il quadro clinico è valutabile. È possibile un frazionale miglioramento sintomatologico. Si ritiene comunque che l'attività in essere in precedenza non sia più esigibile in misura completa, si rivaluta pertanto l'esigibilità al lavoro complessivamente per la spalla destra e sinistra, riesaminando quella posta a suo tempo per la spalla sinistra nel caso _____.

Esigibilità del lavoro L'assicurato è abile in un lavoro che preveda il sollevamento e porto di pesi molto leggeri e leggeri fino a 5 kg con due braccia all'altezza dei fianchi, pesi medi solo talvolta ma mai più pesi superiori a 25 kg, è inoltre esigibile il sollevamento oltre l'altezza del petto di pesi fino a 5 kg, utilizzando prevalentemente l'arto superiore sinistro ma mai più pesi superiori a 5 kg. L'assicurato è inoltre abile in un lavoro leggero e di precisione e medio, solo di rado può eseguire un lavoro pesante ma mai più molto pesante. La rotazione della mano è possibile molto spesso. Non sono più esigibili lavori sopra la testa, mentre sono esigibili lavori che prevedono la rotazione del busto, la posizione seduta e inclinata in avanti, in piedi e inclinata in avanti, inginocchiata e con flessione delle ginocchia, altrettanto possibile la posizione seduta e in piedi di lunga durata, così come la posizione a libera scelta. Non vi sono limitazioni particolari all'atto di camminare per lunghi tratti su terreno piano o anche accidentato e salire le scale, mentre non è più esigibile l'atto di salire le scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile con le limitazioni sopraesposte, equilibrio e stare in equilibrio possibile. L'assicurato in un lavoro che rispetti l'esigibilità espressa è abile in misura completa con rendimento completo e senza pause supplementari. Per quanto riguarda il diritto ad IMI per la spalla dx si detta un rapporto separato a parte. Per quanto riguarda la spalla sinistra la situazione è già stata valutata in occasione della precedente visita medico-assicurativa e non viene modificata.”

(Doc. 148 fasc. 2) 2.3.6. 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).

2.3.7. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario - specialista nella materia che qui ci occupa - e posta alla base della decisione avversata. L'insorgente, del resto, non ha prodotto documentazione medico-specialistica in grado di smentire o rimettere in discussione le conclusioni del dr. _____, limitandosi unicamente a criticare il fatto che l'amministrazione avrebbe tenuto conto solo dei disturbi alla spalla destra, omettendo di procedere ad un riesame delle possibili ulteriori artrosi interessanti la spalla sinistra. Per tali ragioni, egli ha quindi chiesto che l'assicuratore infortuni sia tenuto ad effettuare una rivalutazione medica concernente entrambe le spalle (doc. I). Tali contestazioni non possono essere accolte dal TCA, essendo smentite dagli atti. Dal referto della visita medica di chiusura del dr. _____ risulta, infatti, che "motivo della visita" era proprio la "determinazione dei postumi infortunistici per il caso in oggetto e valutazione dell'esigibilità complessiva per il caso in oggetto e per il caso _____" (vale a dire l'infortunio del 30 gennaio 2012, n.d.r.). Inoltre, nel motivare il proprio apprezzamento, il dr. _____ ha espressamente rilevato che "si rivaluta pertanto l'esigibilità al lavoro complessivamente per la spalla destra e sinistra, riesaminando quella posta a suo tempo per la spalla sinistra nel caso _____" (cfr. doc. 148 pag. 1 fasc. 2, il corsivo è della redattrice). Alla luce di queste chiare considerazioni espresse dal medico fiduciario dell'assicuratore LAINF, non occorre, dunque, dilungarsi oltre sull'argomento.

2.3.8. Occorre ora esaminare se, a fronte di una piena exigibilità in attività adeguate, la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un peggioramento tale da giustificare un aumento della rendita del 19% della quale già beneficia, come da lui preteso, oppure no.

