

TI_GERICHTE 35.2025.68

TI Tribunale d'appello, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2025.68

Volltext

Raccomandata

Incarto n.35.2025.68

cr

Lugano

2 febbraio 2026

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattrice:

Cinzia Raffa Somaini, cancelliera

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso dell'■11 settembre 2025 di

RI1, _____

contro

la decisione su opposizione del 12 agosto 2025 emanata da

CO1, _____

in materia di assicurazione contro gli infortuni

ritenuto in fatto

1.6. In data 1 ottobre 2025 il legale ha chiesto che l'■insorgente venga posto al beneficio del gratuito patrocinio, allegando il certificato per l'■ammissione all'■assistenza giudiziaria e la relativa documentazione (doc. V + 1).

considerato in diritto

in ordine

nel merito

2.2. In concreto, è litigiosa la questione di sapere se l'■amministrazione era legittimata, oppure no, a dichiarare estinto dal 1° giugno 2025 il proprio obbligo a prestazioni dipendente dalla ricaduta del 18 agosto 2023 dell'■evento infortunistico del 19 dicembre

2005 intervenuto alla mano sinistra, rifiutando di attribuire una rendita di invalidità aggiuntiva (rispetto a quella del 25% già percepita a partire dal 2004 in relazione ad un altro infortunio del 4 settembre 2000 interessante la mano destra).

Pure contestata l'entità dell'indennità per menomazione dell'integrità.

2.3. 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 stabilito 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; STF 8C_359/2023 del 12 luglio 2023 consid. 4.1; 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2; 8C_95/2021 del 27 maggio 2021 consid. 3.2).

In una sentenza 8C_614/2019 del 29 gennaio 2020 consid. 5.3, l'Alta Corte ha precisato la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 109, nel senso che quest'ultima non implica una valutazione fondata esclusivamente in funzione della capacità lavorativa, segnatamente laddove la persona assicurata ha ripreso a svolgere la sua abituale attività professionale.

In quest'ultimo caso, occorre esaminare se un trattamento medico è indicato e se ci si possa ancora attendere un notevole miglioramento delle condizioni di salute. Allorquando la capacità lavorativa è sempre rimasta completa (caso definito "bagatella") ma un trattamento medico è comunque necessario, il sensibile miglioramento dello stato di salute richiesto per il diritto alla cura medica ai sensi dell'art. 10 LAINF non può essere determinato in funzione dell'atteso aumento della capacità lavorativa. In questo senso, un'abilità lavorativa non limitata non comporta di per sé la perdita del diritto alle prestazioni sanitarie.

A titolo d'esempio, è utile segnalare la sentenza 8C_354/2014 del 10 luglio 2014, riguardante un avvocato che a causa delle conseguenze di un infortunio soffriva di un deficit di forza e d'impedimenti nella mobilità del piede e della gamba destra, senza effetti

sulla sua capacità lavorativa ma con limitazioni nella vita quotidiana. Siccome dalla continuazione della cura medica ci si poteva ancora attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute infortunistico, il TF ha ammesso un ulteriore diritto alle prestazioni sanitarie (su quest'aspetto, si veda pure KOSS ■ Hürzeler/Kieser, Berna 2018, art. 19 LAINF n. 8).

Per contro, se la persona assicurata presenta un'abilità lavorativa limitata nella sua abituale professione ma dispone di una piena capacità lavorativa in attività sostitutive confacenti, il caso deve di regola essere considerato stabilizzato, anche qualora la continuazione della cura medica sia suscettibile di prevenire un eventuale peggioramento (cfr. D. Jonta, *Stabilisation de l'état de santé en LAA*, HAVE/REAS 2023, p. 315 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati).

2.4. Secondo il già citato art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio o di malattia professionale ha diritto all'indennità giornaliera.

Giusta l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

L'entità dell'incapacità lavorativa (e, quindi, il diritto all'indennità giornaliera ex art. 16 LAINF) deve essere valutata considerando le mansioni che l'assicurato è concretamente chiamato a compiere nell'esercizio della sua abituale professione.

Nella RAMI 2004 U 529, p. 572ss., consid. 1.4., il TFA ha precisato che la definizione di incapacità al lavoro, così come quelle d'incapacità al guadagno e d'invalidità contenute nella LPGA, corrispondono alle definizioni e ai principi dell'assicurazione contro gli infortuni elaborati finora dalla giurisprudenza.

La questione di sapere se l'assicurato sia o meno incapace di lavorare in misura giustificante il riconoscimento del diritto a prestazioni deve essere valutata sulla base dei fatti forniti dal medico.

Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'espletto delle 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.

