

TI_GERICHTE 35.2019.10 vom 13. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.10

FR: TI_GERICHTE 35.2019.10 du 13 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.10 del 13 maggio 2019

Erwägungen

E. 4

maggio 2009 consid. 4.1 - riguardante un motociclista che si era visto tagliare la strada da un'autovettura che stava per svoltare a sinistra, riportando una frattura trasversale del femore -, il TF ha ricordato di avere regolarmente qualificato di grado medio in senso stretto, eventi infortunistici con dinamiche analoghe a quella del caso oggetto di quella pronunzia. In particolare, ha ritenuto di grado medio (senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi) l'infortunio occorso a un assicurato che, mentre circolava con la propria motocicletta su una strada principale in condizioni di forte pioggia, entrò in collisione frontale a una velocità di 60-70 km/h con un'autovettura che gli aveva tagliato la strada; la violenza della collisione fu tale che l'assicurato, in stato di elevata dispnea, fu intubato sul luogo dell'incidente ed elitrasmportato all'ospedale (STF U 78/07 del 17 marzo 2008 consid. 5). Pure di grado medio, e non al limite della categoria degli eventi gravi, è stato considerato l'infortunio occorso a un motociclista che stava utilizzando, a una velocità di circa 50 km/h, la corsia riservata ai mezzi pubblici per superare dalla parte sinistra una colonna di veicoli fermi, quando un'autovettura uscì improvvisamente dalla colonna, provocando il tamponamento da parte del centauro, il quale si procurò due fratture al femore destro (STFA U 115/05 del 14 settembre 2005 consid. 2.4.). Dello stesso grado di gravità (medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) è stato ritenuto l'infortunio occorso a un'assicurata la cui moto si scontrò con un camion, si incastrò sotto il paraurti anteriore dell'automezzo e fu spinta, con l'assicurata ancora in sella, per circa 9.3 metri. L'assicurata si procurò una lussazione all'anca, una frattura del bacino, un'abrasione alla gamba sinistra e varie contusioni (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002 consid. 3.3.2.). In una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 il TCA ha classificato tra gli eventi di grado medio al limite però della categoria dei casi gravi, il caso di un assicurato che, in sella al proprio motociclo, nel percorrere una curva verso destra, invadeva completamente la corsia opposta andando a collidere con l'autobus che viaggiava in senso opposto. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_746/2008 del 17 agosto 2009 consid. 5.1.2, ha giudicato allo stesso modo l'incidente della circolazione in cui un assicurato, in sella alla propria motocicletta, si era scontrato frontalmente con un'autovettura che circolava in senso opposto. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha in particolare precisato che la classificazione fra gli infortuni di grado medio al limite di quelli gravi si giustificava soprattutto poiché, a differenza della collisione tra due automobili aventi circa la stessa massa, in caso di scontro frontale tra un'autovettura e una moto, quest'ultima assorbe la stragrande maggioranza della velocità d'impatto, con trasmissione al motociclista delle forze che ne derivano. Tutto ben considerato, secondo il TCA, l'infortunio sub judice va giudicato meno grave rispetto a quelli indicati nelle sentenze del TCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 e del TF 8C_746/2008 del 17 agosto 2009. A titolo di confronto, il TCA segnala pure la STCA 35.2015.59 del 4 febbraio 2016 (riguardante un assicurato che, alla guida della propria

