

## **TI\_GERICHTE 35.2019.28 vom 21. Oktober 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-10-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2019.28](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.28)

FR: TI\_GERICHTE 35.2019.28 du 21 octobre 2019

IT: TI\_GERICHTE 35.2019.28 del 21 ottobre 2019

### **Regeste**

Determinazione entità della rendita d'invalidità e del guadagno assicurato su cui calcolare rendita e IMI

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

permette, peraltro, al Consiglio federale di emanare disposizioni particolari.

#### **E. 16**

anni, una incipiente coxartrosi a sinistra con stato dopo probabile lussazione congenita e una sindrome cervicospillogena cronica con osteocondrosi Modic I C5-C6 senza neurocompressione, come pure – diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa – una possibile residua sindrome irritativa del tunnel carpale bilaterale senza deficit oggettivabili, una sospetta situazione di stretto toracico a destra e un'obesità. Dal relativo rapporto, datato 22 settembre 2016, risulta che soltanto le patologie refertate in ambito reumatologico hanno un'incidenza sulla capacità/esigibilità lavorativa dell'assicurato (doc. 267, p. 28:

“Conseguenze sull'attuale capacità lavorativa derivano dalle patologie descritte in ambito reumatologico, mentre invece, come descritto nei capitoli precedenti, da punto di vista neurologico, angiologico e psichiatrico vi è una capacità lavorativa piena nell'attività abituale come pure in un'attività adatta allo stato di salute.”). Trattandosi dell'aspetto reumatologico, nella sua perizia (parziale) del 6 luglio 2016, il dott. \_\_\_\_\_ ha rilevato che, dal suo punto di vista, l'insorgente “presenta una serie di patologie posttraumatiche e/o degenerative che limitano le attività più pesanti.”. A suo avviso, “si tratta di problemi minori ma che incidono sulla capacità lavorativa in attività particolari. Questi problemi limitano il paziente soprattutto in attività molto pesanti e pesanti e limitano il paziente in modo importante per tutti i lavori con l'arto superiore sinistro al di sopra dell'altezza delle clavicole (doc. 267, p. 41). Interrogato a proposito dell'esigibilità che l'assicurato eserciti un'attività alternativa a quella abituale, il reumatologo ha dichiarato che quest'ultimo “... è in grado di svolgere un lavoro leggero e adatto a tempo pieno e con pieno rendimento, un'attività manuale con alcune limitazioni descritte in precedenza a tempo pieno ma con un rendimento che può essere ridotto sino al 30% mentre attività molto pesanti a pesanti non sono più esigibili.” (doc. 267, p. 43 – il corsivo è del redattore). Con complemento peritale dell'11 ottobre 2016, dopo aver interpellato il dott. \_\_\_\_\_, i periti \_\_\_\_\_ dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno precisato che il reumatologo condivide “... l'apprezzamento di una capacità lavorativa residua come da valutazione CO 1 fino all'insorgenza della problematica a livello dell'anca ds. ed è d'accordo di ritenere la capacità lavorativa residua (rispettivamente le limitazioni funzionali/risorse fisiche da lui descritte nel consulto) come descritta nella perizia \_\_\_\_\_ del 22.9.2016 a partire dalla visita dell'1.6.2015 presso il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, responsabile chirurgia dell'anca

presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.” (doc. 267 – il corsivo è del redattore). In proposito, il TCA rileva che già nell’ambito della precedente procedura giudiziaria (inc. 35.2015.45), il ricorrente aveva esplicitamente ammesso che l’affezione diagnosticata dal Prof. dott. \_\_\_\_\_ in occasione del consulto del 1° giugno 2015 – una coxartrosi secondaria a destra – non era imputabile all’evento infortunistico assicurato (doc. 231, p. 2: “In merito al rapporto 4 giugno 2015 del Dr. \_\_\_\_\_ non bisogna essere medico per capire che la diagnosi non ha nulla da fare con l’infortunio assicurativo del 20 aprile 2005 .” – il corsivo è del redattore). In ossequio a quanto questo Tribunale ha disposto con la nota sentenza di rinvio (doc. 257, p. 13), l’amministrazione ha quindi interpellato il proprio servizio medico fiduciario al fine di stabilire se le condizioni di salute infortunistiche di RI 1 fossero peggiorate rispetto alla situazione constatata a suo tempo dal dott. \_\_\_\_\_ e, nell’affermativa, di valutare di nuovo l’esigibilità lavorativa. Il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia, ha dapprima elaborato un apprezzamento medico (datato 31 gennaio 2007) senza visitare personalmente l’assicurato. Dopo aver riassunto parte della pregressa documentazione medica, egli ha rilevato che nella perizia \_\_\_\_\_ “... i lavori amministrativi sono esigibili a tempo pieno e con pieno rendimento, non sembra quindi sia subentrato un peggioramento delle condizioni di salute infortunistiche ...” (doc. 270, p. 8). Successivamente, il 9 luglio 2018, ha avuto luogo una visita \_\_\_\_\_ di controllo, a cura dello stesso dott. \_\_\_\_\_. Dal relativo referto risulta, in primo luogo, che alla visita era presente pure il funzionario \_\_\_\_\_ a fungere da interprete, “ il tutto con il consenso dell’assicurato .” (doc. 298, p. 9). D’altro canto, il medico \_\_\_\_\_ ha rilevato che, a quel momento, la situazione della spalla di sinistra era “... sostanzialmente stabile, l’unico dato emergente (divergente, n.d.r.) rispetto alle valutazioni precedenti e alla precedente visita \_\_\_\_\_ del dr. med. \_\_\_\_\_ e anche rispetto alla valutazione sugli atti effettuata dal sottoscritto, vi è effettivamente una dolorabilità maggiore alla palpazione della sterno-claveare e della clavicola sinistra e che non era presente all’atto della precedente visita \_\_\_\_\_ del 2011. Dal punto di vista ortopedico tuttavia l’articolazione è stabile e francamente non riteneva opportuno alcun tipo di trattamento aggiuntivo. Viceversa anche se è un dato extra-infortunistico la patologia a livello dell’anca destra è indubbiamente limitante e certamente sarà da pensare a un intervento di sostituzione protesica neanche distante nel tempo.”. Questa quindi la conclusione alla quale egli è pervenuto: “ (...) Per quanto riguarda l’esigibilità lavorativa sostanzialmente rimane la stessa e questo è un dato che è stato confermato anche nella perizia \_\_\_\_\_ . L’articolazione è decisamente buona, e non si vedono peggioramenti tali da consentire una rivalutazione dell’esigibilità lavorativa a suo tempo espressa.” (doc. 298, p. 9) 2.2.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell’8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) , la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b).

2.2.5. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, questa Corte ritiene che il parere espresso dal dott. \_\_\_\_\_, secondo il quale, nonostante il danno alla salute infortunistico interessante l'arto superiore sinistro, il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività alternativa a quella abituale, così come già aveva stabilito a suo tempo il dott. \_\_\_\_\_, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori. Del resto, questo Tribunale sottolinea che l'assicurato non ha prodotto alcun referto specialistico suscettibile di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la correttezza della valutazione enunciata dal medico \_\_\_\_\_. Al contrario - aspetto che l'insorgente ha peraltro completamente omesso di citare (cfr. doc. I) -, anche i periti \_\_\_\_\_ hanno ritenuto che l'insorgente presenta una piena capacità lavorativa, sia dal profilo del tempo di lavoro che da quello del rendimento, in attività sostitutive adeguate ( supra , consid. 2.2.3. ). Anzi, con il loro complemento peritale, questi medici hanno esplicitamente dichiarato di condividere l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa espresso dai medici dell'CO 1, e ciò sino al momento in cui è stata diagnosticata la patologia - di eziologia extra-infortunistica - all'anca destra ( giugno 2015) (cfr. doc. 267, p. 3). Neppure le obiezioni sollevate con il ricorso dal rappresentante legale appaiono atte a giustificare una diversa soluzione. In primo luogo, anche se la visita di controllo del 9 luglio 2018 fosse effettivamente durata "pochi minuti" (doc. I, p. 4; si veda comunque lo scritto di convocazione alla medesima, doc. 295,

