

## **TI\_GERICHTE 35.2022.55 vom 28. November 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-11-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2022.55](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.55)

FR: TI\_GERICHTE 35.2022.55 du 28 novembre 2022

IT: TI\_GERICHTE 35.2022.55 del 28 novembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

maggio 2022) poiché, come dichiarato dall'CO 1 in una comunicazione dell'8 giugno 2020 al TCA, l'incarto sub iudice è stato trattato dalla funzionaria che figura nell'intestazione degli allegati prodotti (in concreto, dall'avv. RA 2), senza che la giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici se ne sia in alcun modo occupata (cfr. STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). nel merito 2.2. Nel caso concreto, litigiosa è l'entità del grado dell'invalidità e della menomazione dell'integrità di cui è portatore RI 1. 2.3. Entità del grado dell'invalidità? 2.3.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, 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 LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA 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 LPGGA 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 LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il

medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 TF 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 (STF 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; STF del

### **E. 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. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido. 2.3.3. In concreto, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore ha fatto capo alle risultanze della visita medica di chiusura del 18 gennaio 2022, a margine della quale il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha considerato l'insorgente abile al lavoro al 100% (su questo specifico aspetto, si veda il doc. IV 1, p. 1) in attività che rispettano le seguenti limitazioni: " (...) L'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a leggeri tra 5 e 10 kg fino all'altezza dei fianchi spesso. Pesi medio pesanti tra i 10 e i 25 kg fino all'altezza dei fianchi talvolta. Non può più sollevare pesi pesanti sopra i 25 kg e molto pesanti fino all'altezza dei fianchi. Può sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg talvolta e di rado sollevare oltre l'altezza del petto più di 5 kg. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri, di precisione e medi. Può eseguire lavoro pesante e lavoro manuale rozzo rispettando i limiti di peso. Non può più eseguire lavori con attrezzi vibranti. Non può più eseguire lavori molto pesanti con la mano destra. Nessuna limitazione per quanto concerne la rotazione della mano. Talvolta può eseguire lavori sopra la testa. Nessuna limitazione inerente la posizione e mobilità in rotazione, in posizione seduta/inclinata in avanti e in posizione in piedi/inclinata in avanti. Molto spesso posizione inginocchiata ed in flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione in posizione di lunga durata seduta e in piedi e/o a libera scelta. Nessuna limitazione per lo spostamento, camminare fino e oltre 50 m e camminare per lunghi tratti. Può camminare su terreno accidentato molto spesso. Può salire le scale molto spesso. Può salire su scale a pioli talvolta. Limitazione dell'uso della mano destra, non della sinistra, portando una polsiera durante l'attività manuale pesante che non supera i 5-10 kg. Nessuna limitazione per l'equilibrio e stare in equilibrio." (doc. 263, p. 6) Da notare che, già in occasione della consultazione del 19 ottobre 2020, il medico curante specialista, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia della mano, aveva dichiarato che l'assicurato sarebbe stato in grado di "... utilizzare da subito la mano nello svolgere qualsiasi attività, fermo restando che attività con carico continuo potrebbero creare maggior dolore e quindi rendersi difficili nell'esecuzione. Un'attività come tecnico di cantiere potrebbe essere da subito esigibile. Ho chiesto al paziente di parlarne con il suo datore di lavoro, visto che mi riferisce di avere un'ottima relazione professionale con la ditta di cui è dipendente. Gli ho anche prescritto una polsiera di pelle fatta su misura per proteggere il polso e dare sicurezza al paziente stimolandolo nell'utilizzo della mano durante le attività quotidiane. Il paziente è soddisfatto delle spiegazioni e d'accordo sul procedere." (doc. 165, p. 3 – il corsivo è del redattore). Da parte sua, l'avv. RA 1 pretende che le condizioni di salute del suo patrocinato sarebbero ben più gravi rispetto a quelle che sono state descritte dal dott. \_\_\_\_\_ a margine della visita medica di chiusura. In particolare, il rappresentante rimprovera all'amministrazione di non aver considerato l'aspetto psichico e le sue ripercussioni sull'esigibilità lavorativa,

rispettivamente sulla menomazione dell'integrità (cfr. doc. I e doc. VIII). 2.3.4. 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; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.5. Chiamata a pronunciarsi, questa Corte rileva innanzitutto che, conformemente a una costante giurisprudenza federale, una delle condizioni necessarie affinché la perdita di guadagno concreta possa essere considerata perdita di guadagno computabile, è quella che