moto, scendeva da un passo di montagna; giunto poco prima di una galleria, nell'affrontare una curva piegante a destra, a causa di un'irregolarità del campo stradale, fuoriusciva sulla sinistra; percorreva una cinquantina di metri nel prato adiacente e terminava la sua corsa contro un dosso presente; veniva sbalzato qualche metro più avanti), la STCA 35.2016.109 del 22 maggio 2017 (riguardante un assicurato che circolava in sella alla sua motocicletta diretto verso sud ad una velocità dichiarata di 40-50 km/h, lo stesso portava regolarmente il casco di protezione; giunto all'altezza di un distributore di benzina sito alla sua destra, si trovava un autoveicolo, che circolava sulla corsia inversa, svoltare verso la sua sinistra diretto al distributore di benzina; l'assicurato frenava rovinando a terra collidendo in seguito con l'autovettura; la collisione è avvenuta tra la parte anteriore della motocicletta e la parte anteriore dell'autoveicolo), la STCA 35.2017.20 del 28 agosto 2017 (riguardante un assicurata che è stata investita da una motocicletta, ad una velocità dichiarata di 30/40 km/h mentre stava attraversando la strada sul passaggio pedonale), la STCA 35.2017.103 del 22 agosto 2018 (riguardante un assicurato che mentre stava percorrendo la strada cantonale alla guida del proprio ciclomotore è stato urtato da un veicolo, che gli tagliava la strada proveniente, da una strada secondaria), ove i sinistri in questione sono stati classificati tra gli infortuni di media gravità in senso stretto. Il TCA ha classificato nella categoria degli infortuni di media gravità in senso stretto anche l'incidente della circolazione nel quale un'assicurata, dopo essere stata investita sulle strisce pedonali, era stata trascinata per una decina di metri ed era rimasta incastrata sotto il veicolo, cosciente, per ca. 20 minuti in attesa di soccorsi (STCA 35.2017.32 del 17 agosto 2017 consid. 2.2.4). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.3.2. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5, pubblicata in SVR 2010 UV Nr. 25 p. 100 s., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria -, devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. A titolo di premessa, occorre osservare che nell'apprezzamento dell'adeguatezza del nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i disturbi di natura somatica che si trovano in una relazione di causalità, naturale e adeguata, con il sinistro assicurato (cfr. RAMI 1999 U 341 p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). Sempre in questo contesto, va precisato che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: "Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6)."). A proposito dei criteri esposti al considerando 2.3.2 il TCA rileva quanto segue. Per quanto riguarda il criterio 1 ("le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio"), sebbene in ogni infortunio di media gravità sia insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (considerando 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199), il sinistro qui in discussione, secondo il TCA, non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione è da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di

paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non è tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne è conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Del resto, l'Alta Corte federale è giunta alla medesima conclusione nei casi, citati in precedenza, di un'assicurata investita da un'automobile mentre attraversava le strisce pedonali (cfr. STF U 228/06 del 4 maggio 2007 consid. 3.5) rispettivamente di una motociclista che, dopo essere stata investita da un furgone, era finita sotto il frontale del mezzo e trascinata per circa 9.3 metri (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002). Per quanto riguarda il criterio 2 (" la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici "), nell'infortunio del 1° settembre 2010 l'assicurato ha riportato una " frattura sacrale destra, Frattura muro anteriore non dislocata cotile destro, Frattura ischio-pubica destra " (doc. 15) ed in seguito gli è stata diagnosticata pure una frattura diagonale fra III intermedio e III distale dell'osso scafoide ed una pseudoartrosi dell'osso scafoide, che è stata trattata chirurgicamente, con decorso complicato dall'insorgenza di un'embolia polmonare, a seguito della quale è stato anticoagulato per svariato tempo. A proposito di questo criterio, la giurisprudenza ha precisato che il fatto che le conseguenze infortunistiche abbiano costretto l'assicurato a cambiare professione, non basta per ritenerlo soddisfatto. Il criterio in questione implica l'esistenza di lesioni fisiche gravi o, trattandosi della loro particolare natura, di lesioni interessanti organi ai quali l'uomo attribuisce una particolare importanza soggettiva come ad esempio la perdita di un occhio oppure la mutilazione della mano dominante (cfr. STF 8C_566/2013 del 18 agosto 2014, consid. 6.2.2). Tenuto conto di quanto precede, secondo questo Tribunale, non si può parlare di lesioni gravi o particolarmente caratteristiche (in questo senso, si vedano la STF 8C_795/2012 del 28 novembre 2012 consid. 5.3.2., riguardante un'assicurata vittima di un trauma cranio-cerebrale con emorragia subaracnoidea frontale a sinistra, che aveva reliquato cefalee come pure disturbi dell'olfatto e del gusto, in cui il TF ha negato che il criterio in discussione fosse adempiuto, anche soltanto in forma semplice, e la STF 8C_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2, concernente un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto). Del resto, i danni alla salute subiti dall'assicurato non costituiscono ancora delle lesioni organiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme ai sensi della giurisprudenza (in questo senso, si vedano la STF 8C_23/2014 del 26 marzo 2014 consid. 7, concernente una pseudoartrosi su frattura della clavicola a sinistra, un impingement sottoacromiale, un'artropatia acromio-claveare su sospetta lesione Tossy II, nonché una paresi del muscolo tricipite su sospetta lesione del plesso brachiale oppure lesione radicolare a sinistra; la 8C_991/2009 del 6 maggio 2010 consid. 7.3 a proposito di una frattura della vertebra D7 con residua deformazione a cuneo, la 8C_737/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.3 relativa a delle fratture del naso, del bacino, delle coste IV, V e X a destra e di un pneumotorace, la STF U 73/07 del 5 settembre 2007 consid. 3 concernente una frattura di D7-D8, la STFA U 36/05 e U 38/05 del 16 gennaio 2006 consid. 3.4. riguardante una frattura stabile del bacino con frattura superiore e inferiore dell'osso pubico, una frattura a livello della colonna vertebrale toracale, nonché un trauma renale, la STFA U 31/03 e 342/03 del 30 novembre 2004 relativa a una frattura del