Determinante ai fini della graduazione dell'incapacità lavorativa non è comunque l'apprezzamento medico-teorico, bensì la diminuzione della capacità di lavoro che effettivamente risulta dall'impedimento (RAMI 1987 K 720 p. 106 consid. 2, U 27p. 394 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata; RJAM 1982 n. 482 p. 79 consid. 2).

L'assicurato che rinuncia a utilizzare la sua residua capacità oppure che non mette in atto i provvedimenti da lui ragionevolmente esigibili per sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa è, ciò nonostante, giudicato per l'attività che egli potrebbe esercitare dimostrando buona volontà.

Carenze di volontà risultanti da un'anomalia caratteriale non sono prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione infortuni: possono essere, tutt'al più, considerate nell'ambito

dell'assicurazione malattia se la loro causa è da ricercare in un'affezione patologica (DTF 101 V 145 consid. 2b; 111 V 239 consid. 1b e 2a; RAMI 1986 p. 56; 1987 p. 105 consid.2; 1987 p. 393 consid. 2b; 1989 p. 106 consid. 1d; Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 91).

2.5. 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 dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti).

L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti).

È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10

pag. 35 consid. 4b).

2.6. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'assicuratore LAINF resistente ha negato dal 1° giugno 2025 il diritto ad ulteriori prestazioni, facendo capo al parere del proprio medico fiduciario.

Ineffetti, con valutazione del 14 aprile 2025 la dr.ssa _____, spec. in medicina fisica e riabilitazione, poste le diagnosi di lesioni di amputazione dito pollice mano destra con copertura del moncone con trapianto ad isola vascolarizzato all'arteria radiale (04.09.2000); Snac Wrist tipo II del polso sinistro in esiti di pseudoartrosi dello scafoide sinistro, ha rilevato quanto segue:

"().

2.7. Chiamato a pronunciarsi, nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene di potere fondare il proprio giudizio sull' apprezzamento medico della dr.ssa _____, posto a fondamento della decisione su opposizione qui impugnata, che va considerato pienamente probante sia in merito alla valutazione delle prestazioni di corta durata, sia per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa e del diritto all'IMI.

2.7.1. Innanzitutto, analizzando l'aspetto della stabilizzazione dello stato di salute, questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione con la quale la dr.ssa _____ ha valutato l'assicurato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, delle attività confacenti al danno alla salute infortunistico.

Stante la completa esigibilità in attività leggere adatte alle limitazioni funzionali poste dal medico fiduciario, in applicazione della giurisprudenza federale citata in precedenza (cfr. supra, consid. 2.3.: D. Jonta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 2023, p. 315 e i riferimenti giurisprudenziali ivi citati con rinvio particolare alla STF 8C_14/2010 del 4 agosto 2010 consid. 3), l'assicuratore resistente era legittimato a considerare stabilizzate le condizioni di salute dell'insorgente e, dunque, a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF.

La conclusione alla quale è giunta la dr.ssa _____, del resto, non è stata contestata attraverso la presentazione di documentazione medica in grado di smentirla.

Il solo fatto che la persona assicurata senta ancora dei dolori, come rilevato dal dr. _____ (cfr. doc. K: riesce a svolgere ancora buona parte delle attività seppur con dolore), non permette di concludere che il suo stato di salute non sia stabilizzato (D. Jonta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 2023, p. 316, con rinvio alle STF 8C_20/2022 del 10 giugno 2022 consid. 6.3; STF 8C_247/2018 del 1° aprile 2019 consid. 5.3; STF 8C_83/2017 dell'11 dicembre 2017 consid. 4.3). Anche la prescrizione di medicinali analgici e di sedute di fisioterapia o accertamenti supplementari per stabilire le cause dei dolori, sono compatibili con uno stato di salute stabilizzato (Jonta, op. cit., con rinvio alle STF 8C_93/2022 del 19 ottobre 2022 consid. 4.2; STF 8C_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1).

Neppure il fatto che l'assicurato potrebbe, in futuro, essere sottoposto, nell'ambito delle cure palliative, ad un intervento di resezione della prima filiera del carpo come proposto dal dr. _____ e, in un primo momento, accettato dall'assicurato, salvo poi annullarlo (cfr. doc. 56 fascicolo 1 CO1) oppure ad un intervento di denervazione, come proposto dal dr. _____, contattato per una seconda opinione (cfr. doc. K) - eventualità comunque al momento rifiutata dall'assicurato (cfr. doc. 61 e doc. I) - non permetterebbe, in ogni caso,

di considerare non stabilizzato lo stato di salute. Difatti, in tale evenienza, l'assicurato potrà annunciare una ricaduta del sinistro, con ripristino del diritto alle prestazioni di corta durata (cfr. art. 11 OAINF; cfr. pure, la STCA 35.2021.97 del 21 marzo 2022, consid. 2.3.5 e la STCA 35.2022.87 del 30 gennaio 2023, consid. 2.4.4).

