

TI_GERICHTE 35.2011.18 vom 10. Mai 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2011.18

FR: TI_GERICHTE 35.2011.18 du 10 mai 2012

IT: TI_GERICHTE 35.2011.18 del 10 maggio 2012

Regeste

Incidente stradale con politrauma ortopedico. Negata riconsiderazione/revisione processuale decisione amministrativa di riduzione prestazioni. Valutazione grado dell'invalidità, dell'importo del guadagno assicurato e dell'entità della menomazione all'integrità. Ammessa AG

Erwägungen

E. 25

aprile 2007). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1). Nella presente fattispecie, in sede di decisione su opposizione 3 marzo 2011 (doc. 424, p. 4), l'Istituto assicuratore si è esplicitamente rifiutato di entrare nel merito di una eventuale domanda di riconsiderazione ex art. 53 cpv. 2 LPG. Ora, per costante giurisprudenza, l'amministrazione non può essere obbligata né dagli interessati, né dai tribunali a effettuare una riconsiderazione (cfr. STFA I 61/04 del 20 settembre 2004, U 17/05 del 27 ottobre 2006, I 206/06 del 13 marzo 2007). Il TCA deve pertanto esimersi dall'esaminare questo aspetto. Non resta, dunque, che da valutare l'eventualità di una revisione processuale (cfr. art. 53 cpv. 1 LPG). 2.1.3.

L'amministrazione è tenuta a procedere a una revisione processuale se si manifestano nuovi elementi o nuovi mezzi di prova atti a indurre a una conclusione giuridica differente (cfr.

STFA C 227/03 del 23 marzo 2004, C 349/00 del 12 febbraio 2004, C 19/03 del 17 dicembre 2003, C 81/03 del 21 luglio 2003, C 354/01 del 7 marzo 2003; DTF 127 V 466, consid. 2c, p. 469 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 ALV Nr. 101, p. 309 consid. 2a e riferimenti; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, p. 79 e 80). Nuove, secondo costante giurisprudenza federale, vanno considerate quelle circostanze che si sono realizzate fino al momento in cui, nel procedimento principale, allegazioni di fatto sarebbero ancora state lecite, ma che tuttavia, nonostante sufficiente attenzione, erano sconosciute all'istante (cfr. STFA C 354/01 del 7 marzo 2003; DLA 1995, p. 64 consid. 2b e riferimenti; DTF 122 V 134 e seg.). Inoltre, i fatti nuovi devono essere rilevanti, ovverosia essere idonei a modificare la base fattuale della decisione e a condurre, attraverso un appropriato apprezzamento giuridico, a una diversa decisione (DTF 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a; RAMI 1991 K 855, p. 16; A. Grisel, *Traité de droit administratif*, Vol. II, Neuchâtel 1984, p. 942ss.; U. Kieser, *ATSG Kommentar*, 2003, ad art. 53, n. 10). Relativamente alle nuove prove, va sottolineato che l'art. 53 cpv. 1 LPGA non fa menzione del fatto che esse debbano essere rilevanti. Ciò si spiega ponendo mente alla circostanza che, alla luce dei quesiti fattuali spesso complessi, il criterio della rilevanza dei mezzi di prova spesso è difficile da chiarire (U. Kieser, op. cit., ad art. 53, n. 11). I nuovi mezzi di prova devono comunque essere tali da provare fatti nuovi importanti che fondano la revisione o fatti che erano conosciuti nel procedimento precedente, ma che non hanno potuto essere provati a detrimento dell'istante. Se i nuovi mezzi di prova sono destinati a provare fatti già allegati anteriormente, il richiedente deve dimostrare di non aver potuto produrli nella precedente procedura. Un mezzo di prova è considerato come concludente, qualora si debba ammettere che avrebbe condotto ad una diversa decisione, nel caso in cui l'assicuratore ne avesse avuto conoscenza nella procedura amministrativa (STFA del 13 aprile 1993 nella causa G.P.). In sostanza, il nuovo mezzo di prova non deve solo servire ad apprezzare i fatti ma pure ad accertarli (DTF 110 V 141, consid. 2). Non è pertanto sufficiente, ad esempio, che una nuova perizia valuti in modo diverso una determinata fattispecie. Occorrono, piuttosto, nuove circostanze, che facciano apparire oggettivamente incompleta la base su cui si fonda la precedente decisione. Per la revisione di una decisione non basta che, successivamente, il perito tragga, da fatti già conosciuti, delle conclusioni differenti. Non costituisce neppure motivo di revisione la circostanza che siano stati forse valutati in modo errato fatti già conosciuti nella procedura principale. Occorre piuttosto che l'apprezzamento non corretto sia avvenuto poiché fatti determinanti ai fini del giudizio erano sconosciuti o rimasti non provati.