corpo vertebrale di L1, come pure la STFA U 260/01 del 28 marzo 2002 consid. 3c concernente una frattura da compressione delle vertebre D10 e D11, come pure una frattura della clavicola; si veda inoltre la STCA 35.2014.13 del 15 settembre 2014 consid. 2.9., riguardante un assicurato che aveva riportato un pneumotorace destro, delle fratture compressive dei corpi vertebrali da D8 a D10 con frattura non consolidata dell'apofisi trasversa di D8 e D9, nonché una microinstabilità anteriore della spalla sinistra, addebitabile a una lesione del bordo anterosuperiore del labbro glenoideo). Del resto, il TCA è giunto alla medesima conclusione anche nel caso di un assicurato che, in un incidente stradale in sella alla propria motocicletta, aveva riportato un politrauma con fratture delle vertebre Th5/6/7/8, frattura della VI costa a sinistra, frattura dello sterno, rottura pelvi renale a sinistra, ferita lacerocontusa mano e spalla destra, nonché plessopatia brachiale destra (cfr. la già citata STCA 35.2016.109 del 22 maggio 2017 consid. 2.2.4). Per quanto riguarda il criterio 3 (" la durata eccezionalmente lunga della cura medica "), questo Tribunale ritiene che non si possa parimenti pretendere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Dagli atti di causa emerge infatti che, dopo la prima degenza presso il Reparto di Ortopedia-Traumatologia dell'_____ del _____ (1° - 7 settembre 2010), nel corso della quale si è in particolare deciso per un trattamento conservativo delle fratture inizialmente riscontrate procedendo al ricovero per le cure del caso (cfr. doc. 15), - oltre alla pseudoartrosi dell'osso scafoide, che è stata trattata chirurgicamente il 28 aprile 2011 (cfr. doc. 61), l'embolia polmonare del 1° giugno 2011 (cfr. doc. 97), la revisione chirurgica palliativa di resezione della prima filiera del carpo destro del 16 febbraio 2016 (doc. 278) ed al successivo soggiorno riabilitativo alla _____ dal 6 al 20 aprile 2016 (doc. 294) - le cure prestate all'assicurato sono essenzialmente consistite in una terapia medicamentosa (soprattutto antalgica, antinfiammatoria, antidepressiva e anticoagulante), nell'esecuzione di fisioterapia e ergoterapia a livello ambulatoriale e in visite di controllo da parte del medico curante e di vari specialisti (in Ticino e in Svizzera interna). La valutazione della capacità funzionale (VCF) presso la Clinica _____ del 24 e 25 gennaio 2017, ordinata dall'amministrazione, ha avuto quale scopo principale l'accertamento della capacità lavorativa residua dell'insorgente (doc. 330) e come tale, non va considerata nell'ambito della valutazione dell'adeguatezza del nesso causale. Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel

periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, da parte sua, ne ha invece ammesso la realizzazione in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico. Per quanto riguarda il criterio 5 (" la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio ", dalle carte processuali non risulta neppure che l'insorgente sia rimasta vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico. Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 (" il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute "), non è realizzato. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4). Nella concreta evenienza, non sono invero ravvisabili quelle particolari circostanze la cui presenza, secondo la giurisprudenza federale, sarebbe necessaria per ammettere un decorso sfavorevole e/o l'insorgere di rilevanti complicazioni. In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio (4) dei " dolori somatici persistenti " e quello (7) del " grado e durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche ", poiché anche se ciò dovesse essere il caso, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, la realizzazione di due criteri non potrebbe comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). In esito a quanto precede, si deve concludere che i disturbi psichici di cui soffre il ricorrente, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico occorsogli il 1° settembre 2010. Se ne deduce quindi che l'assicuratore resistente era legittimato a negare al riguardo la propria responsabilità. Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (psichico) possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata). La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dalla componente psichica che, per i motivi poc'anzi detti, non è di pertinenza dell'assicuratore resistente.

2.4. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° giugno 2018? 2.4.1. 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 (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: 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.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.4.2. Nel caso di specie, dovendo fare astrazione dai disturbi (psichici) di cui soffre l'insorgente per i motivi già detti (cfr. consid. 2.3.5), il TCA, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (in particolare, il rapporto dell'8 luglio 2016 del dr. med. _____, doc. 306, come pure i rapporti medici del 21 ottobre 2016, relativo alla visita _____ di chiusura del caso del 13 ottobre 2016, doc. 315, e del 27 marzo 2018, relativo alla visita _____ di chiusura del caso del 16 marzo 2018, doc. 350, del dr. med. _____), non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1, confermando la chiusura della pratica per quanto concerne i postumi dell'infortunio del 1° settembre 2010 a far tempo dal 1° giugno 2018. 2.5. Entità del grado dell'invalidità. 2.5.1. 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 precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.5.2. 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 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il 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 a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; 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 . 2.5.3. Nella concreta evenienza, l'assicuratore LAINF convenuto ha accordato all'assicurato una rendita d'invalidità del 12% a decorrere dal 1° giugno 2018, facendo essenzialmente capo, per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, alla valutazione del 16 marzo 2018 del dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, - sulla base dell'EFL eseguita alla Clinica _____ (che ha comunque evidenziato un'amplificazione dei sintomi di grado elevato che potrebbe limitare la valutazione della funzionalità; cfr. doc. 330, pag. 7) - giusta il quale: " (...) Si conferma che l'attività di meccanico di automezzi pesanti non potrà più essere esigibile soprattutto per quanto riguarda la problematica al polso destro. Si rivaluta l'esigibilità anche in considerazione dell'EFL eseguita presso la Clinica _____. Si redige quindi una nuova esigibilità al lavoro. Esigibilità del lavoro. Sollevare e portare: l'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi molto spesso, pesi leggeri spesso, pesi medi di rado, pesanti e molto pesanti mai. Può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg spesso utilizzando prevalentemente l'arto sinistro, pesi oltre i 5 kg mai. Maneggio di attrezzi: l'assicurato può maneggiare attrezzi leggeri e di precisione talvolta, medi di rado, pesanti e molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile di rado. Posizione e mobilità: lavori sopra la testa sono esigibili di rado; rotazione del busto, posizione seduta inclinata in avanti, posizione in piedi e inclinata in avanti possibili talvolta, posizione inginocchiata e con flessione delle ginocchia possibile talvolta. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta spesso, la posizione in piedi talvolta, la posizione a libera scelta è possibile. Spostamento: l'assicurato è in grado di camminare per brevi tratti fino a 50 m molto spesso, oltre 50 m spesso, per lunghi tratti talvolta, su terreno accidentato di rado. È in grado di salire le scale talvolta, salire scale a pioli mai. L'uso delle due mani è possibile a condizione, la mano sinistra senza particolarità. Attività in equilibrio (copritetto ponteggi) non possibile. L'assicurato in un'attività leggera che rispetti l'esigibilità descritta è abile al 100% senza pause supplementari e con rendimento completo, qualora sia prevista un'attività manuale è da considerarsi una diminuzione del rendimento dell'ordine del 20%. " (cfr. doc. 350, pag. 8 e 9; n.d.r.: il corsivo è della redattrice) Giova qui ricordare che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto

2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (cfr. DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; P. Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata (di aiuto meccanico). Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, *Die Koordination der Invalidenrente*, Schulthess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se - ipotesi non realizzata nella fattispecie - l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, p. 114). D'altra parte, nè gli argomenti che il rappresentante legale dell'assicurato ha sollevato con la propria impugnativa (cfr. doc. I) nè la documentazione medica agli atti, sono atti a generare dei dubbi - neppure lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dal medico _____ con considerazioni puntuali e convincenti. Giova qui ricordare che il parere del patrocinatore dell'insorgente - che non è suffragato da alcun certificato medico-specialistico, neppure in sede ricorsuale e che ha pertanto il valore di una semplice dichiarazione di parte - non può essere condiviso dal TCA. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico. 2.6. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002

IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie sono quindi determinanti i dati del 2018 (data di stabilizzazione dello stato di salute infortunistico dell'assicurato: 1° giugno 2018; doc. 315 e 350 e consid. 2.4). 2.7. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno infortunistico, RI 1, avrebbe realizzato nel 2018 un guadagno annuo lordo di fr. 65'492.- determinato sulla base della TA1 2014, ramo 45-46 (comm. all'ingrosso, comm. e ripar. di autoveicoli), livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2018, in quanto la ditta presso la quale lavorava era nel frattempo fallita e sarebbe stato pertanto licenziato indipendentemente dall'infortunio in questione. Il rappresentante dell'insorgente contesta anche il reddito da valido che va quantificato in almeno fr. 74'100.-. L'CO 1 non avrebbe dovuto modificare - in maniera irrita, abusiva e inaccettabile - rispetto alla decisione del 2013 il metodo di calcolo, considerando i dati statistici, dato che la circostanza che nel frattempo la ditta per cui lavorava è fallita è ininfluenza ai fini del giudizio. Il TCA rileva innanzitutto che la decisione formale del 2013 è stata annullata - a fronte dell'opposizione inoltrata dal patrocinatore dell'assicurato - con la decisione del 2018 poi confermata con la decisione su opposizione, qui avversata. In siffatte circostanze, questa Corte non condivide la censura ricorsuale del rappresentante dell'insorgente (giusta la quale l'CO 1 avrebbe modificato in maniera irrita, abusiva e inaccettabile - rispetto alla decisione del 2013 il metodo di calcolo, considerando i dati statistici) e che viene, pertanto, respinta. D'altra parte, contrariamente a quanto ritenuto dal legale del ricorrente, l'CO 1 ha correttamente fatto capo ai dati statistici, in considerazione del fatto che nel frattempo la ditta è fallita (ciò che è peraltro incontestato). In effetti, giova qui ricordare che, secondo la giurisprudenza federale, se la persona assicurata era disoccupata al momento in cui le è occorso l'infortunio oppure se nel periodo sino all'inizio della rendita essa avrebbe perso il posto di lavoro anche senza l'infortunio (come nel caso di specie), il reddito da valido può essere desunto dai dati della rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr., tra le tante, la STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 in fine e riferimento ivi citato; in questo senso, si veda pure L. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in RtiD II-2006, p. 316; STCA 35.2016.93 del 5 aprile 2017, consid. 2.8). Questa Corte ritiene pertanto che l'applicazione dei dati statistici, decisa dall'amministrazione, debba essere confermata. Utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2014 TA1, l'assicurato, svolgendo nel 2014 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) nel ramo 45-46 "comm. all'ingrosso, comm. e ripar. di autoveicoli", avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'113.-. Riportando questo dato su 41.9 ore, esso ammonta a fr. 5'355.8675 mensili oppure a fr. 64'770.41 per l'intero anno (fr. 5'355.8675 x 12), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2018, un reddito annuo di fr. 65'492.00. Stante quanto precede questo TCA non condivide le critiche mosse dal rappresentante del ricorrente all'operato dell'Istituto assicuratore in merito alla determinazione del precitato importo. Il "reddito da valido" per il 2018 è, pertanto, fissato a fr. 65'492.00. 2.8. 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 - dopo aver rilevato che la soluzione secondo la quale l'assicuratore è libero di scegliere l'uno o l'altro metodo non è soddisfacente ed avere sottolineato la difficoltà a stabilire un ordine di priorità posto che entrambi i metodi presentano dei vantaggi e degli svantaggi - ha formulato alcuni requisiti qualitativi, oltre all'edizione di almeno cinque schede DPL, volti a garantire la rappresentatività dei profili DPL e, dunque, dei dati salariali che ne risultano. In ossequio a tale giurisprudenza, l'assicuratore è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di conto, così come sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. In caso contrario, non è possibile fondarsi sulle DPL ma si deve far capo ai dati statistici salariali dell'ISS. In una sentenza 8C_790/2009 del 27 luglio 2010 consid. 