

TI_GERICHTE 35.2022.26 vom 14. September 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-09-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.26

FR: TI_GERICHTE 35.2022.26 du 14 septembre 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.26 del 14 settembre 2022

Regeste

Corretto l'ammontare delle rendite assegnate all'assicurato, così come pure corretta l'attribuzione di interessi di mora e la determinazione del guadagno assicurato. Non dati gli elementi di una denegata/ritardata giustizia

Erwägungen

E. 16

LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF.

Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA.

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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

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 ch'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, laSTFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e laSTFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01).

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).

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.

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.

Nella DTF 134 V 322 l'Alta Corte aveva stabilito al considerando 4.1 che se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla mediana che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico.

2.15. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. b LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato.

Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore.

In concreto, il ricorso è del 7 marzo 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese.

Sul tema cfr. anche STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

E. 27

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub judice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'instanzione

degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. Nel caso di specie, litigiosa è la correttezza, o meno, delle rendite di invalidità assegnate all'assicurato dall'CO 1. Pure controversa la mancata decisione riguardo all'indennità per menomazione dell'integrità (IMI) per i danni derivanti dalle patologie psichiatriche, in nesso di causalità con l'infortunio. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. DF 134 V 109 consid. 9.5.; RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106

consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, pag. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (cfr. DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. STF 8C_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, pag. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103).

2.5. Secondo 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. 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. Nella RAMI 2004 U 529 p. 572 ss., l'Alta Corte ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato le modalità per la fissazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronunzia la nostra Corte federale ha quindi concluso che anche in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di incapacità lavorativa, incapacità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito

all'introduzione della LPGa. 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 (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci per giunta un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 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 del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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). 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. 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. Ciò nondimeno, se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, il giudizio sull'incapacità lavorativa non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313 consid. 3b).

2.6. Nella concreta evenienza, conformemente a quanto disposto nella STCA 35.2018.102 del 21 agosto 2019 - sentenza di rinvio per approfondimento peritale volto a definire l'esigibilità lavorativa tenuto conto del solo danno alla salute infortunistico - l'CO 1 ha ordinato una perizia pluridisciplinare, eseguita dal _____, e meglio dai dottori _____ (ortopedico), _____ (psichiatra), _____ (neurologa) e _____ (reumatologo) (cfr. doc. 228 – fasc. 2). Nel referto peritale del 6 aprile 2021, dopo avere esposto le diagnosi in nesso di causalità con gli infortuni assicurati, gli esperti del _____ hanno così valutato l'esigibilità lavorativa: " Die Ereignisse vom 18.06.1997 und vom 30.08.2011 haben zu bleibenden Einschränkungen an der linken Hand/Handgelenk, an beiden Kniegelenken, am linken Fuss und teilkausal zu den Rückenbeschwerden geführt. Das Ereignis vom 31.12.2016 ist nach Abklingen der Kontusion_Folgen an der rechten Schulter nach spätestens 8 Wochen folgenlos geblieben. Aktuelle Beschwerden an der linken Schulter sind degenerativ bedingt. Aufgrund der Folge der Unfälle vom 18.09.1997 und 30.08.2011 sind folgende Tätigkeiten zumutbar: - Leichte