2.1.4. Nel caso di specie, secondo l'assicurato, il "nuovo mezzo di prova" che dovrebbe fondare la revisione della decisione formale del 10 settembre 2008, sarebbe costituito dalla sentenza 29 ottobre 2008 del Presidente della Pretura penale (cfr. doc. 327). Con la decisione di cui è ora chiesta la revisione, l'Istituto assicuratore, fondandosi essenzialmente sul decreto di accusa del Procuratore Pubblico _____ del 18 agosto 2008, il quale lo aveva ritenuto colpevole in particolare di "guida in stato di inattitudine per aver condotto il motoveicolo _____ targato _____ essendo sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, così come emerge dall'analisi tossicologica del 6.10.2006 risultata positiva per la cannabis e per la cocaina; fatti avvenuti a _____ il 1.08.2006; reato previsto dall'art. 91 cpv. 2 LCStr.;" (doc. 280), ha decurtato del 30% le prestazioni in contanti in applicazione dell'art. 37 cpv. 3 LAINF (cfr. doc. 293). Con la sentenza del 29 ottobre 2008, il Presidente della Pretura penale ha dichiarato il ricorrente "autore colpevole di guida in stato di inattitudine, infrazione alle norme della circolazione e contravvenzione alla LF sugli stupefacenti per i fatti compiuti nelle circostanze descritte nel

decreto di accusa n. 2985/2008 del 18 agosto 2008, salvo il fatto di aver guidato in stato di inattitudine per uso di cocaina.”. A proposito della guida in stato di inattitudine, facendo capo agli esiti dell’analisi tossicologica, il giudice ha constatato che la cocaina nel sangue non raggiungeva il limite indicato dall’USTRA, mentre che il livello di THC era ben superiore a detto limite, “ limite oltre il quale l’incapacità alla guida é presunta per legge ;” (doc. 327, p. 5 - il corsivo é del redattore). Tenuto conto che l’assicurato aveva “subito importanti lesioni personali, che hanno comportato gravi sofferenze con operazioni e degenze ospedaliere e per concludere l’amputazione della gamba destra al di sotto del ginocchio; egli non può più esercitare il suo lavoro e al momento non riesce a trovarne un altro confacente al suo stato; in sostanza l’infortunio, oltre a lasciare menomazione permanenti, ha modificato radicalmente la sua vita;”, il giudice lo ha però mandato esente da pena in virtù dell’art. 54 CP (cfr. doc. 327, p. 6). Dal giudizio appena citato risulta quindi che il Presidente della Pretura penale ha confermato il decreto di accusa del PP per quanto riguarda la guida in stato di inattitudine (causata dal consumo di cannabis) e, pertanto, l’avvenuta violazione dell’art. 91 cpv. 2 LCStr. Ora, il fatto di avere commesso una colpa grave secondo l’art. 90 cpv. 2 LCStr costituisce un delitto ai sensi dell’art. 9 cpv. 2 CP, ciò che giustifica una riduzione delle prestazioni assicurative in forza dell’art. 37 cpv. 3 LAINF. Già per il solo fatto che il giudice della Pretura penale ha confermato l’infrazione all’art. 90 cpv. 2 LCStr., la sua sentenza non può costituire un nuovo mezzo di prova ai sensi dell’art. 53 cpv. 1 LPGA. È peraltro ininfluenza la circostanza che RI 1 sia stato mandato esente da pena in forza di una disposizione specifica del diritto penale. Alla luce di quanto precede, può rimanere irrisolta la questione di sapere se la revisione processuale della decisione formale del 10 settembre 2008 sia stata domandata tempestivamente (a questo proposito, si veda il doc. 424, p. 4). Questo Tribunale deve quindi concludere che non é più possibile rivenire sulla decisione formale del 10 settembre 2008, nemmeno per la via della revisione processuale.

2.2. Stato di salute infortunistico stabilizzato a contare dal mese di giugno 2009?

2.2.1. Con la propria impugnativa, l’insorgente rimprovera all’amministrazione di avere chiuso prematuramente il caso, posto che “... per mantenere e non peggiorare la situazione clinica, l’assicurato deve sempre effettuare delle cure mediche, ...” (cfr. doc. I, p. 6).