4.3, il Tribunale federale ha ritenuto auspicabile che l'INSAI produca un estratto della banca dati DPL, nel caso in cui stabilisca il reddito da invalido in base ai dati statistici, e ciò per non alimentare il sospetto che esso si sia fondato su questi ultimi in funzione del risultato desiderato. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nelle sentenze 8C_107/2014 del 24 luglio 2014 al consid. 4.2, 8C_448/2014 del 29 dicembre 2014 al consid. 5.2, 8C_215/2015 del 17 novembre 2015 al consid. 4.1, 4.3, 4.6, 8C_430/2014 del 21 dicembre 2015 al consid. 2.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, e 8C_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. 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; STF 9C_262/2016 del 30 agosto 2016). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla STF U 8/07 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. Grisanti , Nuove regole per la valutazione dell'invalidità., in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a 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 p. 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. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.9. Nella presente fattispecie, l’amministrazione ha quantificato in fr. 67'724.53 il reddito da invalido, applicando la TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2018 e operando successivamente una decurtazione 15% a titolo di deduzione sociale " per tenere conto delle sue variabili professionali e personali " ex DTF 126 V 80, giungendo così all’importo di fr. 57'566.00 (cfr. doc. 384, p.7-9). Il TCA rileva innanzitutto che la decisione formale del 2013 è stata annullata - a fronte dell’opposizione inoltrata dal patrocinatore dell’assicurato - con la decisione del 2018 poi confermata con la decisione su opposizione, qui avversata. In siffatte circostanze, questa Corte non condivide la censura ricorsuale del rappresentante dell’insorgente (giusta la quale l’CO 1 avrebbe modificato in maniera irrita, abusiva e inaccettabile - rispetto alla decisione del 2013 il metodo di calcolo, considerando i dati statistici, anziché l’importo di base di fr. 52'403 annui in applicazione del metodo DPL) e che viene, pertanto, respinta. Va constatato che nella decisione avversata l’assicurato non ha fatto capo ai dati salariali risultanti dalle DPL, e ciò “per evitare un differente metodi di calcolo che mette a confronto dati nazionali con quelli regionali, tanto più che la giurisprudenza non permette in questo frangente il calcolo correttivo del gap salariale (parallelismo)”, posto che il reddito da invalido è stato determinato in applicazione dei dati salariali statistici (cfr. doc. 362, pag. 1). Questo Tribunale condivide l’agire dell’amministrazione. Del resto, anche in una sentenza 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 4, l’Alta Corte ha stabilito il reddito da invalido facendo capo ai dati salariali statistici (in questo senso, si veda pure la STF 8C_9/2017 del 3 marzo 2017 consid. 4.2.1; cfr. anche la STCA 35.2017.87 del 6 dicembre 2017, consid. 2.9). Quindi, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2014, l’assicurato, svolgendo nel 2014 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. 5'312. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'537.76 mensili oppure a fr. 66'453.12 per l’intero anno (fr. 5'497.92 x 12). Dopo adeguamento all’indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2018, un reddito annuo di fr. 67'724.53. Il "reddito da invalido" per il 2018 è, pertanto, fissato a fr. 67'724.53. 2.10. 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. In concreto l'CO 1 ha operato una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale, per tenere conto delle variabili personali e professionali dell'assicurato, giungendo così all'importo di fr. 57'566.00 (cfr. doc. 384, p. 7-9). Il rappresentante del ricorrente osserva che la deduzione sociale del 15% operata dalla CO 1 è esigua e chiede che la stessa venga considerata almeno nella misura del 25% (10% per attività leggere; 5% per le lesioni somatiche agli arti sia inferiori sia superiori che comportano un generalizzato disagio in ambiente lavorativo; 5% per cambiamento della professione e conseguente adeguamento alla nuova realtà; 10% per i chiari limiti funzionali e la chiara incapacità lavorativa che presenta anche in attività estremamente leggere; 5-10% per la bassa scolarizzazione, l'origine straniera e il CV deficitario; cfr. doc. I, pag. 9). Val qui la pena di ribadire che 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). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Vale comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2).“ (STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si

vedano pure la STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Nella STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016 pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17 l'Alta Corte ha ribadito che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 4 della RSS 2010 sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche. Trattandosi di lavori ausiliari il fattore età non gioca imperativamente un effetto di riduzione sui salari (cfr. STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016, consid. 5.4.2). Nella STF 9 C_359/2014 del