sitzende oder wechselnd sitzend-stehend-gehende Tätigkeiten - Gehstrecken bis 50 m - Heben und Tragen von Gewichten bis 10 kg bis auf Brust-Höhe - Leichte Über-Kopf-Tätigkeiten Nicht zumutbar: - Regelmässiges Gehen über 50 m - Gehen auf steilem oder inebenem Gelände - Andauerndes Arbeiten in kniender oder kauender Position - Besteigen von Leitern und Gerüsten - Arbeiten mit andauernder Drehbewegung der linken Hand - Präzisionsarbeiten mit der linken Hand." Dopo avere specificato le limitazioni presentate dall'assicurato, gli specialisti del _____ hanno così risposto alla domanda 2b) volta a stabilire se "in un'attività adeguata – della quale vi preghiamo di fornire una descrizione (posizioni, porto e sollevamento di pesi, maneggio di attrezzi, ecc.) – l'assicurato è o meno in grado di lavorare al 100% (tempo di lavoro e rendimento durante le ore di presenza)? In caso di risposta negativa vogliate specificare per quali motivi e in che termini la capacità di lavoro dell'assicurato è ridotta (definendo il rendimento): " Aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht führen die Schmerzen und das Zusammenspiel der Behinderung an beiden Extremitäten, der linken Hand, sowie die Rückenbeschwerden - auch bei Einhaltung des geschiederten Zumutbarkeitsprofils - zur Verlangsamung der Arbeitsabläufe und zur raschen und vermehrten Ermüdung. Es sind zur Entlastung der betroffenen Körperregionen vermehrte Pausen notwendig. Die geschilderten neurologischen Unfallfolgen beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit in geringem Ausmass, namentlich durch Einschränkung der Gehstrecke. Zusätzlich zu den somatischen Einschränkungen wirken sich aus psychiatrischer Sicht vor allem die Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhalte-Fähigkeit auf die Leistungsfähigkeit aus. In der gegenwärtigen Tätigkeit sind aus psychiatrischer Sicht Arbeits-Pensum von mehr als 4 Stunden pro Tag nicht zumutbar. Insgesamt ist aus orthopädischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht mit der heutigen Tätigkeit als Gemeinderarbeiter in einem 50%-Pensum eine der Leiden angepasste Arbeit optimal erreicht." (Doc. 228) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, ben motivate, con le quali gli specialisti del _____, tenuto conto dell'insieme dei disturbi in nesso di causalità con gli infortuni assicurati, hanno considerato l'assicurato ancora abile al lavoro nella misura del 50% nello svolgimento di attività adatte. 2.7. 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, STF I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STF I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STF I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STF I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr. inoltre STF I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie, visto che, a norma dell'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, va confrontato il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, sono determinanti i dati del 2016, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, avendo l'assicurato portato a termine la propria riforma ad hoc come impiegato d'ufficio e autista in data 31 maggio 2016 (cfr. doc. 245). 2.8. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito

prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c; STCA 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.6). 2.8.1. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurato nel 2016 avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 77'350, tenuto conto del salario lordo di fr. 5'650 per 13 mensilità del 2013, aumentati di fr. 100 mensili per ogni anno successivo secondo le indicazioni fornite dallo stesso datore di lavoro (doc. 245, doc. 249 e doc. A4). L'insorgente ha contestato tale ammontare, osservando che nel certificato personale allestito il 10 gennaio 2013 dalla Fondazione _____ risulta un salario annuo di fr. 77'650; inoltre, anche l'Ufficio AI, nel calcolo della rendita spettante all'assicurato, ha fissato il reddito da valido per il 2014 in fr. 77'650. Tale ammontare non tiene tuttavia conto, secondo la patrocinatrice dell'assicurato, dell'aumento mensile di fr. 100 indicato dal datore di lavoro. L'insorgente ha quindi chiesto che il reddito da valido per il 2016 venga fissato in fr. 81'550 (doc. I). L'amministrazione, dal canto suo, in sede di risposta di causa, ha rilevato di avere applicato al reddito da valido indicato dal datore di lavoro l'aumento di fr. 100 mensili fatto valere con la prima opposizione (cfr. doc. III). Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene corretto il calcolo dell'amministrazione. La ditta _____ ha, infatti, indicato in fr. 5'650 il salario dell'assicurato del 2011 (doc. 141), aggiungendo, con scritto dell'11 novembre 2014, che dopo l'infortunio del 2011 e fino al momento del licenziamento intervenuto nel 2013 non vi è stato alcun aumento salariale (cfr. doc. 216). A tale importo l'Istituto assicuratore ha poi correttamente applicato, dal 2014 in poi, l'aumento di fr. 100 mensili indicato dal datore di lavoro con scritto del 9 settembre 2016 (doc. A4), giungendo all'importo di fr. 77'350 per il 2016. Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi da tale ammontare. Va, del resto, rilevato che lo stesso datore di lavoro, con scritto del 22 maggio 2018 all'assicuratore LAINF, ha precisato che l'ipotetico aumento salariale "non dipende solamente da un eventuale carovita, ma da altri fattori. Fattori che non sono