2.3.9. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'amministrazione, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurato, nel 2022, avrebbe realizzato un guadagno annuo di fr. 71'574.-. Questo importo è stato calcolato dall'amministrazione facendo riferimento ai dati statistici, con la seguente motivazione: " (...) considerato che la ditta al momento del primo infortunio (_____ di _____) è fallita, conformemente alla giurisprudenza in vigore, il salario da valido dev'essere calcolato tramite i dati dell'Ufficio Federale di

Statistica. Lo stesso attraverso la propria pubblicazione "Rilevazione Svizzera della struttura dei salari 2018" rivalutata nominalmente al 2022, indica che un uomo adibito ad attività pratiche nel settore economico delle costruzioni percepisce un salario annuo mediano di CHF 71'574.00 (TA1_tirage_skill_level, ramo economico 41-43, uomini, livello 1, 41.1 h/sett, rivalutazione nominale con T1.2.15F, per il 2019: +1.0%, per il 2020: +0.8%, stima trimestrale per il 2021 e 2022: +0.1% per ogni anno)." (Doc. 189 fasc. 1) Dopo le contestazioni sollevate in sede di opposizione (cfr. doc. 171) riguardo a tale modo di procedere dell'Istituto assicuratore, quest'ultimo, in sede di decisione su opposizione, ha confermato la correttezza del reddito da valido calcolato, osservando: " la CO 1 ha quantificato il guadagno da valido facendo capo ai dati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica e più precisamente alla TA, profilo 1, ramo 41-42, essendo il datore di lavoro per il quale l'assicurato era attivo al momento dell'infortunio del 2012 fallito. L'assicurato contesta tale modo di procedere in quanto egli dal maggio 2014 al maggio 2016 era stato attivo quale autista indipendente. Si trattava, così come risulta dal rapporto del 29.9.2014, di un'attività pesante che non rispettava i limiti funzionali allora ritenuti dal medico _____ . La CO 1 non è mai stata edotta in merito al salario che percepiva l'assicurato né allora né oggi con l'opposizione. Se il salario effettivo fosse stato superiore a quello ritenuto per il raffronto dei redditi la CO 1 avrebbe versato a torto la rendita di invalidità. In ogni caso gli estremi per ritenere un livello superiore, secondo la TA1, non sono dati in quanto l'assicurato, che non dispone di nessuna qualifica, si è sempre e solo occupato di guidare il camion e caricare/scaricare lo stesso." (Doc. A) Con il ricorso il legale dell'insorgente ha nuovamente contestato il reddito da valido calcolato dall'amministrazione, fornendo la seguente motivazione: " 6. RI 1 aveva fatto presente in termini inequivocabili che tra l'infortunio per il quale è stato posto al beneficio di una rendita a far tempo dal 2012 e quello qui in esame, ha assunto un'attività lavorativa quale trasportatore in proprio fino al 2016 allorquando è poi stato assunto dalla _____ di _____. Lo ha fatto, quantunque non sia stato oggetto di istruttoria poiché a motivo dei dolori che soffriva nello svolgere l'altra attività imprenditoriale non era più in grado di darvi seguito. Pertanto ritenere che si debba applicare le statistiche svizzere è del tutto fuorviante poiché egli, nel frattempo, in un'età nella quale chiaramente il salario poteva ragionevolmente aumentare, aveva assunto un'attività imprenditoriale indipendente. Per questo motivo devono essere ritenuti dei dati salari ben diversi. Se si vuole applicare le RSS si deve far capo ad una categoria diversa, ciò che si chiede sia. Stante la particolare situazione dell'assicurato si richiede che il guadagno da valido del medesimo venga calcolato sulla scorta non già del guadagno conseguito ad oggi con le dovute rivalutazioni, ma che venga in particolare tenuto presente l'attività quale camionista in proprio adeguando, se si vogliono applicare i dati statistici, ad una media quello relativo ad un'attività 1 quella in un'attività nel gruppo 3. Altra possibilità ragionevolmente non sussiste." (Doc. I pag. 4) Nella risposta di causa, l'Istituto assicuratore ha ancora una volta confermato la correttezza del proprio agire, per le seguenti ragioni: " 8.Per quanto riguarda il raffronto dei redditi l'amministrazione ha quantificato il guadagno teorico esigibile in base ai dati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (RSS, TAI, profilo 1, ramo 41-42). 9. L'assicurato pretende che debba essere applicata la media fra il livello 1 e il livello 3. 10. Il percorso professionale dell'assicurato non permette di accedere a tale richiesta e questo anche se egli per un breve periodo è stato attivo quale autista indipendente. L'assicurato, da quando ha cominciato a lavorare, dopo avere terminato le scuole d'obbligo, ha svolto lavori di manovalanza (aiuto gessatore, manovale, aiuto muratore, aiuto carpentiere). 11. È utile