2.2.2. Giusta l’art. 10 LAINF, l’assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d’infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell’art. 16 LAINF, l’assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d’infortunio, ha diritto all’indennità giornaliera. Il diritto all’indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell’infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l’assegnazione di una rendita o con la morte dell’assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell’assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l’assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). 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). In una sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poiché l’assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l’art. 1 [dal 1° gennaio

2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amélioration" nella versione tedesca e francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3).“ 2.2.3. Il TCA constata che, in occasione del consulto del 29 luglio 2009, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha esplicitamente dichiarato di non ritenere “... esservi delle misure medico-ortopediche suscettibili di influenzare significativamente i disturbi accusati dal signor RI 1 all’arto inferiore destro.” (doc. 383). Il sanitario privatamente consultato dall’insorgente ha quindi riconosciuto che, dal punto di vista ortopedico, le condizioni di salute dell’assicurato risultavano stabilizzate, parere che era del resto già stato espresso dal medico _____ dell’CO 1, il chirurgo ortopedico dott. _____, a margine della visita medica di chiusura del 13 marzo 2009 (cfr. doc. 344, p. 3). Per quanto riguarda l’aspetto psichico, dalla specifica documentazione agli atti (cfr. allegato al doc. 384, doc. 392 e doc. 409) non risulta che, posteriormente al giugno 2009, sia stato proposto e seguito un particolare piano terapeutico, di modo che, anche da questo profilo, si può considerare stabilizzato lo stato di salute del ricorrente. Tutto ben considerato, la decisione dell’CO 1 di porre termine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) a decorrere dal giugno 2009, deve essere confermata in questa sede. Del resto, é lo stesso ricorrente a sostenere di aver ancora bisogno di ulteriori cure mediche a scopo conservativo (cfr. doc. I, p. 6). Anche se così fosse, ciò non impedirebbe di considerare adempiute le condizioni poste dal cpv. 1 dell’art. 19 LAINF. L’amministrazione era pertanto legittimata a procedere alla definizione del diritto alle prestazioni di lunga durata (rendita di invalidità e IMI). 2.3. Entità della rendita di 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 TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 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 LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.3.2. 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, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA 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 LPGGA). 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 TFA 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 (STFA 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 ad 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; STFA 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. STFA 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. Nella concreta evenienza, con la decisione formale del 14 agosto 2009, l'assicuratore LAINF ha riconosciuto all'assicurato una rendita di invalidità del 15%, fondandosi essenzialmente sull'esigibilità lavorativa valutata in occasione della visita medica di chiusura del 13 marzo 2009 e in applicazione del metodo ordinario del raffronto dei redditi (cfr. doc. 379). Nel quadro della procedura di opposizione, nel corso del mese di febbraio 2010, RI 1 è stato sottoposto a una valutazione della capacità funzionale (EFL) presso la Clinica di riabilitazione di _____ . Per quanto qui di interesse, i sanitari hanno dichiarato l'insorgente in grado di svolgere un'attività lavorativa leggera sull'arco dell'intera giornata, con l'introduzione di pause supplementari di una durata complessiva di circa un'ora/giorno, indicando i seguenti impedimenti funzionali: la posizione seduta, quella eretta e la deambulazione dovrebbero alternarsi con prevalenza della stazione seduta, non assumere posizioni forzate come accovacciarsi oppure inginocchiarsi, non deambulare ripetutamente su terreni sconnessi, non salire su scale a pioli e non salire ripetutamente le scale (cfr. doc. 397, p. 4/). Preso atto degli esiti della valutazione EFL, il medico _____ dell' _____ ha così ridefinito l'esigibilità lavorativa che egli aveva descritto a margine della visita medica di chiusura del marzo 2009: " (...). L'assicurato può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi dai 5 ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi e mai più pesi superiori ai 10 kg. L'assicurato può spesso sollevare pesi fino a 5 kg oltre l'altezza del petto e talvolta pesi superiori ai 5 kg. L'assicurato può spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta attrezzi di media entità e mai più attrezzi pesanti o molto pesanti, la rotazione manuale non è impedita. L'assicurato può spesso lavorare al di sopra della testa, può spesso effettuare la rotazione del tronco, egli può talvolta assumere la posizione seduta e inclinata