ipotizzabili, quali l'andamento annuo o il rendimento del dipendente" (cfr. doc. 118). 2.9. 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 TF 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; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. 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 Nr. 12 consid. 6.2; dell'8% nella STF 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. Nella DTF 134 V 322 l'Alta Corte aveva stabilito al considerando 4.1 che se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. 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, ritenuto che “ nel corso degli ultimi anni, il mantenimento della banca DPL è infatti divenuto sempre più dispendioso in termini di tempo e costi ed avrebbe richiesto investimenti considerevoli negli anni a venire. Inoltre, la collaborazione richiesta da parte della CO 1 per il mantenimento del sistema è stata percepita dalle imprese come sempre più gravosa. Per tutte queste ragioni, la CO 1 ha quindi deciso che in futuro utilizzerà soltanto i dati statistici RSS nel quadro della fissazione delle rendite di invalidità, e ciò a partire dal 1° gennaio 2019 ”. 2.9.1. Nella presente fattispecie, l'CO 1, nella decisione del 22 dicembre 2021, a proposito del salario da invalido ha indicato che: “considerato che l'obbligo di limitare il danno è rispettato, consideriamo quanto percepito dal 1° giugno 2016, rivalutato all'anno intero, ossia fr. 56'003. Per i dettagli rinviamo al documento allegato “valutazione grado di invalidità effettivo” (doc. 249). Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi dall'ammontare indicato dall'amministrazione, rimasto, peraltro, incontestato. 2.10. Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 56'003 (cfr. supra, consid. 2.9.1) con il reddito da valido di fr. 77'350 (cfr. supra, consid. 2.8.1), si ottiene per il 2016 un grado d'invalidità del 28% $([77'350 - 56'003] \times 100 : 77'350 = 27.6\%$ arrotondato al 28% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). A ragione dunque l'CO 1 ha riconosciuto il diritto ad una rendita LAINF del 28% a partire dal 1° giugno 2016. 2.11. In maniera altrettanto corretta l'amministrazione, tenuto conto della importante variazione dei redditi concretamente realizzati dall'assicurato dopo il 2016 risultanti dall'estratto conto AVS, ha proceduto alla revisione della rendita. A tale riguardo va, infatti, rilevato che se il grado di invalidità muta notevolmente, la rendita sarà aumentata, ridotta oppure soppressa. Contrariamente a quanto preteso dall'insorgente, il fatto che la sua capacità lavorativa residua sia rimasta invariata dal profilo medico non impedisce di procedere ad una revisione della rendita. L'invalidità può difatti modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in

atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. Il mutamento deve, inoltre, essere notevole. Secondo la giurisprudenza resa prima dell'entrata in vigore della LAINF, la modifica doveva essere apprezzata relativamente al grado di invalidità precedentemente accertato: così, un mutamento del 5% è stato considerato notevole per rapporto ad un'invalidità del 15% ma poco importante per rapporto ad un'invalidità iniziale del 75% (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 115 e dottrina ivi citata). Tornando al caso di specie, dall'estratto conto AVS emerge che l'assicurato, nel 2017, ha conseguito fr. 57'048, i quali, raffrontati al reddito da valido di fr. 78'650 (ossia fr. 6'050 x 13), portano ad un grado di invalidità del 27%. La rendita non subisce modifiche. Per il 2018, raffrontando il reddito da valido di fr. 79'950 (fr. 6'150 x 13) con il reddito da invalido concretamente percepito di fr. 51'123, risulta un grado di invalidità del 36%. Pertanto, la rendita di invalidità è stata a ragione aumentata dal 28% al 36% a partire dal 1° gennaio 2018. Per il 2019, il salario concretamente percepito di fr. 46'034, raffrontato al reddito da valido di fr. 81'250 (fr. 6'250 x 13) porta ad un'incapacità lucrativa del 43%. La rendita è quindi stata correttamente innalzata dal 36% al 43% a partire dal 1° gennaio 2019.

2.12. In maniera corretta, sulle prestazioni arretrate, l'Istituto assicuratore ha riconosciuto all'assicurato il pagamento degli interessi di mora a partire dal 1° giugno 2018 (cfr. doc. 248). Secondo l'art. 26 cpv. 2 LPGA, sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto.