E. 5

settembre 2014 il TF ha ribadito che allorquando vi è una capacità lavorativa a tempo pieno ma con una flessione del rendimento, quest'ultima viene presa in considerazione nella fissazione della capacità lavorativa e non vi è motivo di effettuare un'ulteriore riduzione per la stessa ragione: "(...) En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). (...)” (STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014 consid. 5.4). L'Alta Corte si è confermata in questa giurisprudenza anche nelle STF 9C_635/2016 del 14 dicembre 2016 consid. 4.3 e 9C_603/2015 del 25 aprile 2016 consid. 8.1. Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto come pure 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, operando una decurtazione del 15%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica. Il "reddito da invalido" di fr. 67'724.53 (cfr. consid. 2.9.1), tenuto conto di una decurtazione sociale del 15%, ammonta dunque a fr. 57'565.85. Stante quanto precede questo TCA non condivide le critiche mosse dal rappresentante del ricorrente all'operato dell'Istituto assicuratore neppure in merito alla determinazione di detto importo. 2.11. Il grado di invalidità del ricorrente (stabilito confrontando i fr. 57'565.85 annui al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute infortunistico, e cioè fr. 65'492.00 annui) è del 12,10% arrotondato al 12% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Visto che mediante la decisione su opposizione impugnata all'assicurato è stata riconosciuta una rendita di invalidità del 12% dal 1° giugno 2018 (ovvero dalla sospensione delle prestazioni di corta durata: cfr. doc. 353, 364 e 384) a tempo indeterminato, essa merita, per questo aspetto, di essere confermata. 2.12. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.12.1. 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). 2.12.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.12.3. 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).

2.12.4. 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).

2.12.5. Nella concreta evenienza, dopo aver sentito il parere del 21 ottobre 2016 del dr. med. _____ (redatto dopo avere visitato personalmente l'assicurato ed averne eseguito l'esame obiettivo), giusta il quale " Per quanto riguarda la problematica al bacino, anca destra non si ravvede diritto all'IMI, questa viene considerata per la lesione (...) al

polso. " (doc. 315, pag. 8), e dopo aver acquisito agli atti anche l'apprezzamento medico del 13 ottobre 2016 del precitato medico _____, giusta il quale " Siamo in presenza di un deficit funz8ionale al polos destor in seguito a resezione della filiera prossimale del carpo. Tale fattispecie viene comunemente indennizzata secondo le tabelle SUVA (tabella 5.2) con una percentuale tra il 10 e il 15%. Si ritiene pertanto di proporre il 15%. " (doc. 314), l'CO 1 ha riconosciuto all'assicurato, con la decisione del 26 luglio 2018 (doc. 364) - confermata, dopo aver preso atto del rapporto medico del 27 marzo 2018 del dr. med. _____ (che ribadiva la valutazione dell'IMI precedentemente effettuata; doc. 350, pag. 9), con la decisione su opposizione del 3 dicembre 2018 qui avversata (doc. 384) - un'IMI del 15%. Il patrocinatore del ricorrente contesta pure l'IMI che, tenuto conto anche delle affezioni psichiche in nesso causale naturale ed adeguato con l'infortunio in questione, non dovrebbe essere inferiore al 25%. Dovendo valutare la fattispecie facendo astrazione dalla componente psichica che non è di pertinenza dell'assicuratore resistente per i motivi già esposti al consid. 2.3.5, il TCA osserva che non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'. 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 TFA con pronunzia 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 dalla dr. med. Alessandro De Ponti, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che neppure il patrocinatore dell'assicurato è stato in grado di evidenziare motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore resistente. D'altra parte la valutazione dello specialista interpellato dall'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale ed il parere della rappresentante legale dell'assicurato ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta un'IMI del 15% per il danno permanente infortunistico.