in avanti, di rado assumere la posizione in piedi e inclinata in avanti, egli non può più assumere la posizione inginocchiata e non può più effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può talvolta assumere la posizione seduta e di lunga durata, e di rado la posizione in piedi e di lunga durata. L'assicurato può spesso camminare fino a 50 m, di rado oltre i 50 m e non più per lunghi tragitti. L'assicurato può di rado salire le scale e non può più salire scale a pioli." (doc. 405) A fronte delle censure contenute nell'atto di opposizione, l'CO 1 ha sottoposto il ricorrente anche a una valutazione psichiatrica a cura del dott. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. Dal relativo suo rapporto, datato 20 gennaio 2010, risulta che l'assicurato soffre di una sintomatologia ansiosa-depressiva di entità lieve-media, nel contesto di una sintomatologia algica conseguente ad amputazione della gamba infra-genicolare a destra. Per quanto riguarda la capacità lavorativa, il dott. _____ ha sostenuto che "... la lieve-media sintomatologia ansiosa-depressiva, reattiva principalmente alla sua precaria situazione socio-esistenziale, comporta, di per sé solo una minima conseguenza sulla capacità e sul funzionamento lavorativo in un'attività giudicata confacente in base alle sue condizioni ortopediche. La ripresa di un'attività lavorativa sarebbe indubbiamente indicata anche dal profilo terapeutico e non costituirebbe un rischio aggiuntivo per le sue condizioni di salute." (doc. 392, p. 4s.). Sempre per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, in materia di assicurazione per l'invalidità - dando seguito a quanto ordinatogli dal TCA con sentenza di rinvio 32.2009.124 del 15 febbraio 2010 (allegato al doc. 402) -, l'UAI ha disposto l'esecuzione di una perizia a cura della dott.ssa _____, Capoclinica presso il Servizio di psichiatria dell'Ospedale _____. Dal suo referto 6 settembre 2010 risulta la diagnosi di pregressa reazione acuta da stress in disturbo di personalità immatura (ICD 10: F43.0, F60.8). Per la psichiatra interpellata dall'Ufficio AI, "l'osservazione clinica attuale è in sintonia con quanto riportato negli elaborati del Dr. _____, Dr. _____, Dr.ssa _____ e valutazione EFL: il comune denominatore di tali osservazioni, compiute da persone diverse in tempi diversi, è l'enfaticizzazione della sintomatologia che l'A. pone in essere. L'A. mostra un assetto di personalità immaturo, che ha avuto influsso nelle relazioni inter- ed intrapersonali, ma che non gli ha impedito di svolgere attività lavorative. In una personalità così costruita ogni difficoltà incontrata rappresenta un ostacolo da aggirare e non un problema da risolvere. L'A., infatti, ha "cambiato strada" ogni volta che si presentavano problemi. (...). Il fatto che lamenti l'impossibilità a concentrarsi e studiare non lo induce a riflettere sulla necessità di cambiare strategia, ma fa sì che egli imputi a ragioni "altre" quello che si preannuncia come un fallimento. In questo quadro la menomazione fisica costituisce per l'A un "comodo contenitore", a giustificazione del fallimento dei suoi programmi ed in questa chiave è leggibile la difficoltà, che risulta amplificata, correlata alla limitazione fisica. L'atteggiamento dell'A è quello di richiedere il maggior vantaggio secondario possibile dalla menomazione." Sulla capacità lavorativa, essa si è espressa nei seguenti termini: " (...). L'elemento di cronicità rilevabile all'osservazione peritale attuale è l'assetto immaturo del carattere, che, come sopra citato, è precedente il disturbo psichiatrico (reazione acuta da stress), attualmente risolto. Tale caratteristica non ha impedito all'A di svolgere attività lavorativa, in passato. Nell'attualità non è presente una patologia psichiatrica cronicizzata che giustifichi una diminuzione della CL, mentre permangono le limitazioni motorie accuratamente descritte nel rapporto EFL." (doc. 409, p. 8) In data 3 marzo 2011 l'CO 1 ha emanato la propria decisione su opposizione, mediante la quale ha parzialmente accolto l'opposizione interposta contro la decisione formale del 14 agosto 2009, nel senso che all'assicurato è stata riconosciuta una rendita di invalidità del 27% (anziché del 15%),