In esito a tutto quanto precede, all'istituto assicuratore resistente non può dunque essere rimproverato di aver prematuramente proceduto alla definizione delle prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità + IMI), con conseguente estinzione del diritto alla cura medica e all'indennità giornaliera a norma dell'art. 19 cpv. 1 LAINF a partire dal 1° giugno 2025.

2.7.2. Passando quindi all'esame della capacità lavorativa dell'assicurato, aspetto indispensabile al fine di valutare l'eventuale diritto ad una rendita, questo Tribunale non ha alcun valido motivo per scostarsi dalla valutazione espressa in proposito dalla dr.ssa _____.

Quest'ultima, infatti, ha valutato lo stato di salute dell'interessato, giungendo alla conclusione che egli conservi una piena capacità lavorativa in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, osservando:

Questo Tribunale rileva che la valutazione della dr.ssa _____ è stata contestata unicamente facendo valere che l'assicurato continua a presentare un'inabilità del 75% nella propria professione di meccanico, di tipo pesante, come attestato dal curante, dr. _____ (cfr. doc. J: il 75% dal 1.6.2025 al 30.06.2025).

Ora, come del resto rilevato anche dall'amministrazione, tali contestazioni non necessitano di essere ulteriormente approfondite, ritenuto, da un canto, come lo stesso istituto assicuratore abbia riconosciuto la non piena esigibilità lavorativa nell'attività pesante di meccanico e, d'altro canto, sia stata valutata l'esistenza di una piena abilità lavorativa nell'esercizio di attività adeguate, di tipo leggero, nel rispetto delle limitazioni indicate dalla dr.ssa _____.

Il TCA condivide le conclusioni alle quali è giunto il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, le quali, del resto, non sono state smentite attraverso la presentazione di pareri medici attestanti una incapacità lavorativa dell'assicurato nello svolgimento di attività adeguate.

Non vi è dunque motivo di dilungarsi oltre sull'argomento.

2.8. 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 2025, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° giugno 2025.

2.8.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), è decisivo stabilire quanto essa guadagnerebbe, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, se non fosse divenuta invalida,

tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere valutato nel modo più concreto possibile. Partendo dalla presunzione che l'assicurato avrebbe continuato a esercitare la sua attività nel caso in cui non fosse stato vittima dell'infortunio, il reddito in questione si deduce di principio dall'ultimo salario che la persona assicurata ha conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, tenuto conto dell'evoluzione dei salari sino al momento della nascita del diritto alla rendita; eccezioni possono essere ammesse soltanto se dimostrate con il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 144 I 103 consid. 5.3; 139 V 28 consid. 3.3.2; 135 V 297 consid. 5.1; 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1).

Tuttavia, allorché la perdita del posto di lavoro è imputabile a motivi estranei all'invalidità, il salario deve essere stabilito in base a dei valori medi. Altrimenti detto, in una tale evenienza, per fissare il reddito da valido non è determinante il salario che la persona assicurata realizzerebbe attualmente presso il suo ex datore di lavoro ma piuttosto quello che conseguirebbe se non fosse divenuta invalida (cfr. STF 8C_50/2022 dell'11 agosto 2022 consid. 5.1.1, in: SVR 2023 UV n. 8 p. 22 e il riferimento ivi citato). Secondo una costante giurisprudenza federale, ciò è il caso, ad esempio, se il posto di lavoro che l'assicurato occupava prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento della valutazione dell'invalidità, se egli non avrebbe potuto conservare l'occupazione a causa delle difficoltà economiche, in caso di fallimento o di ristrutturazione dell'azienda (cfr. STF 8C_240/2023 del 14 marzo 2024 consid. 6.1; 8C_148/2017 del 19 giugno 2017 consid. 6.2.2; 8C_462/2014 del 18 novembre 2014 consid. 4.2; 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.2).