l'interessato eserciti un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve ritenere che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua (cfr. RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a). Questa condizione è espressione del principio generale del diritto delle assicurazioni sociali che obbliga l'assicurato ad intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3). La Corte federale ha avuto modo di esplicitamente riconfermare tali concetti in una sentenza I 147/01 del 9 maggio 2001: " b) In una recente sentenza, questo Tribunale ha ribadito che di principio il reddito da invalido va determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca una paga sociale ("Soziallohn"; DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti ivi citati). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 215) " Il TF ha deciso in questo stesso senso in una sentenza U 334/02 del 22 aprile 2003, consid. 4.1: "(...) Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire d'abandonner son entreprise au profit d'une activité plus lucrative (arrêt A. du 10 décembre 2001, U 74/ 01; RCC 1983 p 246). " Si veda pure la STF 8 C\_771/2011 del 15 novembre 2012 consid. 3. Ora, in concreto, - così come verrà meglio dimostrato nel prosieguo - il reddito conseguito dal ricorrente nell'ambito dell'attività (ridotta) di operaio presso la ditta \_\_\_\_\_, non può costituire il reddito da invalido. Non si può infatti ritenere che, in ossequio alla summenzionata giurisprudenza, l'assicurato sfrutti in maniera completa e ragionevolmente esigibile la sua restante capacità lavorativa. Fatta questa premessa, attentamente vagliato l'insieme della documentazione a sua disposizione, il TCA non vede alcuna valida ragione per scostarsi dalla valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico \_\_\_\_\_, specialista nella materia che qui interessa con alle spalle un'ampia esperienza nella medicina infortunistica e assicurativa ( in questo contesto, va comunque segnalato che, secondo una costante giurisprudenza, i medici \_\_\_\_\_, così come gli specialisti del Centro \_\_\_\_\_ dell'CO 1, sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come degli specialisti in materia di traumatologia, a prescindere dalla loro specializzazione medica – cfr. STF 8C\_108/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.4.2). In questo senso, va rilevato che agli atti di causa non figurano pareri specialistici atti a generare dei dubbi, nemmeno lievi, a proposito della correttezza della valutazione espressa dal medico fiduciario dell'amministrazione. In particolare, ciò non è il caso per le relazioni 5 luglio e 28 agosto 2022 della dott.ssa \_\_\_\_\_, specialista in medicina legale a \_\_\_\_\_, la quale non si è affatto pronunciata in merito alla restante abilità lavorativa (cfr. doc. B e doc. C2). Del resto, interpellato dall'istituto resistente in corso di causa, il medico \_\_\_\_\_ ha confermato l'esigibilità espressa in occasione della visita di chiusura anche alla luce delle considerazioni enunciate nel luglio 2022 dalla specialista privatamente consultata dal ricorrente (cfr. doc. IV 1, p. 1). Per quanto concerne la