tenuto conto tanto del danno alla salute ortopedico quanto (almeno in parte) di quello psichico. Dalla decisione in questione si evince che l'Istituto assicuratore ha decurtato il reddito statistico da invalido del 17.30% a titolo di gap salariale, del 16% "... per tenere conto, da un lato, delle pause aggiuntive necessarie in relazione con la protesi (5 ore la settimana su 41.7 ore = 12%) e, d'altro lato, della leggera diminuzione di rendimento ammessa dal dott. _____ (leggera = al massimo 10% e imputabile essenzialmente ai fattori socio-economici che non concernono la CO 1 per cui, al massimo, la stessa causa in relazione con l'infortunio una diminuzione di rendimento del 4%)." e ancora del 15% in virtù della DTF 126 V 75 (cfr. doc. 424, p. 8s.). In corso di causa, questa Corte ha invitato il dott. _____, autore della perizia psichiatrica del 20 gennaio 2010, a "... quantificare (%) l'eventuale incapacità lavorativa in relazione di causalità con l'infortunio dell'agosto 2006, motivando la sua risposta." (doc. XI). Questa la risposta pervenuta il 24 febbraio 2012: " (...). In riferimento al suo scritto del 08.02.2012 in cui mi chiede di quantificare (%) l'eventuale incapacità lavorativa in relazione di causalità con l'infortunio dell'agosto 2006, le posso precisare che la sintomatologia ansiosa-depressiva, reattiva alla precaria situazione socio-esistenziale e alla sintomatologia algica, comporta una riduzione del rendimento in un'attività confacente in base alle sue condizioni ortopediche, al massimo in misura del 10%. La limitazione del rendimento lavorativo é essenzialmente dovuta alla sintomatologia algica ma non ad altre patologie psichiatriche maggiori. Ricordo che durante la permanenza presso la Clinica riabilitativa di _____ non erano stati evidenziati dei disturbi psichici di rilevanza clinica con ripercussione sulla capacità lavorativa. Anche il medico curante, dott.ssa _____, aveva attestato una piena capacità lavorativa dal punto di vista psichico." (doc. XII - inc. 35.2011.18) 2.3.4. Chiamato a pronunciarsi, il TCA considera che, dal punto di vista medico, il caso di specie sia compiutamente delucidato grazie alla documentazione che figura agli atti e che non si debba perciò procedere a ulteriori atti istruttori. L'incidenza delle patologie somatiche (ortopediche) sulla capacità lavorativa dell'assicurato é stata analizzata nell'ambito di una valutazione della capacità funzionale (EFL), effettuata su base stazionaria presso la Clinica di riabilitazione di _____ (doc. 397). Da questa approfondita indagine é emerso che RI 1 sarebbe in grado di svolgere un lavoro idoneo sull'arco dell'intera giornata, a condizione d'introdurre delle pause aggiuntive di circa un'ora/giorno. Adeguata sarebbe un'attività leggera dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e del maneggio di attrezzi, da esercitare in posizione alternata seduta, eretta e deambulando (con prevalenza della posizione seduta), in cui l'assicurato non debba assumere posizioni forzate (accovacciata oppure inginocchiata), né camminare ripetutamente su terreni sconnessi, né salire le scale a pioli, rispettivamente le scale in maniera ripetuta. Questa Corte non ha motivo di dubitare della correttezza dell'apprezzamento espresso dai sanitari di _____. Del resto, non può essere ignorato che il dott. _____, dopo aver sollevato dei dubbi circa la fondatezza del rapporto 13 marzo 2009 del medico di circondario dell'CO 1, aveva auspicato proprio l'esecuzione di una valutazione EFL per chiarire l'esigibilità lavorativa (cfr. doc. 178, p. 5: "Ritengo opportuno prevedere un esame EFL in sede stazionaria, idealmente presso la Clinica di _____, ..."), auspicio che il TCA aveva fatto proprio nella pronuncia di rinvio emanata in materia di assicurazione per l'invalidità (cfr. allegato al doc. 402, p. 28: "Il TCA concorda con queste considerazioni del dr. _____ e invita quindi l'UAI a predisporre un accertamento specialistico della capacità lavorativa dell'assicurato e dei suoi limiti funzionali, anche tramite una valutazione EFL, da svolgere presso un centro specializzato."). Tenuto conto delle indicazioni contenute nel referto di _____,

l'assicuratore LAINF ha considerato che, dal profilo ortopedico, l'insorgente potrebbe esercitare un'attività lavorativa adeguata in misura del 88%. Esso ha in effetti ritenuto che alla necessità di introdurre delle pause supplementari di circa un'ora al giorno, corrisponde una riduzione della capacità lavorativa del 12% - cfr. doc. 424, p. 9: "5 ore la settimana su 41.7 ore = 12%"). Il TCA condivide questo modo di procedere (per un caso analogo, si veda ad esempio la STFA U 76/05 del 26 agosto 2005 consid. 3.3). Per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, agli atti figurano, da un lato, la perizia 20 gennaio 2010 del dott. _____ per il quale il ricorrente soffre di una sintomatologia ansiosa depressiva di lieve-media entità, reattiva principalmente alla sua precaria situazione socio-esistenziale, responsabile di una minima riduzione della capacità lavorativa (al massimo del 10% - cfr. doc. 392, p. 4 e doc. XII) e, dall'altro, la perizia 6 settembre 2010 della dott.ssa _____, la quale ha negato la presenza di una qualsiasi patologia psichiatrica invalidante (doc. 409, p. 8). Tutto ben considerato, questa Corte ritiene di poter seguire il parere della specialista consultata dall'UAI, in quanto le sue conclusioni - assenza di una patologia psichiatrica invalidante - trovano conferma nella rimanente documentazione, e meglio nella certificazione 19 ottobre 2006 del Servizio di psichiatria _____ (doc. 41: "Non rilevando più alcun disturbo d'ordine psichiatrico ho disposto la sospensione della terapia psicofarmacologica (Nozinan), senza che si assistesse ad una recrudescenza del disturbo."), nel rapporto di uscita del 5 maggio 2008 della _____ (doc. 242, p. 3: "In der psychosomatischen Abklärung fand sich keine Störung mit Krankheitswert."), nella perizia di parte del 29 luglio 2009 del dott. _____, il quale fa riferimento a un referto del 9 luglio 2009 della dott.ssa _____, spec. FMH in medicina generale, medicina psicosomatica e psicosociale (doc. 383, p. 2: "Il 9.7.2009 referto dr.ssa _____: abilità lavorativa piena dal punto di vista psichico.") e - così come verrà precisato qui di seguito -, nella relazione medico-psicologica 12 ottobre 2009 del Laboratorio di psicopatologia del lavoro (cfr. allegato al doc. 384). Con la propria impugnativa, RI 1 contesta le conclusioni a cui sono pervenuti gli psichiatri consultati, rispettivamente, da CO 1 e UAI, postulando che il TCA fondi il proprio giudizio sulla perizia di parte 12 ottobre 2009 del Laboratorio di psicopatologia del lavoro, in base alla quale, trascorsi due anni dal sinistro, egli soffrirebbe di una distimia (ICD-10: F34.1), causa di un'incapacità del 30% in qualsiasi attività (cfr. allegato al doc. 384). In proposito, questa Corte non ritiene che il rapporto allestito dallo psichiatra dott. _____ e dalla psicologa _____ possa validamente fondare il riconoscimento di un'incapacità lavorativa del 30%. In effetti, così come era già stato segnalato nel giudizio di rinvio (cfr. allegato al doc. 402, p. 33), se di distimia si tratta, allora, secondo una costante giurisprudenza federale, questa diagnosi non è di per sé invalidante (cfr. STF I 649/06 del 13 marzo 2007, nella quale il Tribunale federale ha sottolineato di avere già evidenziato, a più riprese, che la diagnosi di distimia - che corrisponde a una depressione cronica del tono dell'umore, che non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve - pur potendo dare luogo a una diminuzione del rendimento, non è, in quanto tale, invalidante). L'Alta Corte ha ribadito tale principio in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, nella quale, a proposito della distimia, ha precisato quanto segue: " (...) 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese

che una distimia non esplica di principio - a seconda delle circostanze - effetti invalidanti (sentenze 1938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; 1834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; 1488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza 1653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia "unicamente" una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008 IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06]). (...) " Ora, dalle diverse valutazioni agli atti non emerge che RI 1 presenterebbe un' affezione psichiatrica concomitante ai sensi della giurisprudenza testé menzionata. 2.3.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute. Per quanto concerne il reddito da valido , secondo l' Istituto assicuratore, l' insorgente avrebbe guadagnato nel 2009, qualora non fosse insorto il danno alla salute, un importo annuo di fr. 49'400 (cfr. doc. 374). Questo valore, non contestato dall' insorgente, può senz' altro essere fatto proprio dal TCA. 2.3.6. Per quanto riguarda il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell' interessato, a condizione però che quest' ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall' attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti) . Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall' insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l' amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l' amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell' assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l' assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell' impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L' Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell' inchiesta sulla struttura dei salari edita dall' Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165)

questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che “(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)”. Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l’adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (“ deutliche Abweichung ”). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell’8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l’Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. 2.3.7. Conformemente alla giurisprudenza federale di cui si è detto al considerando 2.3.6., per la determinazione del reddito ipotetico da invalido tornano applicabili i dati statistici nazionali contenuti nella Tabella TA 1. Pertanto, il ricorrente, esercitando nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'806. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella pubblicata sul sito web dell’Ufficio federale di statistica), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2009 (cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell’UFS), un reddito annuo di fr. 61'238.43. L’assicurato, quale gerente di una stazione di servizio, avrebbe guadagnato, nel 2009, fr. 49'400/anno per un’occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un’attività equivalente (Tabella TA 1 2008, p.to 52, livello di qualifica 3: fr. 4'983 riportato su 41.7 ore/settimana = fr. 5'194.77 x 12 mesi = fr. 62'337.24 + adeguamento 2009 all'indice dei salari nominali = fr. 63'646.32). Pertanto, in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 2.3.6. in fine, il reddito statistico da invalido (fr. 61'238.43) va ridotto del 17.38%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%) , e si attesta pertanto a fr. 50'595.19. A proposito dell’entità del reddito di riferimento per determinare il gap salariale, l’insorgente pretende che “... in Svizzera, detto salario sia almeno di fr. 70'000,00 annui.” (doc. I, p. 9). Questo Tribunale non vede alcuna valida ragione per distanziarsi dall’importo di fr. 63'646.32 (calcolato tenendo conto in particolare di un livello di qualifica 3, considerato che l’assicurato é titolare di un attestato federale di capacità quale venditore), anche perché non é dato sapere da dove sia stata dedotta la cifra di fr. 70'000. Visto che la capacità lavorativa di RI 1 in un’attività sostitutiva adeguata risulta ridotta del 12% in ragione del danno ortopedico, il reddito statistico da invalido di fr. 50'595.19 va decurtato in proporzione, motivo per cui esso ammonta a fr. 44'523.76 (risultato intermedio). 2.3.8. In ossequio alla giurisprudenza

federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Secondo l'amministrazione, sul reddito statistico da invalido andrebbe operata una decurtazione del 15% (cfr. doc. 424, p. 9). Da parte sua, l'insorgente pretende invece una riduzione del 20% (cfr. doc. I, p. 9). Posto che il tasso di riduzione rileva dal potere di apprezzamento dell'amministrazione e che può essere rivisto dal giudice solo con riserbo (cfr. DTF 132 V 393 consid. 3.3), secondo il TCA, la decurtazione del 15% applicata dall'CO 1 tiene adeguatamente conto dei diversi fattori che possono influenzare il reddito da attività lucrativa, ovvero gli impedimenti funzionali, la nazionalità (_____) e il grado di occupazione (88%), ancora sfruttabile su un mercato del lavoro equilibrato. A titolo di confronto, in una sentenza 9C_1047/2008 del 7 ottobre 2009 consid. 3.4, il TF ha applicato una riduzione del 10% trattandosi di un'assicurata di 49 anni, di nazionalità straniera, che presentava un rendimento del 60% in attività leggere idonee con le seguenti limitazioni funzionali: posizione eretta di 30 minuti al massimo due o tre volte al giorno, evitare frequenti flessioni anteriori del tronco, il trasporto di pesi superiori a 5-6 kg, la posizione inginocchiata, gli spostamenti di più di 500 metri nonché il salire/scendere le scale. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta dunque a fr. 37'845.19 (85% di fr. 44'523.76). In conclusione, il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 37'845.19 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 49'400 - risulta essere del 23.39%, arrotondato al 23% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41 (cfr. anche SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44 in cui il TFA ha stabilito che la giurisprudenza appena menzionata, secondo la quale il risultato aritmeticamente esatto del grado di invalidità va arrotondato per eccesso o per difetto alla prossima cifra espressa in percentuale intera secondo le regole applicabili in matematica, è applicabile immediatamente, nel senso che essa si estende a decisioni contestate che, dal punto di vista temporale, sono state emanate prima della pubblicazione della sentenza in questione). L'Istituto assicuratore ha posto il ricorrente al beneficio di una rendita di invalidità del 27% (cfr. doc. 424). Pertanto, vi sarebbero gli estremi per procedere a una reformatio in pejus della decisione su opposizione impugnata. Il TCA può infatti, in linea di principio, riformare una decisione a svantaggio del ricorrente, dopo avergli dato la possibilità di prendere posizione in merito e averlo reso attento sulla possibilità di ritirare il ricorso (cfr. art. 61 lett. d LPGa; DTF 122 V 166). Questa Corte, tuttavia, considerata l'esigua differenza, rinuncia a effettuare una reformatio in pejus, visto che si tratta unicamente di una facoltà (cfr. STFA U 16/05 del 21 settembre 2005; STFA U 192/02 del 23 giugno 2003; STFA U 334/02 del 22 aprile 2003; STFA H 313/01 del 17 giugno 2003; DTF 119 V 249). Anche nella misura in cui è stata riconosciuta una rendita di invalidità del 27%, la decisione su opposizione del 3 marzo 2011 merita conferma.

2.4. Entità del guadagno annuo assicurato

2.4.1. A norma dell'art. 15 cpv. 1 LAINF, le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato. Il cpv. 2 recita, da parte sua, che per il calcolo delle indennità giornaliere è considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. Il medesimo art. 15 al cpv. 3 permette, peraltro, al Consiglio

federale di emanare disposizioni particolari. Per guadagno assicurato si deve intendere, in genere, tutte le somme versate all'assicurato dal suo datore di lavoro, e ciò allo scopo di remunerare un lavoro dipendente, prestato per un tempo determinato o indeterminato. Tali somme fanno parte del guadagno assicurato soltanto se si trovano in una relazione economica con il rapporto di lavoro. Si considera, pertanto, reddito derivante da un'attività salariata, non solo la retribuzione versata per il lavoro effettuato ma, di principio, anche le indennità o prestazioni che si trovano in una qualsiasi relazione con il rapporto di lavoro, nella misura in cui queste prestazioni non siano esenti da premio in virtù di disposizioni legali espresse (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 83 e giurisprudenza ivi menzionata). Di regola, è considerato guadagno assicurato il salario determinante ai sensi degli artt. 5 cpv. 2 LAVS e 6ss. OAVS (cfr. art. 22 cpv. 2 OAINF). L'art. 22 cpv. 4 OAINF prevede, nuovamente, che le rendite sono calcolate in base al salario pagato all'assicurato da uno o più datori di lavoro nel corso dell'anno precedente l'infortunio, inclusi gli elementi del salario non ancora versati che gli sono dovuti. Se il rapporto non è durato un anno intero, il salario ottenuto durante questo periodo è convertito in pieno salario annuo. Nel caso di un'attività temporanea la conversione è limitata alla durata prevista. Derogando al principio posto dagli artt. 15 cpv. 2 in fine LAINF e 22 OAINF, l'art. 24 OAINF definisce il salario determinante in alcuni casi speciali. Per quanto qui di interesse, il cpv. 1 recita così che se nel corso dell'anno precedente l'infortunio, il salario dell'assicurato è stato ridotto a causa di servizio militare, servizio di protezione civile, infortunio, malattia maternità, disoccupazione o lavoro ridotto, il guadagno assicurato è quello che l'assicurato avrebbe conseguito senza queste circostanze.