ricordare che per la classificazione degli impieghi l'accento è posto sul genere di attività che la persona interessata è in grado di svolgere in funzione delle sue qualifiche e non più sulle qualifiche in quanto tali. Il livello 1 è il più basso e corrisponde alle mansioni fisiche e manuali semplici, mentre il livello 4 è il più elevato e raggruppa le attività che richiedono la risoluzione di problemi compositi e l'assunzione di decisioni complesse, che presuppongono un'ampia conoscenza fattuale e teorica in un ambito specifico (ne fanno parte, ad esempio, i direttori, i quadri di direzione e i gerenti, come pure le professioni intellettuali e scientifiche). Tra questi due estremi figurano le professioni dette intermedie (livelli 3 e 2). Il livello 3 implica delle attività pratiche complesse che necessitano ampie conoscenze in un ambito specifico (in particolare, i tecnici, i supervisori, gli intermediari o il personale infermieristico). Il livello 2 si riferisce alle attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l'elaborazione dei dati e l'amministrazione, l'utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza e la guida di veicoli (cfr. DTF 9C 370/2019 del 10.7.2019 consid. 4.1).

12. Non si vede come l'assicurato avrebbe potuto accedere non solo al livello 3 (attività pratiche complesse) ma nemmeno al livello 2 (attività pratiche qualificate). Sintomatico è il fatto che l'assicurato stesso nel ricorso sottolinea di non avere nessuna formazione né esperienza lavorativa al di fuori di quella del ramo lavorativo svolto.

13. Fra l'altro, anche se si volesse fare capo al livello 2, il discapito non raggiungerebbe il 19% (fr. 5'962.-: 40 x 41.6 ore x 12 = fr. 74'40S.76 risp., vista l'evoluzione salariale, fr. 75'902.59 che, paragonato al salario da valido di fr. 71'574.-, comporta una perdita del 5.7%). Non c'è chi non veda poi che se l'assicurato fosse in grado di ambire a delle attività qualificate tale ambizione non potrebbe non ripercuotersi anche sul guadagno da valido pure quantificato in base alla TAI, livello 1, ramo 41-42." (Doc. III)

Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene corretto il modo di procedere dell'amministrazione. Contrariamente a quanto preteso dal legale dell'insorgente – il quale, vista l'attività indipendente svolta dall'interessato dal 2014 al 2016, ha chiesto che il reddito statistico secondo RSS venga calcolato facendo riferimento al valore medio tra il livello di qualifica 1 e il livello 3 del settore considerato dall'amministrazione (cfr. doc. I) - questo Tribunale non reputa applicabile nel caso di specie, alla luce della giurisprudenza in materia, un livello di qualifica 2 o 3, ritenuto che l'assicurato non dispone di qualifica alcuna e si è sempre e solo occupato di guidare il camion e caricare/scaricare lo stesso. Al riguardo, va ricordato, innanzitutto, che nel caso di specie l'assicurato, per sua stessa ammissione, non dispone di alcuna formazione: ciò preclude, quindi, l'applicazione del livello di competenza 3, il quale concerne attività pratiche complesse che richiedono una conoscenza approfondita in un settore speciale. Parimenti inapplicabile alla fattispecie concreta il livello di qualifica 2.

Come ancora ribadito dall'Alta Corte nella STF 8C_156/2022 del 29 giugno 2022 pubblicata in SVR 12/2022 UV nr. 47, non basta una lunga esperienza professionale per rivendicare il livello 2 invece che il livello 1. Secondo costante giurisprudenza, difatti, per utilizzare il livello 2 servono attitudini e conoscenze particolari che permettano di immaginare la messa a frutto di tali attitudini al di fuori della professione appresa, ad es. una esperienza di direzione, delle formazioni continue supplementari o altre qualifiche particolari acquisite durante l'attività. Tali circostanze non sono evidentemente date nel caso di specie. Inoltre, se anche si volesse, come preteso dal legale dell'insorgente, tenere conto del fatto che durante un periodo di due anni (dal 2014 al 2016) l'assicurato abbia svolto un'attività indipendente, ciò non sarebbe comunque sufficiente per giustificare l'utilizzo di un livello di competenza 2. L'assicurato stesso, infatti, non ha fatto valere di avere nel contempo pure svolto compiti amministrativi o altre mansioni necessitanti di

competenze particolari: non vi è quindi la possibilità di far capo al livello di qualifica 2 (cfr. sul tema STF 8C_801/2021 del