Nel caso in cui risulti che l'assicurato percepiva un salario nettamente inferiore ai salari abituali del settore per delle ragioni estranee all'invalidità e che le circostanze concrete non consentono di ritenere che egli si sia accontentato di un salario più modesto rispetto a quello che avrebbe potuto pretendere, occorre tenerne conto al momento del raffronto dei redditi, operando un parallelismo dei redditi da confrontare. Il reddito effettivamente realizzato deve essere considerato nettamente inferiore ai salari abituali del settore, se è inferiore di almeno il 5% al salario statistico del ramo (cfr. DTF 134 V 297 consid. 6.1.2). Il reddito nettamente inferiore può allora giustificare un parallelismo dei redditi da raffrontare, il quale deve riguardare soltanto la parte che eccede il tasso determinante del 5% (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1).

In una sentenza 8C_546/2024 del 13 febbraio 2025 consid. 6.2.4 - riguardante un assicurato che si trovava alle dipendenze di un'azienda familiare in qualità di direttore tecnico, da lui stesso fondata e in seguito ceduta al figlio primogenito, al quale il TCA aveva negato l'applicazione di una deduzione sul reddito statistico da invalido a titolo di parallelismo, in quanto la sua posizione in seno alla ditta non poteva essere equiparata a quella di un comune lavoratore dipendente che subisce gli effetti del fenomeno del dumping salariale - la Corte federale ha ribadito l'importanza del parallelismo quale strumento di correzione, sviluppando la seguente argomentazione:

"().

6.2.4 (). Si noterà tuttavia già sin d'ora che il rifiuto da parte della Corte ticinese di operare una riduzione a titolo di parallelismo dei redditi (sul tema, cfr. DTF 148 V 174 consid. 6.4, con riferimenti) non appare fondarsi su circostanze sufficientemente comprovate. Dai relativi considerandi del giudizio impugnato non si comprende in effetti in

che modo il legame di parentela tra il ricorrente e il figlio, allora socio e gerente della società datrice di lavoro, si trovi in relazione causale con la circostanza che il primo si sarebbe accontentato di un reddito da valido nettamente inferiore a quello statistico, o più in generale che non fosse realmente esposto a una tale differenza. In assenza di indicazioni contrarie, non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media (nazionale) un reddito da invalido medio (nazionale: sentenza U 75/03 del 12 ottobre 2006, pubblicata in SVR 2007 UV n. 17 pag. 56) realisticamente irrealizzabile (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4; cfr. sentenze 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4 con riferimenti). Su questo aspetto, indipendente dall'esito della perizia giudiziaria da allestire, il Tribunale cantonale dovrà pertanto procedere ad ulteriori accertamenti e pronunciarsi nuovamente. ■

Il reddito da valido non può però essere ritenuto inferiore alla media qualora rispetti i salari minimi previsti da un contratto collettivo di lavoro (CCL) dichiarato di obbligatorietà generale dal Consiglio federale nel corrispondente ramo professionale, siccome in quel contesto i salari usuali del settore sono rappresentati in maniera più precisa che nella RSS. In questo caso, non si procede a un parallelismo dei redditi da raffrontare (cfr. STF 8C_392/2023 del 21 dicembre 2023 consid. 7.2, che ha confermato la STCA 35.2022.95 del 10 maggio 2023 consid. 2.10.8; 8C_756/2022 del 14 dicembre 2023 consid. 5.1.2 e 52 [SVR 2024 UV n. 17]; 8C_541/2021 del 18 maggio 2022 consid. 4.2.2; 8C_461/2021 del 3 marzo 2021 consid. 4.2.1; 8C_310/2020 del 23 luglio 2020 consid. 2 e 3; 8C_88/2020 del 14 aprile 2020 consid. 3.2.2; 8C_141/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2).

2.8.2. Nella presente fattispecie, dalla decisione del 13 giugno 2025 emerge che l'amministrazione ha calcolato in fr. 68'198 il reddito che avrebbe percepito l'assicurato senza l'insorgere del danno alla salute, rivalutando nominalmente dal 2004 al 2025 quanto percepito presso la ditta _____ preso in considerazione con la decisione di attribuzione di rendita del 15 dicembre 2004.

Il TCA non ha motivo per scostarsi da tale importo, rimasto, del resto, incontestato.

Da rilevare che, nel caso di specie, anche applicando per analogia nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni l'art. 26 cpv. 2 OAI ■ così come stabilito da questa Corte in una sentenza 35.2024.84 del 24 marzo 2025, consultabile sul sito sentenze.ti.ch, attualmente oggetto di ricorso al Tribunale federale (inc. n. 8C_254/2025) e ribadito con la sentenza 35.2024.86 del 30 luglio 2025, anch'essa consultabile sul sito sentenze.ti.ch e anch'essa oggetto di ricorso al TF (inc. n. 8C_481/2025); nella 35.2025.16 del 22 settembre 2025, attualmente oggetto di ricorso al TF (inc. 8C_610/2025); nella 35.2025.23 del 22 settembre 2025, parimenti impugnata al TF (inc. 8C_614/2025) e 35.2025.25 del 27 ottobre 2025, anch'essa oggetto di ricorso al TF (inc. 8C_682/2025) ■ non risulta alcun gap salariale, come del resto calcolato anche dall'amministrazione (cfr. doc. 91 pag. 2, nel quale è stato svolto il calcolo in applicazione dei dati statistici afferenti al ramo di attività dell'assicurato (settore 45: commercio e riparazione di autoveicoli e motocicli), livello 1, aggiornati al 2025, giungendo al risultato di fr. 68'831, ciò che esclude l'esistenza di una differenza tra salario effettivo e salario statistico).