problematica psichica , che la dott.ssa \_\_\_\_\_ definisce come un “ certo disagio psichico ” (cfr. doc. B, p. 3), in corso di causa, il rappresentante del ricorrente ha prodotto due valutazioni specialistiche, l’una, datata 25 agosto 2022, del dott. \_\_\_\_\_, spec. in psichiatria a \_\_\_\_\_ (doc. C1), l’altra, datata 24 ottobre 2022, della dott.ssa M\_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. XIV 1). Secondo il dott. \_\_\_\_\_, l’assicurato soffre di un disturbo dell’adattamento con ansia e umore depresso misti persistente-cronico (ICD-10: F43.23), insorto “... in risposta all’evento traumatico rappresentato dalle complicanze infettive osteomielitiche della frattura e delle procedure di riduzione, curettage, copertura e debridement chirurgici delle stesse con esiti disfunzionali e menomativi importanti e permanenti per il signor RI 1 anche per quanto concerne l’immagine di sé, la percezione della propria integrità corporea e del proprio ruolo sociale. Tali sintomi sono insorti entro tre mesi dall’evento stressante e sono persistenti (cronici) durando da oltre sei mesi (Crit. A).”. Lo specialista ha poi sostenuto che il diagnosticato disturbo configura un “danno biologico” pari al 12% (doc. C 1). Da parte sua, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha formulato la diagnosi di episodio depressivo lieve (ICD-10: F32.0), esordito come una sindrome da disadattamento, reazione prolungata (ICD-10: F43.21) non risoltasi nei due anni previsti dal criterio temporale necessario per poter continuare a considerare tale diagnosi. Al riguardo, ella ha rilevato in particolare che l’insorgente “... ha sempre lavorato e per cui il lavoro era un punto fondamentale, attorno a cui ruotava tutta la sua esistenza. Le sequele dell’incidente, più che l’incidente stesso, hanno comportato un trauma nel paziente perché di colpo si è trovato privato di ciò che meglio rappresentava la sua identità, ovvero il lavoro. L’improvvisa perdita di ruolo ha minato quindi l’aspetto professionale ed economico in primis, ma anche gli aspetti sociali e relazionali: non lavorando più si sente un fallito, non si riconosce più, ha perso autostima e sicurezza in sé stesso. Il difetto estetico derivato dai vari interventi, non più migliorabile, aggrava gli aspetti sociali e relazionali, limitandoli.”. La psichiatra privatamente consultata dall’assicurato ha infine dichiarato quest’ultimo inabile al lavoro in misura del 20% in ogni attività (doc. XIV 1). L’istituto assicuratore convenuto ha lasciato aperta la questione di sapere se tra l’infortunio dell’agosto 2019 e la problematica psichica esista una relazione di causalità naturale , tenuto conto che quest’ultima non costituisce comunque una conseguenza adeguata di quell’evento traumatico (cfr. doc. X, p. 1 e doc. XVI). Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale condivide il procedere seguito dall’CO 1, consistente nel procedere innanzitutto a valutare l’esistenza di un nesso di causalità adeguata tra i disturbi psichici e l’evento infortunistico, lasciando aperta la questione di sapere se le turbe psichiche costituiscono una conseguenza naturale del sinistro assicurato. A proposito dell’affermazione contenuta nel referto 25 agosto 2022 dello psichiatra dott. \_\_\_\_\_, secondo la quale la sintomatologia psichica sarebbe insorta a distanza di tre mesi dal sinistro (cfr. doc. C 1), il TCA segnala comunque che dalle tavole processuali non emerge che, antecedentemente alla presentazione del ricorso, il ricorrente abbia mai palesato turbe psichiche né che abbia consultato uno specialista in psichiatria o necessitato di specifiche terapie, anche solo medicamentose. Nell’esaminare l’adeguatezza del legame causale in relazione all’evento del 12 agosto 2019 , bisogna in primo luogo procedere alla classificazione di quest’ultimo. Per quanto riguarda la sua dinamica, dal rapporto di audizione del 23 settembre 2019 risulta la seguente descrizione: " (...) Volevo scavalcare la ringhiera di un muretto alta all’incirca un metro. Per facilitarmi l’impresa avevo appoggiato il palmo della mano destra sul bordo superiore della ringhiera. Mi ero poi lanciato con il corpo per appunto saltare la ringhiera. Quando tutto il peso del corpo era caricato sulla

mano destra, avevo perso parzialmente la presa del bordo della ringhiera. Piegandosi la mano sotto la ringhiera, il peso del corpo mi era finito sull' articolazione del polso destro." (doc. 21) Conformemente alla giurisprudenza, per classificare l' infortunio in una delle tre categorie, ci si deve unicamente fondare , da un punto di vista oggettivo, sull' evento infortunistico in quanto tale . Sono determinanti le forze generate dall' infortunio e non le conseguenze che ne sono derivate. La gravità delle lesioni riportate – che costituisce l' uno dei criteri oggettivi per giudicare il carattere adeguato del nesso di causalità – deve essere presa in considerazione in questa fase unicamente nella misura in cui fornisce un' indicazione circa le forze in gioco al momento del sinistro (cfr. STF 8C\_663/2019 del 9 giugno 2020 consid. 4.3.2; 8C\_567/2017 del 12 marzo 2018 consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). Secondo il TCA, quello accaduto al ricorrente rappresenta un sinistro tra i più banali: nello scavalcare una ringhiera alta 1 metro, egli ha parzialmente perso la presa e si è distorto il polso destro. Pertanto, l' evento in questione deve essere classificato nella categoria degli infortuni leggeri o insignificanti . Del resto, è utile segnalare che, secondo la dott.ssa \_\_\_\_\_, la patologia psichica è reattiva alle conseguenze dell' infortunio e non all' infortunio in quanto tale (cfr. doc. XIV 1). Dato un evento traumatico leggero o insignificante, secondo costante giurisprudenza federale, il nesso di causalità adeguata va negato a priori (cfr. DTF 117 V 383). Stante ciò, la problematica psichica che presenta l' assicurato in base alle certificazioni prodotte in corso di causa, non è di pertinenza dell' assicuratore contro gli infortuni e, quindi, non deve nemmeno essere presa in considerazione per valutare l' esigibilità lavorativa (né per determinare la menomazione dell' integrità). Sulla scorta di tutto quanto esposto, richiamato l' obbligo che incombe alla persona assicurata 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, p. 57, 551 e 572; Landolt , Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, p. 221), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante che l' insorgente in un' attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti indicati dal fiduciario dell' CO 1) presenta una capacità lavorativa completa. In questo contesto, è ancora utile segnalare che il concetto d' invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato , nozione quest' ultima teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall' altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 170 p. 899). Stante ciò, appare inconferente l' obiezione sollevata dall' avv. RA 1, secondo la quale il tasso di disoccupazione in Ticino è più elevato rispetto al resto della Svizzera. Inoltre, gli impedimenti ritenuti dal medico di fiducia non sono tali da poter sostenere che ci si troverebbe confrontati a una costellazione particolarmente sfavorevole ai fini reintegrativi. Difatti, la giurisprudenza federale ha già avuto modo di precisare che vi sono sufficienti opportunità realistiche di occupazione sul mercato del lavoro equilibrato, in conformità con la legge, anche per le persone che sono funzionalmente limitate all' uso di un arto superiore solo e inoltre possono svolgere soltanto un lavoro leggero (cfr. STF 8C\_462/2020 del 27 agosto 2020; 8C\_134/2020 del 29 aprile 2020 consid. 4.5; 8C\_227/2018 del 14 giugno 2018 consid. 4.2.1; 8C\_37/2016 dell' 8 luglio 2016 consid. 5.1.2). Il rappresentante non può