p. 1: “Ora: 10:00 ( riservi circa 2 ore )” – il corsivo è del redattore), di per sé tale circostanza non sminuirebbe il valore probatorio riconosciuto al referto del dott. \_\_\_\_\_. In effetti, il Tribunale federale ha già avuto modo di chiarire che il valore probatorio di un rapporto medico (rispettivamente di una perizia) non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 p. 393 consid. 3.1.1 e riferimenti ivi menzionati). In secondo luogo, a prescindere dal fatto che \_\_\_\_\_ è intervenuto con l'accordo dell'insorgente, l'avv. RA 1 non spiega per quale ragione il fungere da interprete tra l'assicurato e il medico \_\_\_\_\_ avrebbe richiesto delle conoscenze professionali della lingua tedesca, in un caso in cui la raccolta dei dati anamnestici era peraltro facilitata dall'abbondante pregressa documentazione medica a disposizione del dott. \_\_\_\_\_. In terzo luogo, il TCA non ha alcun valido motivo per ritenere che la circostanza che il medico fiduciario sia specializzato in chirurgia, piuttosto che in ortopedia, abbia potuto in qualche modo incidere sulla qualità del suo apprezzamento. In questo senso, va rilevato che il dott. \_\_\_\_\_ svolge ormai da anni la funzione di medico \_\_\_\_\_ preposto, segnatamente, proprio alla valutazione della capacità/esigibilità lavorativa degli assicurati. D'altro canto, è utile ricordare che le sue conclusioni sono identiche a quelle contenute nel referto del \_\_\_\_\_. Per quanto concerne il rimprovero mosso al medico fiduciario per non aver compiuto più ampi accertamenti, in particolare ulteriori esami radiologici, questo Tribunale constata che gli atti all'inserto (gli stessi di cui disponeva il medico \_\_\_\_\_) sono lì a testimoniare che le condizioni di salute dell'assicurato sono state indagate, anche strumentalmente, da ogni possibile profilo, non da ultimo ancora a margine della perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_. Inoltre, in sede di risposta di causa, l'assicuratore resistente ha precisato che, grazie al sistema di archiviazione e comunicazione d'immagini PACS, il dott. \_\_\_\_\_ ha potuto prendere visione della medesima documentazione radiologica di cui disponevano gli esperti del \_\_\_\_\_ (cfr., al riguardo, il doc. 292, p. 1). Infine, il fatto che il fiduciario dell'CO 1 abbia aumentato al 10% il tasso di menomazione dell'integrità definito dal dott. \_\_\_\_\_ in occasione della visita \_\_\_\_\_ del 4 dicembre 2006 (7.5%), e ciò in ragione dell'intervento di un “leggero peggioramento della artrosi sterno-claveare” (cfr. doc. 297, p. 1), non permette di concludere automaticamente a una modifica dell'esigibilità lavorativa. In simili condizioni, il TCA ritiene accertato con un sufficiente grado di verosimiglianza che, nonostante il danno infortunistico, RI 1 sarebbe ancora in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata. Questa Corte può pertanto esimersi dal disporre ulteriori misure istruttorie, ritenendo che le circostanze giuridicamente rilevanti siano già state adeguatamente accertate. In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, 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 ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.2.6. Per quanto riguarda il calcolo del grado dell'invalidità, va preliminarmente evidenziato 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, STF 8C\_61/2018 del 23

marzo 2018 consid. 6.2.; STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 consid. 4.4.; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STFA I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie sono quindi determinanti i dati del 2009 (data d'inizio del diritto alla rendita: 1° luglio 2009). Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato, nel 2009, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo di fr. 82'615 (cfr. doc. 164, p. 1). Questo dato - riguardo al quale con il ricorso non è stata sollevata alcuna specifica obiezione -, può essere fatto proprio dal TCA. 2.2.7. 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 a 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 ("Descrizione dei posti di lavoro"). 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 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del