2.13. V a qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

2.14. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata.

2.15. L'assicurato chiede di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito

patrocinio (doc. I, pag. 11). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. 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). Va rilevato che, alla luce della giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino (riportata in sentenza), doveva apparire chiaro che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. In queste condizioni, non essendo adempiuto uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve essere respinta. 2.16. Con l'emanazione del presente giudizio diviene priva di oggetto la domanda cautelare di assistenza giudiziaria (cfr. doc I, pag. 10).

E. 24

e 25 gennaio 2017, ordinata dall'amministrazione, ha avuto quale scopo principale l'accertamento della capacità lavorativa residua dell'insorgente (doc. 330) e come tale, non va considerata nell'ambito della valutazione dell'adeguatezza del nesso causale. Ora, conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti).

Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale concomitanto cerebriale contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008,

potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate. Il TCA, da parte sua, ne ha invece ammesso la realizzazione in una sentenza 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico.

Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio 6 ("il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute"), non è realizzato. In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_213/2011 del 7 giugno 2011 consid. 8.2.5 e 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In questo senso, il Tribunale federale ha negato la realizzazione di questo criterio anche nel caso di un decorso indiscutibilmente protratto (cfr. STF 8C_402/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.4).

Visto che l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute (psichico) possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata). La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dalla componente psichica che, per i motivi poc'anzi detti, non è di pertinenza dell'assicuratore resistente.

2.8. 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.

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; STF 9C_262/2016 del 30 agosto 2016).

In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla STF U 8/07 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. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) () .

Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a 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 p. 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.

Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5.

Il TCA rileva innanzitutto che la decisione formale del 2013 è stata annullata - a fronte dell'opposizione inoltrata dal patrocinatore dell'assicurato - con la decisione del 2018 poi confermata con la decisione su opposizione, qui avversata. In siffatte circostanze, questa Corte non condivide la censura ricorsuale del rappresentante dell'insorgente (giusta la quale l'CO 1 avrebbe modificato in maniera irrita, abusiva e inaccettabile - rispetto alla decisione del 2013 il metodo di calcolo, considerando i dati statistici, anziché l'importo di base di fr. 52'403 annui in applicazione del metodo DPL) e che viene, pertanto, respinta.

Va constatato che nella decisione avversata l'assicuratore non ha fatto capo ai dati salariali risultanti dalle DPL, e ciò per evitare un differente metodi di calcolo che mette a confronto dati nazionali con quelli regionali, tanto più che la giurisprudenza non permette in questo frangente il calcolo correttivo del gap salariale (parallelismo), posto che il reddito da valido è stato determinato in applicazione dei dati salariali statistici (cfr. doc. 362, pag.

1).

In concreto l'CO 1 ha operato una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale, per tenere conto delle variabili personali e professionali dell'assicurato, giungendo così all'importo di fr. 57'566.00 (cfr. doc. 384, p. 7-9).

Il rappresentante del ricorrente osserva che la deduzione sociale del 15% operata dalla CO 1 è esigua e chiede che la stessa venga considerata almeno nella misura del 25% (10% per attività leggere; 5% per le lesioni somatiche agli arti sia inferiori sia superiori che comportano un generalizzato disagio in ambiente lavorativo; 5% per cambiamento della professione e conseguente adeguamento alla nuova realtà; 10% per i chiari limiti funzionali e la chiara incapacità lavorativa che presenta anche in attività estremamente leggere; 5-10% per la bassa scolarizzazione, l'origine straniera e il CV deficitario; cfr. doc. I, pag. 9). Val qui la pena di ribadire che 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). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C_655/2012 del 29 novembre 2012, consid.3; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Vale comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi ■ auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohn erhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2). ■ (STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid.8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.).

Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto come pure 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, operando una decurtazione del 15%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica.

Il "reddito da invalido" difr.67'724.53(cfr. consid. 2.9.1),tenuto conto di una decurtazione sociale del 15%, ammonta dunque a fr. 57'565.85.

Stante quanto precedequesto TCA non condivide le critiche mosse dal rappresentante del ricorrente all'operato dell'Istituto assicuratore neppure in merito alla determinazione di detto importo.

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