pertanto essere seguito laddove ritiene inverosimile che, tenuto conto delle limitazioni e dei dolori che lamenta all'arto superiore dominante, il ricorrente possa reperire sul mercato del lavoro delle opportunità occupazionali idonee. Infine, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza 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 (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.; cfr. STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3 con riferimenti).

2.3.6. 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, 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 sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2022, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° maggio 2022.

2.3.7. Per quanto attiene al reddito da valido, l'assicuratore infortuni resistente l'ha fissato in fr. 79'040, basandosi sulle indicazioni fornitegli direttamente dal datore di lavoro dell'assicurato (doc. 283, p. 5 e doc. 296). Questo dato - non contestato dal ricorrente (cfr. doc. I) -, può senz'altro essere fatto proprio dal TCA.

2.3.8. 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 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. 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 " (cfr. la STCA 35.2021.88 del 14 marzo 2022, consid. 2.5.5). 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).

2.3.9. Giova infine segnalare che nella sentenza 8C\_256/2021 del 9 marzo 2022 relativa all'assicurazione per l'invalidità, pubblicata in DTF 148 V 174 (in una sentenza 8C\_541/2021 del 18 maggio 2022 consid. 5.2.1, il TF ha poi precisato che i principi sviluppati nella sentenza 8C\_256/2021 si applicano anche nell'assicurazione contro gli infortuni ), l'Alta Corte ha negato che fossero adempiuti i presupposti per un cambiamento della propria giurisprudenza in materia di determinazione del grado d'invalidità in applicazione dei dati salariali statistici pubblicati dall'UFS (Rilevazione svizzera della struttura dei salari [RSS]). Nel comunicato stampa del 9 marzo 2022 figurano in particolare le seguenti indicazioni: " (...) La determinazione del grado d'invalidità è in linea di principio disciplinata dalla legge. Con il concetto di un mercato del lavoro equilibrato (secondo l'articolo 16 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, LPGA), il legislatore presuppone fondamentalmente che un lavoro corrispondente alle loro capacità sia disponibile anche per le persone con problemi di salute. Questo concetto giuridico non può essere derogato utilizzando invece opportunità di lavoro concretamente esistenti o condizioni concrete del mercato del lavoro. Il computo del valore del reddito da valido e da invalido non era stato fino ad ora disciplinato in dettaglio dalla legge. Principalmente, in conformità della giurisprudenza finora in vigore, vengono prese in considerazione le circostanze concrete, ovvero il salario effettivamente ottenuto prima o dopo l'inizio dell'invalidità. Solo se questo non è possibile si usano i dati statistici salariali, di solito quelli risultanti dalle tabelle RSS. L'uso delle RSS per determinare l'invalidità è quindi "ultima ratio". Le RSS si basano su un sondaggio condotto ogni due anni tra le aziende in Svizzera. Si fonda quindi su dati completi e concreti del mercato del lavoro reale. Il salario mediano dei salari lordi standardizzati della RSS, che deve essere preso come base secondo la prassi finora in vigore del Tribunale federale, è in linea di principio adatto come valore di partenza per determinare il reddito da invalido. Per tener conto del fatto che una persona invalida può essere in grado di utilizzare la sua capacità lavorativa residua solo con un successo inferiore alla media, anche in un mercato del lavoro equilibrato, la giurisprudenza vigente prevede la possibilità di una decurtazione ("deduzione per circostanze personali e professionali") fino al 25 % dal salario tabellare. Questa deduzione è di fondamentale importanza come strumento di correzione per determinare un reddito da