2.13. L'insorgente ha contestato l'ammontare del guadagno assicurato, il quale, a suo modo di vedere, avrebbe dovuto essere fissato, per lo meno per la quota dovuta alle affezioni psichiche, in base a quanto egli avrebbe guadagnato nel 2020. A tale proposito, il TCA rileva che il guadagno assicurato stabilito per la prima volta all'inizio del diritto alla rendita secondo l'art. 15 cpv. 2 seconda frase LAINF rimane determinante per l'intera durata del diritto alla rendita, anche in caso di aumento della rendita dopo una procedura di revisione (cfr. STF 8C_378/2020 del 21 gennaio 2021 in DTF 147 V 213). Pertanto, il guadagno assicurato, fissato al momento dell'inizio del diritto alla rendita (2016) non può essere successivamente modificato.

2.14. L'insorgente ha, infine, chiesto l'attribuzione di un'IMI aggiuntiva del 20% per tenere conto del suo danno psichico. Sul tema, l'amministrazione, nella decisione su opposizione impugnata, ha espressamente indicato che "la CO 1 si esprimerà non appena possibile mediante una decisione in merito ad un danno all'integrità per i disturbi psichici" (cfr. doc. A1). La patrocinatrice dell'insorgente ha reputato che l'atteggiamento dell'amministrazione costituisca un diniego di giustizia (doc. I). Nella risposta di causa, l'amministrazione ha contestato l'opinione della patrocinatrice dell'insorgente, rilevando quanto segue: " 6. L'CO 1 ha voluto scindere le due procedure in quanto agli atti non figurava nessuna presa di posizione in merito al danno all'integrità per i disturbi psichici. Nel frattempo, e più precisamente il 10.2.2022, il Centro _____ ha chiesto alla propria specialista in psichiatria di esprimersi in merito. I periti non possono più essere interpellati in quanto nel frattempo il _____ è stato sciolto. Giova poi rilevare che l'assicurato, per quanto riguarda i disturbi organici, è stato messo a beneficio di un'indennità per menomazione dell'integrità del 60%. Con il 20% chiesto si giungerebbe ad un tasso dell'80% allorquando ad un paraplegico viene corrisposto un indennizzo del 90%. L'art. 36 cpv. 3 OAINF prescrive che se concorrono più menomazioni all'integrità fisica, mentale o psichica, causate da uno o da più infortuni, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo. Quando l'assicurato presenta contemporaneamente più