## **E. 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 dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. Da notare che, con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'CO 1 ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL e avrebbe applicato unicamente i dati statistici RSS (cfr. STF 8C\_368/2018 del 28 marzo 2019 consid. 4.3. ). 2.2.8. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha determinato il reddito da invalido facendo capo ai salari statistici contenuti nella tabella RSS TA1 2008, media totale, livello di competenze 4, uomini, aggiornati al 2009, applicando infine una deduzione sociale ex DTF 126 V 80 del 10% (cfr. doc. 164, p. 2). Utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2008 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 4) 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, 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, un reddito annuo di fr. 61'235.58 ( 59'978.88 x 107.2 / 105.0). L'insorgente giustamente non pretende che questo reddito andrebbe ridotto a titolo di gap salariale, ciò che l'amministrazione ha del resto negato in applicazione della giurisprudenza - più favorevole all'assicurato - in vigore fino al cambiamento inaugurato con la STF 8C\_141/2016 e 8C\_142/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3 (cfr. doc. 164, p. 2). 2.2.9. 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). Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto sostiene che la deduzione massima sul reddito statistico da invalido sarebbe del 10% (doc. V, p. 7). L'insorgente, da parte sua, pretende invece l'applicazione di una deduzione del 20% almeno, "visto il lavoro pesante effettuato" (doc. I, p. 7). Considerato il 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), questo Tribunale ritiene che, proponendo l'applicazione di una decurtazione del 10%, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Mediante la riduzione in questione, l'istituto convenuto ha infatti debitamente tenuto conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica (in questo senso, cfr., tra le tante, STF 8C\_201/2019 del 14 agosto 2019; STF 9C\_373/2019 del 18 luglio 2019; STF 9C\_787/2018; 9C\_795/2018 del 19 luglio 2019; STF 8C\_203/2019 del 18 luglio 2019; STF 8C\_72/2019 dell'11 giugno 2019; STCA 35.2019.6 del 26 agosto 2019 consid. 2.3.8; STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019, consid. 2.6.2.; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.6.3.; STFA 35.2019.33 del 19 agosto 2019 consid. 2.4.7). Nessuno dei restanti fattori elencati nella DTF 126 V 80 giustifica una più ampia riduzione percentuale del reddito statistico da invalido. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 10%, ammonta dunque a fr. 55'112.02. Ora, confrontando i fr. 55'112.02 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 82'615, risulta che egli subisce una perdita di guadagno del 33.29%, arrotondata al 33%, a dipendenza dei postumi residuali dell'infortunio assicurato. In queste condizioni, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata, perlomeno nella misura in cui all'assicurato è stata assegnata una rendita d'invalidità del 33%.

2.3. Entità del guadagno assicurato su cui è calcolata la rendita d'invalidità. 2.3.1. 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 83 e giurisprudenza ivi menzionata). Di regola, è considerato guadagno assicurato il salario determinante ai sensi degli artt. 5 cpv. 2 LAVS e 6 ss. OAVS (cfr. art. 22 cpv. 2 OAINF). L'art. 22 cpv. 4 OAINF, nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2016 qui applicabile (l'infortunio è in effetti accaduto antecedentemente all'entrata in vigore della modifica – cfr. cpv. 1 delle disposizioni transitorie della modifica del 25 settembre 2015, 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 (fattispecie che in concreto non entrano in considerazione).

2.3.2. Nel caso di specie, dal doc. 164 denominato “Valutazione delle prestazioni d'invalidità” si evince quanto segue a proposito delle modalità secondo le quali l'CO 1 ha determinato il guadagno assicurato: “ (...) L'interessato è dipendente della propria azienda dal 01.04.2005 e

l'infortunio è capitato il 20.04.2005. In precedenza era indipendente, quindi non percepiva salari assicurati LAINF. Il salario annunciato al momento dell'infortunio ammontava a CHF 6'000.00 x 13, inoltre aveva diritto a due assegni per figli di CHF 183 l'uno. Il guadagno annuo va pertanto convertito all'anno intero, ai sensi dell'art. 22.4 OAINF: CHF 6'000 x 13 + CHF 183 x 2 x 12 m = CHF 82'392.00." (doc. 164, p. 1) Con la propria impugnativa, il ricorrente fa valere che, nel determinare il guadagno assicurato, anziché convertire in salario annuo il salario annunciato al momento del sinistro assicurato ai sensi dell'art. 22 cpv. 4 seconda frase OAINF, l'amministrazione avrebbe dovuto prendere in considerazione anche il reddito da lui realizzato quale indipendente nel corso dell'anno precedente l'infortunio (dunque durante il periodo 20 aprile 2004 - 31 marzo 2005 – cfr. doc. VII, p. 2). Questo Tribunale non può aderire alla tesi difesa dall'assicurato. Il fatto che RI 1 sia divenuto dipendente dell'omonima Sagl (e, pertanto, assicurato d'obbligo contro gli infortuni presso l'CO 1) soltanto a far tempo dal 1° aprile 2005, risulta in effetti dall'annuncio d'infortunio del 21 aprile 2005 (doc. 1, p. 1) ed è del resto stato da lui esplicitamente riconosciuto in sede di replica (cfr. doc. VII, p. 2). In precedenza, egli svolgeva un'attività lucrativa indipendente ed era privatamente assicurato contro gli infortuni presso la \_\_\_\_\_ (assicurazione retta dalla LCA – cfr. doc. 49, p. 4). In una sentenza U 421/05 del 25 ottobre 2006 consid. 2.3, a proposito di rapporti di lavoro che sono durati meno di un anno, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha rilevato che in tal caso si presume che la persona assicurata avrebbe lavorato alle medesime condizioni durante tutto l'anno, cosicché si deve procedere alla conversione su 12 mesi giusta l'art. 22 cpv. 4 seconda frase OAINF. L'Alta Corte ha precisato che ciò è il caso, ad esempio, trattandosi del passaggio da un'attività lucrativa indipendente a un'attività dipendente (" Wechsel von selbstständiger zu unselbstständiger Erwerbstätigkeit "). In queste condizioni, il TCA approva dunque le modalità con le quali l'istituto resistente ha stabilito il guadagno assicurato di fr. 82'392. 2.4. Entità dell'IMI . 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica, mentale o psichica 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. 24segg. 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., pag. 121). 2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato.