2.4.2. Nel caso di specie, l'CO 1 ha quantificato in fr. 48'478 il guadagno realizzato da RI 1 durante il periodo 1° agosto 2005-31 luglio 2006 (fr. 18'500 per il periodo 1° agosto-31 dicembre 2005 e fr. 26'250 per quello successivo, più l'8.33% di tredicesima mensilità; cfr. doc. 374). Dalle tavole processuali emerge che per ricostruire il salario conseguito durante l'anno precedente l'infortunio ai sensi degli artt. 15 cpv. 2 LAINF e 22 cpv. 4 OAINF, l'amministrazione ha fatto capo ai dati forniti direttamente dall'ex datore di lavoro del ricorrente (in particolare, per stabilire quale sarebbe stato il suo salario qualora non fosse stato licenziato con effetto a far tempo dal 1° ottobre 2005, in ossequio all'art. 24 cpv. 1 OAINF - cfr. doc. 369 e allegati). Il TCA ritiene che il guadagno assicurato sia stato correttamente calcolato dall'CO 1, motivo per cui esso può essere senz'altro confermato. Del resto, l'insorgente ha sì genericamente contestato l'importo ritenuto dall'assicuratore infortuni, senza però sollevare alcuna concreta censura (cfr. doc. I, p. 10).

2.5. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità

2.5.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad 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).

2.5.2. 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 ed 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, op. cit., p. 121).

2.5.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.5.4. L'INSAI 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).

2.5.5. Dalle tavole processuali si evince che il chirurgo ortopedico dott. _____, dopo la degenza presso la Clinica di _____ del febbraio 2010, ha proceduto a rivalutare l'IMI stabilita a margine della visita medica di chiusura del mese di marzo 2009. Questo il tenore del suo apprezzamento 31 maggio 2010: " (...).
REFERTO Come esiti importanti e durevoli abbiamo uno stato da amputazione sotto-genicolare a destra e stato da frattura open book del bacino operata con chiusura della sinfisi e placca sulla sinfisi come pure bloccaggio tramite vite dell'articolazione sacro-iliaca. L'assicurato lamenta dolori stando seduto a lungo o camminando a lungo e in parte anche a riposo, la scala del dolore é quindi ++. VALUTAZIONE IMI 42.5%.
GIUSTIFICAZIONE Secondo la tabella 4.4 figura 13 un'amputazione sotto-genicolare dà diritto a un'IMI del 35%. Secondo la tabella 7.2 i dolori a livello della sacro-iliaca dopo frattura open-book vengono paragonati a quelli che si possono avere in caso di una sindrome dell'articolazione sacro-iliaca con la scala dei dolori ++, l'IMI in questo caso é del 7.5% (valore mediano tra il 5% e il 10%). L'IMI totale risulta quindi essere del 42.5%."

(doc. 404) In sede di ricorso, RI 1 pretende di aver diritto a un'indennità complessiva del 70%: 50% per il danno ortopedico e 20% per il danno psichico, non considerato dall'CO 1 (cfr. doc. I, p. 13). Chiamato a pronunciarsi su una questione squisitamente medica - vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti -, questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione del medico _____, il quale ha quantificato l'indennità relativa alla menomazione fisica nel 42.5%. Sul piano psichico, le perizie gli atti escludono la presenza di una menomazione all'integrità psichica importante. In effetti, da esse emerge che l'insorgente non soffre di alcuna affezione psichica (cfr. referto della dott.ssa _____) oppure, nell'ipotesi a lui "più favorevole", di patologie psichiche minori, addirittura prive di carattere invalidante (cfr. i rapporti del Laboratorio di psicopatologia del lavoro e del dott. _____). Da questo punto di vista, non esiste pertanto un diritto all'IMI. 2.6. Deve essere ancora verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In concreto, risulta dagli atti di causa che RI 1 beneficia delle prestazioni assistenziali (cfr. la documentazione acclusa al doc. IX - inc. 32.2011.104). In tali circostanze, l'indigenza deve essere ammessa. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; U. Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 4 maggio 2004 nella causa S., K 146/03, consid. 7.1.; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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