invalido che sia il più concreto possibile. Tenuto conto della possibilità della deduzione per circostanze personali e professionali, il Tribunale federale ha finora espressamente rifiutato di prendere come base il quartile più basso del valore della tabella. Un altro strumento di correzione è il parallelismo dei redditi. Questo serve anche a prendere in considerazione i casi individuali quando si confrontano i redditi. Non è chiaro fino a che punto la determinazione del reddito da invalido sulla base del valore mediano della RSS, eventualmente corretto per mezzo degli strumenti menzionati, debba essere considerato discriminatorio. Dalla circostanza che i presupposti per un cambiamento di prassi non siano oggi adempiuti non si può dedurre che la giurisprudenza – segnatamente in considerazione della modifica dal 1° gennaio 2022 della legge federale e dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità – non possa svilupparsi ulteriormente. Un cambiamento della giurisprudenza in questo momento non sarebbe tuttavia opportuno, anche in considerazione della revisione ormai entrata in vigore. Questo concerne l'uso dei dati statistici salariali per il confronto dei redditi e gli strumenti di correzione. Su tale questione il Tribunale federale non deve esprimersi nel caso in rassegna. (...)” (cfr. Comunicato stampa del Tribunale federale: [https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/it/8c\\_0256\\_2021\\_yyyy\\_mm\\_dd\\_T\\_i\\_13\\_37\\_00.pdf](https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/it/8c_0256_2021_yyyy_mm_dd_T_i_13_37_00.pdf)) 2.3.10. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha quantificato in fr. 69'061 il reddito da invalido, facendo capo alla RSS 2018, tabella TA1\_tirage\_skill\_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2022, senza applicare riduzioni di sorta (cfr. doc. 296). Il dato considerato dall'amministrazione viene contestato dal ricorrente. Egli fa valere che sul reddito statistico avrebbe dovuto essere operata una riduzione sociale per tenere conto dell'età e dello statuto di frontaliere (cfr. doc. I). Il Tribunale può limitare il proprio esame a questo solo aspetto. Trattandosi dell'entità della riduzione sociale, va ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TF 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 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2, il TF ha inoltre precisato 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. L'età dell'insorgente al momento determinante (maggio 2022 – cfr., su questo specifico aspetto, la STF 8C\_405/2021 del 9 novembre 2021 consid. 6.4.2) – 41 anni – non giustifica una decurtazione a tale titolo del reddito statistico da invalido (in questo senso, si veda la STF 8C\_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2, pubblicata in DTF 148 V 195, concernente un assicurato di 61 anni, in cui la Corte federale ha rilevato che, in base alle rilevazioni RSS, nel caso di uomini che si trovano nella fascia tra i 50 e i 64/65 anni, l'età comporta piuttosto un aumento del livello retributivo, trattandosi di posti di lavoro senza funzione di

quadro e che, in concreto, il ricorrente non era stato in grado d'indicare per quali motivi, su un mercato del lavoro equilibrato, egli avrebbe guadagnato meno in ragione della sua età e la già citata STF 8C\_256/2021 consid. 10.2, in cui è stato negato che l'età dell'assicurato, nato nel 1964, giustificava l'applicazione di una riduzione sociale). Del resto, non può nemmeno essere ignorato che al momento della nascita del diritto a una rendita, l'assicurato aveva un'età ancora piuttosto lontana da quella ordinaria di pensionamento (in questo senso, si veda la STF 8C\_122/2019 del 10 settembre 2019 consid. 4.3.2, riguardante un assicurato cinquantenne). In questo contesto, è ancora utile segnalare che, in una recente sentenza 8C\_716/2021 del 12 ottobre 2022 consid. 8.5, destinata alla pubblicazione, il Tribunale federale ha chiarito che in materia di assicurazione contro gli infortuni, alla luce della norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF, occorre fare astrazione dall'età avanzata della persona assicurata. Secondo il TCA, neppure lo statuto di frontaliere dell'assicurato può giustificare una decurtazione del reddito statistico da invalido. Da un lato, semplici riferimenti a dati statistici, come fatto dall'avv. RA 1 nella fattispecie, non sono sufficienti (DTF 146 V 16 consid. 6.2.3 con rinvii; cfr. pure, la STF 9C\_401/2018 del 6 novembre 2018 consid. 5.2.3). D'altro canto, il salario da valido dell'assicurato nel 2022, pari a fr. 79'040, è superiore a quello tabellare (di fr. 72'279.23) dell'8.55%, di modo che non vi era, né vi è, alcuna ragione di ritenere che in un'attività sostituiva adeguata semplice e ripetitiva il ricorrente non sarebbe in grado di percepire un salario simile a quello previsto dalla pertinente tabella TA1 della RSS (DTF 146 V 16 consid. 6.2.3 con rinvii; cfr., altresì, la STF 8C\_684/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 5.1 e 5.3; 8C\_72/2007 del 28 gennaio 2008 consid. 2.3). Il reddito statistico da invalido ammonta quindi a fr. 69'061, così come stabilito dall'assicuratore convenuto (le ulteriori modalità di determinazione del reddito da invalido non sono state contestate). Ora, confrontando i fr. 69'061 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 79'040, risulta una perdita di guadagno del 12.62%, arrotondata al 13%. La decisione su opposizione, mediante la quale è stata assegnata una rendita del 13%, deve quindi essere confermata.