menomazioni dell'integrità fisica, psichica o mentale l'indennità viene calcolata secondo il valore della tabella in funzione della gravità della menomazione (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato 3 all'OAINF). Le varie percentuali vengono sommate. Se del caso il valore complessivo viene ponderato alla luce dell'allegato 3 risp. delle tabelle della Suva (RAMI 1998 pag. 236; sentenza del TF 8C_389/2009 del 7.4.2010 consid. 5.3). Questo significa che il tasso proposto con l'opposizione non può essere ripreso tale e quale ma merita un'analisi." (Doc. III) L'insorgente, con scritto del 1° aprile 2022, ha ribadito che il modo di procedere dell'amministrazione costituisce un diniego di giustizia, dato che gli accertamenti necessari richiederanno parecchi mesi. Inoltre, a suo parere, un'IMI dell'80% è giustificata, visti gli indicibili dolori alle ginocchia, all'avambraccio sinistro e le sofferenze che deve sopportare a causa delle affezioni di natura psichiatrica (doc. V). Con osservazioni del 20 aprile 2022, l'Istituto assicuratore ha rilevato che "con l'opposizione l'CO 1 ha ammesso la causalità adeguata per i disturbi psichici e, nel rispetto di tutti i rimedi giuridici, ha chiesto alla _____ di interpellare la propria specialista in psichiatria e, al termine degli accertamenti, di rilasciare una nuova decisione. Nel caso in cui l'assicurato non fosse d'accordo con quanto verrà deciso, potrà sempre inoltrare opposizione. I suoi diritti sono salvaguardati" (doc. VII). 2.14.1. Giusta l'art. 56 cpv. 2 LPGA, il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. Secondo l'Alta Corte, vi è diniego di giustizia qualora un'autorità giudiziaria o amministrativa non si occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa è competente (cfr. DTF 114 V 147 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati). Il ritardo ingiustificato a statuire è una forma particolare di diniego di giustizia vietato dall'art. 29 cpv. 1 Cost e dall'art. 6 § 1 CEDU. Si è in presenza di un ritardo ingiustificato a statuire quando l'autorità amministrativa o giudiziaria competente non emana la decisione che le compete entro il termine previsto dalla legge oppure entro un termine che la natura dell'affare nonché l'insieme delle altre circostanze fanno apparire come ragionevole (DTF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 e riferimenti ivi menzionati). Sono determinanti, segnatamente, il grado di complessità dell'affare, la posta in gioco per l'interessato, come pure il comportamento di quest'ultimo e delle autorità competenti (DTF 130 I 312 consid. 5.2; 125 V 188 consid. 2a). A questo proposito, spetta, da una parte, all'interessato intraprendere determinati passi per invitare l'autorità a decidere, in particolare sollecitandola ad accelerare la procedura oppure ricorrendo per ritardo ingiustificato. D'altra parte, sebbene all'autorità non possano essere rimproverati alcuni "tempi morti", inevitabili in una procedura, essa non è legittimata a invocare una carente organizzazione oppure un sovraccarico strutturale per giustificare l'eccessiva lentezza della procedura; spetta in effetti allo Stato organizzare le proprie giurisdizioni in modo tale da garantire ai cittadini un'amministrazione della giustizia conforme alle regole (DTF 130 I 312 consid. 5.2 e i riferimenti ivi menzionati). Il principio secondo cui la procedura davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni deve essere semplice e spedita (cfr. art. 61 lett. a LPGA), è espressione di un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali e vale, perciò, anche nell'ambito della procedura amministrativa (DTF 110 V 54 consid. 4b; cfr., pure, U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurigo 1999, p. 243 n. 509). Dottrina e giurisprudenza hanno stabilito che una ritardata giustizia può essere ammessa soltanto allorquando la competente autorità protrae più del dovuto la trattazione di un affare. Ciò non è il caso se essa prende dei provvedimenti positivi, ad esempio dei provvedimenti probatori supplementari. Qualora l'autorità si sia occupata di una vertenza senza notevole ritardo, una violazione della Costituzione può essere ammessa soltanto se

determinati provvedimenti sono stati presi abusivamente (cfr. L. Meyer, Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV, Tesi Berna 1985, p. 78 e riferimenti alla giurisprudenza federale). Nell'ambito di una procedura ricorsuale per denegata giustizia, non si deve procedere a una valutazione approfondita della situazione fattuale e giuridica. L'intervento del giudice in relazione all'ordine di misure istruttorie, si giustifica soltanto qualora l'amministrazione abbia manifestamente oltrepassato il proprio potere discrezionale. In una tale procedura, ci si deve accontentare di un esame sommario dell'incarto, con l'obiettivo di stabilire se l'aver ordinato un determinato provvedimento probatorio era manifestamente superfluo (cfr. STF U 18/92 del 3 luglio 1992 consid. 5b, parzialmente pubblicata in RAMI 1992 U 151, p. 194s. e U 268/01 dell'8 maggio 2003 consid. 4.1). 2.14.2. In una sentenza I 841/02 del 25 giugno 2003, pubblicata in DTF 129 V p. 411 e seg., il TF ha ammesso l'esistenza di un ritardo ingiustificato a carico dell'Ufficio AI e della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI, trattandosi di una procedura durata globalmente più di 10 anni (dal momento in cui è stata presentata la domanda di prestazioni a quello in cui è stata resa la sentenza impugnata). Nella DTF 125 V 188ss., il TF ha invece negato l'esistenza di un ritardo ingiustificato, trattandosi di un assicuratore malattie che, trascorsi meno di 4 mesi dal momento in cui l'assicurato ha interposto opposizione, non aveva ancora proceduto ad emanare la decisione di sua competenza. Nella RAMI 1997 U 286, p. 339s., la Corte federale ha riconosciuto una ritardata giustizia a carico di un tribunale cantonale che era rimasto completamente inattivo nei riguardi di una causa pendente da 42 mesi e suscettibile di essere giudicata da 27 mesi (ossia a partire dall'evasione di un atto di ricusa). In quella stessa pronuncia, il TF ha illustrato alcuni precedenti in cui era stato chiamato a decidere circa l'esistenza di una ritardata giustizia: " Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in ähnlichen Fällen, bei denen keine besonderen Umstände vorgelegen hatten, Verfahrensdauern von 20 Monaten (unveröffentlichtes Urteil P. vom 4. Juli 1994, C 101/94) oder 22 Monaten (unveröffentlichtes Urteil G. vom 4. September 1990, I 421/89) als Grenzfälle betrachtet. Im Urteil Z. vom 12. Oktober 1995 erachtete es eine Erledigungszeit von 39 Monate als zu lange, verneinte jedoch eine unrechtmässige Verzögerung, weil besondere Umstände hinzukamen. Andererseits hiess es eine Rechtsverzögerungsbeschwerde bei einer Verfahrensdauer von 40 Monate gut (unveröffentlichtes Urteil P. vom 10. März 1993, M 1/92). " (RAMI succitata) In una sentenza 8C_149/2019 del 7 agosto 2019 consid. 3.2.1, il TF ha negato l'esistenza di un diniego di giustizia in un caso in cui tra l'opposizione interposta dall'assicurato (28 luglio 2017) e la presentazione del ricorso per denegata giustizia (6 dicembre 2018), erano trascorsi poco più di 16 mesi. In questo senso, la Corte federale ha constatato che il 20 novembre 2017 l'assicurato aveva chiesto l'incarto AI in visione, l'8 febbraio 2018 domandato informazioni in merito a una valutazione reumatologica eseguita nell'ottobre 2017, il 16 novembre 2018 interpellato il proprio medico di fiducia e nel dicembre 2018 tentato di ottenere dei referti da parte di un ospedale. Inoltre, nell'ottobre 2017, l'assicurato aveva cambiato di patrocinatore, il quale, sino a settembre 2018, aveva prodotto nuova documentazione medica che l'assicurato aveva sottoposto al proprio medico consulente. L'Alta Corte ha per contro riconosciuto l'esistenza di un ritardo inammissibile trattandosi di un tribunale cantonale che aveva lasciato trascorrere 25 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, rispettivamente più di tre anni dall'inoltro del ricorso cantonale, in una causa senza difficoltà eccessive in materia di assicurazione contro gli infortuni (STF 8C_176/2011 del 20 aprile 2011) oppure quando è trascorso un