E. 28

giugno 2022 pubblicata in SVR 11/2022 UV Nr 36), ma appare corretto il riferimento al livello di competenza 1 utilizzato dall'amministrazione. 2.3.10. Per quel che concerne il reddito da invalido , lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006; STCA 32.2016.125 del 12 luglio 2017, consid. 2.10). 2.3.11. Nella presente fattispecie, l'CO 1 ha stabilito il reddito da invalido in fr. 69'061 facendo capo ai salari statistici contenuti nella tabella RSS TA1 2018, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2022 (cfr. doc. A). Tale importo, desunto dai rilevamenti statistici, e rimasto a ragione incontestato dal rappresentante dell'assicurato, può essere fatto proprio da questa Corte. 2.3.12. L'amministrazione non ha reputato di dovere operare alcuna riduzione sociale a questo importo. Il patrocinatore del ricorrente ha contestato l'operato dell'Istituto assicuratore, ritenendo che, nel caso di specie, andrebbe applicata una riduzione sociale del salario statistico da invalido del 15% almeno, in particolare per tenere conto della necessità dell'interessato, che ha sempre e solo svolto l'attività di camionista e non dispone di alcuna esperienza la di fuori di tale professione, di dover cambiare completamente attività lavorativa (doc. I). In concreto, questo Tribunale segnala che, secondo la giurisprudenza federale più recente, una riduzione si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_495/2019

dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure ARES BERNASCONI, “8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d’invalides selon l’ATF 126 V 75”, in: SZS/RSAS 1/2021 n. 49; cfr. pure la STCA 35.2021.86 del 23 maggio 2022, consid. 2.6.9). Ora, nel caso di specie, dalla documentazione medica che questa Corte ha giudicato affidabile emerge che, nonostante il danno salute, l’assicurato sarebbe ancora in grado di esercitare, senza limiti di tempo o di rendimento, attività lavorative leggere, sia in posizione seduta, che in posizione eretta, ad esclusione dei lavori da svolgere sopra la testa (cfr. doc. 148 fasc. 2). Secondo il TCA, tenuto conto dell’esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione a tale titolo non appare giustificata. Posto che l’assicurato è in grado di esercitare delle attività lavorative adeguate a tempo pieno e con un rendimento completo, non può entrare in considerazione alcuna riduzione a titolo di grado d’occupazione. Anche l’età del ricorrente (nato nel 1967) non giustifica una decurtazione a tale titolo del reddito statistico da invalido (in questo senso, si veda la STF 8C_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2, pubblicata in DTF 148 V 195, concernente un assicurato di 61 anni, in cui la Corte federale ha rilevato che, in base alle rilevazioni RSS, nel caso di uomini che si trovano nella fascia tra i 50 e i 64/65 anni, l’età comporta piuttosto un aumento del livello retributivo, trattandosi di posti di lavoro senza funzione di quadro e che, in concreto, il ricorrente non era stato in grado d’indicare per quali motivi, su un mercato del lavoro equilibrato, egli avrebbe guadagnato meno in ragione della sua età e la già citata STF 8C_256/2021 consid. 10.2, in cui è stato negato che l’età dell’assicurato, nato nel 1964, giustificava l’applicazione di una riduzione sociale). Del resto, non può nemmeno essere ignorato che al momento della nascita dell’eventuale diritto ad un aumento della rendita, l’insorgente aveva un’età ancora piuttosto lontana da quella ordinaria di pensionamento (in questo senso, si veda la STF 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2, riguardante proprio un assicurato cinquantenne). In questo contesto, si consideri pure che la questione di sapere se, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, il fattore età costituisce un criterio di riduzione oppure se, in questo ambito, l’incidenza dell’età sulla capacità di guadagno deve essere presa in considerazione soltanto nel quadro della norma particolare di cui all’art. 28 cpv. 4 OAINF; non è ancora stata decisa dal Tribunale federale (in questo senso, cfr. ancora la succitata STF 8C_466/2021 consid. 3.6.1; cfr. pure la STCA 35.2021.86 del 23 maggio 2022, consid. 2.6.9). Inoltre, nella STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016 consid. 5.4.3, pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17, l’Alta Corte federale ha precisato che in caso d’applicazione del livello di qualifiche 1 della RSS sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche (in questo senso, si veda pure la 8C_35/2019 del 2 luglio 2019 consid. 6.3). Lo stesso vale a proposito dell’assenza di formazione (cfr. STF 8C_48/2021 del 20 maggio 2021 consid. 4.3.4) e di esperienza in taluni ambiti di attività (cfr., tra le tante, STF 8C_659/2021 del 17 febbraio 2022 consid. 4.3.2, STF 8C_603/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 6.2, STF 8C_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2 e STF 8C_46/2018 dell’11 gennaio 2019 consid. 4.4; cfr. pure STCA 35.2021.86 del 23 maggio 2022, consid. 2.6.9). Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell’amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, non operando alcuna deduzione sociale, l’CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. 2.3.13. Confrontando ora il reddito