2.4. Entità della menomazione dell'integrità? 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute

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

2.4.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. 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).

2.4.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico fiduciario, ha assegnato all'assicurato un'IMI del 10% (cfr. doc. 298, p. 8). Questa la valutazione dell'IMI contenuta nell'apprezzamento 18 gennaio 2022 del dott. \_\_\_\_\_: " (...). 1 Reperti Stato dopo distorsione della mano destra il 12.08.2019 con valutazione in PS il 22.08.2019. Edema midollare del navicolare e del lunato (RM del 28.08.2019) compatibile con contusione ossea; degenerazione con formazione cistica pluricamerata ai tessuti molli compatibile con un ganglio con alterazione edematosa, entra in considerazione piccola contusione ossea oppure alterazione degenerativa riguardante il trapezio e osso capitato; lesione del legamento scafo-lunato prossimale e dorsale con lesione della cartilagine del navicolare (degenerativa); lesione del legamento scafo-lunato di non recente data; degenerazione del complesso fibro-cartilagineo triangolare. 23.01.2020: artroscopia diagnostica radiocarpica e medio-carpica polso destro con sinoviectomia articolare, ricostruzione a cielo aperto legamento scafo-lunato secondo tecnica di Garcia-Elias (dei 3 legamenti) usando una striscia del flessore radiale del carpo. 13.03.2020: debridement cutaneo e tessuto sottocutaneo, sinoviectomia estesa degli estensori, sinoviectomia estesa del polso destro, debridement osseo dello scafoide, semilunare, piramidale e capitato, impianto VAC. 18.03.2020: debridement polso destro, fasciectomia estensiva più VAC polso destro. 20.03.2020: debridement polso destro e copertura con lembo anterolaterale di coscia da destra, anastomosi end-to-side con l'arteria radiale. Sviluppo di un infetto

radio-carpico/metacarpale con terapia antibiotica coinvolgendo il PD dr. med. \_\_\_\_\_.