termine di 24 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, in una causa il cui oggetto era unicamente il grado d'invalidità del ricorrente e in cui quest'ultimo aveva circoscritto le sue censure a due aspetti che non presentavano difficoltà particolari (STF 8C_613/2009 del 22 febbraio 2010). Un periodo di 18 mesi un'ottima idea giurisdizione cantonale e il ricorso per denegata giustizia inoltrato al Tribunale federale, non è stato qualificato quale ritardo ingiustificato, tenuto conto della necessità di procedere a un minuzioso apprezzamento di numerosi rapporti medici o perizie (STF 8C_615/2009 del

E. 28

settembre 2009). 2.14.3. Nel caso di specie, chiamato a pronunciarsi, il TCA reputa che il modo di procedere dell'amministrazione risulti corretto, visto che, come opportunamente ricordato in sede di risposta di causa, dopo avere con la decisione su opposizione (del 3 febbraio 2022) ammesso la causalità adeguata per i disturbi psichici (sul tema vedi STF 8C_68/2021 del 6 maggio 2021), ha immediatamente interpellato la propria specialista in psichiatria a proposito dell'entità dell'IMI. Dalla documentazione agli atti emerge, dunque, che l'assicuratore convenuto ha adottato le misure necessarie per fare avanzare la procedura, e ciò nel pieno rispetto del principio di celerità. In siffatte circostanze, questa Corte ritiene che, al momento in cui è stato inoltrato il ricorso sub judice (marzo 2022), all'Istituto assicuratore non potesse ancora essere imputata una denegata/ritardata giustizia. A fronte di un'IMI del 60% già accordata per le affezioni somatiche, l'amministrazione non poteva, automaticamente e semplicemente, assegnare un'IMI aggiuntiva del 20% per le affezioni psichiche, come richiesto dall'insorgente. Al riguardo, giova qui ribadire che l'IMI è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 e che se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 2 e cpv. 3 prima frase OAINF) (cfr. ad es. STF 8C_659/2010 14 febbraio 2011). 2.15. L'art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l'art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 7 marzo 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, *Actualités du TF*, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).