da invalido di fr. 69'061 con il relativo reddito da valido di fr. 71'574, si ottiene un grado d'invalidità del 3.51% ($(71'574 - 69'061) \times 100 : 71'574 = 3.51\%$ arrotondato al 4% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). La decisione su opposizione, mediante la quale è stato negato l'aumento della rendita d'invalidità in vigore del 19%, deve quindi essere confermata.

2.4. Entità dell'indennità per menomazione all'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. GHÈLEW / 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. 308ss. 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. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF 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. Nella concreta evenienza, con apprezzamento medico dell'11 febbraio 2022, il dr. _____ ha rilevato che: " Apprezzamento medico del 10.02.2022 1 Reperti L'assicurato è portatore di postumi importanti e durevoli in seguito a lesione cuffia dei rotatori spalla destra. Stato dopo ricostruzione del sovraspinato più infraspinato, tenotomia e soft-tissue tenodesis CLBO al solco bicipitale, acromion-plastica eseguita dal dr. med. _____ il 22.07.2020. Stato dopo artrolisi, decompressione subacromiale e resezione acromion-claveare, impianto di membrana Regeneten eseguito dal dr. med. _____ il 07.05.2021. 2 Valutazione del danno all'integrità 10%. 3 Motivazione Si fa riferimento alla tabella 1.2 Suva relativa alla menomazione dell'integrità da alterazioni funzionali degli arti superiori, nella sezione relativa alla spalla, ove per una mobilità fino a 30° oltre l'orizzontale viene concesso un 10%. Si ritiene tale fattispecie rappresentativa della situazione dell'assicurato." (Doc. 147 fasc. 2) Davanti al TCA il patrocinatore del ricorrente ha chiesto una rivalutazione del grado dell'indennità per menomazione all'integrità fisica, in particolare l'attribuzione di un'IMI aggiuntiva del 5% per tenere conto del fatto che "sono coinvolte entrambe le spalle" (doc. I). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TF con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dal dr. _____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici, neppure in sede ricorsuale. Il legale dell'assicurato ha, infatti, preteso l'assegnazione di un'IMI aggiuntiva del 5% per tenere conto del pregiudizio ad entrambe le spalle, richiesta che non trova tuttavia fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, e non può, pertanto, essere condivisa dal TCA. Al riguardo, questo Tribunale sottolinea che, come peraltro ricordato in precedenza (cfr. consid. 2.3.8.), nell'esprimere la propria valutazione il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni ha già tenuto conto dell'insieme delle patologie che affliggono l'assicurato ad entrambe le spalle, rilevando espressamente che " per quanto riguarda la spalla sinistra la situazione è già stata valutata in occasione della precedente visita medico-assicurativa e non viene modificata " (cfr. doc. 148, corsivo della redattrice). Non occorre quindi dilungarsi oltre sul tema. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata assegnata un'IMI del 10%.

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. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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 p. 107).

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