10.03.2021: intervento di tenolisi tendini estensori polso/mano e scrostamento del lembo (2/3 radiali) polso destro. 2 Valutazione del danno all'integrità 10% 3 Motivazione Secondo la tabella 5.2 un'artrosi radiocarpica e metacarpale meno grave viene valutata tra 5 e 10%. Un'artrosi grave viene valutata tra 10 e 15%. Nel caso dell'assicurato dove l'infortunio ha provocato una deiscenza tra osso lunato e scafoideo, dove si nota attualmente una ridotta distanza radio carpica e un'insufficienza tra osso lunato e scafoideo con un capitato che mostra una degenerazione tra osso lunato e scafoideo, un 10% è giustificato." (doc. 264) L'entità dell'indennità riconosciuta dall'amministrazione è stata contestata dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ nel quadro della sua relazione medica del 5 luglio 2022. In quella sede, ella si è infatti espressa in questi termini: " (...) Per la valutazione del quadro menomativo residuo ci si dovrà riferire e alla Tabella 1 – Menomazione dell'integrità da alterazioni funzioni degli arti superiori alla voce artrosi della radiocarpica con quantificazione del danno pari al 15% e non potrà poi non essere altresì considerata in riferimento alla Tabella 5 – Menomazione dell'integrità per artrosi, la voce di danno artrosi del polso moderata 5-10% e quindi con criterio della massima possibile obiettività non potendo procedere ad una mera sommatoria delle voci di danno, quantificare in ogni caso complessivamente il danno nella misura del 20%. Si segnala altresì come il periziando manifesti un certo disagio psichico in conseguenza dell'evento de quo per il quale è stato consigliato contatto con specialista psichiatra. Ci si riserva quindi di valutare eventuali menomazioni dell'integrità degli esiti psichici che andranno conglobate con il danno "funzionale già evidenziato." (doc. B) Invitato dall'amministrazione a pronunciarsi in proposito, con apprezzamento del 26 luglio 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha confermato il proprio apprezzamento della menomazione dell'integrità, enunciando le seguenti considerazioni: " (...) La valutazione/interpretazione della dott.ssa \_\_\_\_\_ non è corretta, nel senso che non siamo in presenza di una artrosi avanzata. Questo è stato descritto in maniera esaustiva e precisa anche nel mio rapporto di visita del 25.01.2022. La valutazione della IMI si basa sull'attuale e reale situazione che ho descritto esattamente anche nella diagnosi. Si ricorda che l'assicurato è già portatore di uno stato degenerativo pluri-localizzato al metacarpo, non dovuto a conseguenze infortunistiche. Il signor RI 1 ha subito solo una lesione al legamento scafo-lunato che non ha modificato lo stato artrosico preesistente. Ha subito una lesione al legamento scafo-lunato che è stato riparato e di nuovo ricostruito con un intervento. Quindi, le sole conseguenze infortunistiche sono state trattate correttamente evitando un futuro collasso del metacarpo. La dott.ssa \_\_\_\_\_ non ha nessuna specializzazione in chirurgia, nel suo rapporto non ha menzionato il fatto di aver visionato le radiografie, descrive unicamente le patologie come già riportato dal sottoscritto nell'elenco delle diagnosi all'interno del mio rapporto. Per quanto riguarda il diritto all'indennità per menomazione dell'integrità, lo stato attuale è stato valutato correttamente che non mostra una panartrosi ma solo una artrosi medio-grave, valutazione che è stata svolta in base alla reale situazione radiologica. Secondo le tabelle CO 1 non è permesso aggiungere un ulteriore valore IMI per la stessa parte del corpo, né valori di due diverse tabelle (per la stessa patologia). L'interpretazione della tabella IMI da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ in questo senso non è corretta. Faccio riferimento alla tabella 5.2, in cui un'artrosi dell'articolazione radio-carpica viene valutata con il 15% e l'artrosi delle ossa metacarpali con il 10%. Secondo questa tabella il valore del 10% è giustificato anche in caso di grave artrosi del metacarpo, che viene valutata dal 10 al 15% e la radio-carpica con 10 a 25%. Di fatto l'assicurato presentava già questa artrosi, (dunque preesistente

all'infortunio), che ha permesso di valutare lo stato attuale, un'artrosi del metacarpo, che è ovviamente presente, giustificando un 10%. Quindi, la mia valutazione comprende già una artrosi funzionale in base alla tabella 5.2, assegnando un 10%. Si ricorda anche che la pro/supinazione come anche l'eversione sono ancora conservate con mobilità del metacarpo possibile. In caso di dolori non sopportabili l'assicurato può sempre sottoporsi a questo intervento di artrodesi dell'articolazione radio-carpica. Fino ad ora l'assicurato non ha desiderato sottoporsi a tale intervento. (...). Qualora in futuro venisse eseguita un'artrodesi radio-carpica questa verrebbe rivalutata nel senso di un probabile aumento della IMI. Concludendo, fino ad ora l'assicurato non ha desiderato sottoporsi all'artrodesi e gli elementi a disposizione non permettono di ammettere, secondo il criterio della probabilità preponderante, che i dolori diventeranno così insopportabili tanto che l'assicurato si sottoporrà all'artrodesi.” (doc. IV 1) Con rapporto del 28 agosto 2002, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha ulteriormente rilevato che l'insorgente ha “... subito ben cinque interventi chirurgici, venendo, non da ultimo, prospettato un intervento di artrodesi della radiocarpica. Si precisa che non solo è compromessa la funzionalità del polso ma anche la capacità prensile della mano, si ricorda che il signor RI 1 è costretto a lavorare con un tutore inglobante il I raggio della mano destra – arto dominante. Il quadro clinico, giova ribadirlo nuovamente, è stato complicato da un'artrite settica ed osteomielite che ha verosimilmente determinato un aggravamento anche del quadro artrosico preesistente. Motivo per cui nella valutazione complessiva del quadro menomativo residuo, con criteri e della massima possibile obiettività e dell'analogia, si è fatto riferimento a due voci tabellari che insistono sullo stesso distretto anatomico.” (doc. C 2). Tutto ben considerato, il TCA ritiene che la valutazione del medico \_\_\_\_\_ possa validamente costituire da fondamento al giudizio che è ora chiamato a rendere. Le considerazioni contenute nella relazione della dott.ssa \_\_\_\_\_ non appaiono atte a sminuire il valore probatorio attribuito all'apprezzamento del dott. \_\_\_\_\_. In particolare, la specialista in medicina legale non può essere seguita nella misura in cui pretende che l'indennità venga stabilita in applicazione della Tabella n. 1 (“ Artrodesi radio-carpica ” - 15%) e della Tabella n. 5 (“ Artrosi radio-carpica ” – 5-10%). Al riguardo, il medico \_\_\_\_\_ ha ben spiegato che, per una medesima menomazione, non è consentito considerare i valori previsti da due diverse tabelle. Il dott. \_\_\_\_\_ ha pure illustrato le ragioni per le quali non è al momento possibile applicare il valore previsto per l'artrodesi radio-carpica. Inoltre, occorre sottolineare che l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche. Ciò significa che per tutti quegli assicurati che presentano uno stesso status medico, la menomazione all'integrità sarà la medesima; essa è, in effetti, stabilita in maniera astratta, uguale per tutti. In altri termini, l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, ma bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (cfr. 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, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.). In questo senso, il semplice fatto che il ricorrente sia stato sottoposto a più interventi chirurgici oppure il semplice fatto che il decorso sia stato complicato, non sono di per sé atti a influenzare l'entità della menomazione dell'integrità. La decisione su opposizione impugnata deve quindi essere confermata anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta un'IMI del 10%.