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, pag. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 pag. 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, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308 ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'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, pag. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Nella concreta evenienza, l'CO 1 ha assegnato al ricorrente un'IMI del 10%, fondandosi sul parere del dott. \_\_\_\_\_ (doc. 300, p. 4). Nel referto del 10 luglio 2018, il medico \_\_\_\_\_ appena citato ha infatti valutato nei seguenti termini l'entità della menomazione dell'integrità di cui è portatore l'assicurato: " (...). 1. Reperti Stato dopo esito di frattura lussazione clavicola sinistra con residui disturbi in stato di lussazione irriducibile della sterno-claveare. 2. Valutazione del danno all'integrità Valutazione lorda del 10%. Valutazione pregressa del 04.12.2006 7.5%, valutazione netta 2.5%. 3. Motivazione Rispetto alla precedente valutazione secondo la tabella 5.2 vi è un leggero peggioramento della artrosi sterno-claveare che, secondo un criterio di analogia, visto che l'artrosi acromion-claveare è valutata in forma grave tra il 5 e il 10%, si ritiene che un aggravamento del 2.5% sia giustificato. Pertanto la valutazione complessiva è 7.5% pregressa, più 2.5%, uguale a 10%." (doc. 297, p. 1) Chiamato ora a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, il TCA non ha validi motivi per discostarsi dall'apprezzamento dell'IMI espresso dal medico \_\_\_\_\_. Da una parte, non può essere ignorato che, refertato un leggero peggioramento dell'artrosi sterno-clavicolare rispetto alla precedente valutazione del collega dott. \_\_\_\_\_, il dott. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto, mediante un confronto analogico, il valore massimo previsto dalla tabella n. 5.2 per un'artrosi acromion-claveare grave (la forchetta va da un minimo del 5 a un massimo del 10%). Dall'altra, il ricorrente ha sì chiesto che gli venga assegnata un'indennità superiore al 10%, senza tuttavia supportare tale sua pretesa con documentazione medica specialistica. Circa il rimprovero mosso al fiduciario di aver ommesso di procedere a ulteriori accertamenti, segnatamente a ulteriori esami radiologici, si è

già detto al considerando 2.2.5. del presente giudizio. La decisione su opposizione impugnata deve quindi essere confermata anche nella misura in cui l'insorgente è stato posto al beneficio di un'IMI del 10%. 2.5. Con il ricorso, il rappresentante dell'assicurato ha chiesto al TCA di "... indire un'udienza pubblica per un dibattito tra le parti (art. 17 Lptca), durante il quale il ricorrente potrà debitamente essere interrogato dal giudice competente", e ciò con particolare riguardo al ruolo giocato dal funzionario \_\_\_\_\_ durante la visita \_\_\_\_\_ di controllo del 9 luglio 2018 (doc. I, p. 4 s.). Secondo l'art. 6 CEDU ogni persona ha diritto ad un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta. Al riguardo, è utile precisare che, secondo il Tribunale federale, l'art. 6 CEDU non garantisce il diritto all'audizione dei testimoni proposti dall'assicurato e nemmeno quello all'interrogatorio delle parti (cfr., in questo senso, STF 8C\_307/2013 del 6 marzo 2014 consid. 2.2, 8C\_743/2011 del 20 dicembre 2011 consid. 2.3.1 e SVR 2010 UV Nr. 3 consid. 2). In concreto, il patrocinatore di RI 1 ha di fatto formulato una domanda di assunzione di prove (interrogatorio di parte), ciò che va oltre la garanzia del pubblico dibattito definiti dalla giurisprudenza federale, ragione per la quale il TCA è legittimato a rinunciarvi (cfr. consid. 2.2.5. in fine; in questo senso, si veda la STF 8C\_63/2019 e 8C\_65/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 5.3).

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