2.5. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura

deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. 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 dell'11 luglio 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\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C\_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C\_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C\_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C\_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

2.6. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, p. 6). 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del 20 settembre 2004).

Determinante è di principio la situazione finanziaria esistente al momento della presentazione della domanda di assistenza giudiziaria (DTF 120 Ia 179 consid. 3a) oppure – qualora siano nel frattempo intervenuti dei cambiamenti – quella al momento in cui viene presa la relativa decisione (cfr. DTF 108 V 265 consid. 4; STF 8C\_381/2011 del 7 ottobre 2011 consid. 1). Nella fattispecie, dalla documentazione agli atti risulta che l'insorgente è celibe e ha a suo carico una figlia (minorenne) (cfr. doc. 21 e allegato al doc. C5). Secondo quanto dichiarato nel ricorso, egli disporrebbe, quali uniche entrate, del reddito conseguito presso la ditta \_\_\_\_\_ (fr. 2'510/mese ca. – cfr. doc. I, p. 6) e della rendita LAINF corrispostagli dall'CO 1 (fr. 695/mese – doc. 298, p. 2), per un ammontare pari a fr. 3'205 /mese. In realtà, dallo scritto 8 agosto 2022 dell'CO 1 (doc. C 4) si apprende che l'assicurato, a seguito di un (nuovo) infortunio occorsogli nel giugno 2022, è al beneficio di un'indennità giornaliera piena di fr. 158.70 per giorno civile, pari a fr. 4'700/mese circa. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'insorgente deve essere applicato l'importo base mensile previsto per il debitore monoparentale con obblighi di mantenimento pari a fr. 1'350, al quale vanno aggiunti fr. 400 per il mantenimento della figlia, importi stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento (CEF), quale autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questo importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il

calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in BISchK 2001, p. 19). In concreto, all'importo base mensile non va aggiunto il supplemento imposto dalla giurisprudenza federale in quanto, in ossequio a quanto prevede la succitata tabella CEF, per quanto attiene ai debitori frontalieri, ovvero domiciliati o dimoranti nella fascia di confine tra Svizzera e Italia, l'importo di base mensile dovrebbe comunque essere ridotto del 20% . Ora, quand'anche all'importo base mensile si volessero sommare la pigione (euro 650/mese, pari a ca. fr. 650/mese), la rata del leasing dell'autovettura (euro 420, pari a ca. fr. 420/mese), il costo del carburante (euro 200, pari a ca. fr. 200/mese) e le spese (supplementari) per la figlia (euro 600, pari a ca. fr. 600/mese), RI 1 non potrebbe essere dichiarato indigente. In effetti - tenuto conto della situazione attuale (con un'entrata mensile di ca. fr. 4'700) - egli presenterebbe comunque ancora un'eccedenza mensile di circa fr. 1'000 (fr. 12'000/anno). In tali circostanze, l'insorgente deve essere ritenuto in grado di fare fronte alle spese legali. La sua domanda di assistenza giudiziaria non può dunque essere accolta.

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