2.8.3. Il reddito da invalido deve essere valutato in primo luogo in funzione della situazione concreta dell'assicurato. Esso corrisponde al reddito effettivamente conseguito dall'interessato, a condizione che i rapporti di lavoro appaiano particolarmente stabili, che esercitando l'attività in questione egli sfrutti al meglio la sua capacità lavorativa residua

ragionevolmente esigibile e che il guadagno in tal modo ottenuto corrisponda al suo effettivo rendimento, senza comportare elementi di salario sociale.

In assenza di un reddito effettivamente realizzato, ossia quando la persona assicurata, dopo l'insorgenza del danno alla salute, non ha più esercitato un'attività lucrativa o almeno un'attività esigibile confacente al suo stato di salute, il reddito da invalido può essere determinato in base a salari fondati sui dati statistici risultanti dalla RSS oppure sui dati salariali derivanti dalle DPL elaborate dall'INSAI (DTF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; da notare che l'INSAI ha rinunciato alla banca dati DPL a far tempo dal 1° gennaio 2019 [STF 8C_171/2021 del 14 dicembre 2021 consid. 3.2]).

Di regola, occorre fondarsi sui salari mensili indicati nella tabella RSS TA1, alla linea ■totale settore privato■ (DTF 124 V 321 consid. 3b/aa). In questo senso, si fa riferimento alla statistica dei salari lordi standardizzati, basandosi sempre sul valore mediano o centrale (DTF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Il valore statistico ■ mediano ■ si applica di principio a tutti gli assicurati che non possono più svolgere la loro precedente attività in quanto troppo impegnativa per le loro condizioni di salute, ma che conservano una capacità lavorativa in attività più leggere. Per questi assicurati, il salario statistico è sufficientemente rappresentativo di quanto sarebbero in grado di guadagnare in quanto invalidi, nella misura in cui comprende un largo ventaglio di attività variegata e non qualificate che non richiedono una specifica esperienza professionale, né una particolare formazione (cfr. STF 8C_732/2019 del 19 ottobre 2020 consid. 4.5; 8C_549/2019 del 26 ottobre 2020 consid. 4.5; 9C_603/2015 del 25 aprile 2016 consid. 8.1; 9C_242/2012 del 13 agosto 2012 consid. 3).

Occorre fare capo alla versione della RSS pubblicata al momento determinante della decisione impugnata (DTF 143 V 295 consid. 4).

La misura in cui i salari risultanti dalle statistiche devono essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso di specie (limitazioni funzionali legate al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità/tipo di autorizzazione di soggiorno e grado di occupazione) ed è il risultato di una valutazione entro i limiti del potere d'apprezzamento. Una riduzione massima del 25% sul salario statistico permette di tenere conto dei diversi elementi che possono influenzare il reddito di un'attività lucrativa (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

L'entità della riduzione che si giustifica in un caso concreto rileva dal potere d'apprezzamento (DTF 132 V 393 consid. 3.3). Questa valutazione compete in primo luogo all'amministrazione che in questo contesto gode di un ampio potere d'apprezzamento. Il giudice deve dare prova di riserbo allorché è chiamato a verificare la fondatezza di tale apprezzamento. In questo senso, egli non può, senza motivo pertinente, sostituire il suo apprezzamento a quello dell'amministrazione; deve fondarsi su circostanze suscettibili di far apparire il suo apprezzamento come il più appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2).

In una sentenza 8C_256/2021 del 9 marzo 2022, pubblicata in DTF 148 V 174, emanata in materia di assicurazione per l'invalidità (in applicazione delle disposizioni di legge e di ordinanza in vigore sino al 31 dicembre 2021), il Tribunale federale (di seguito: TF) 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 fundamentalmente 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)

In una sentenza 8C_541/2021 del 18 maggio 2022 consid. 5.2.1, la Corte federale ha precisato che quanto stabilito nella pronuncia 8C_256/2021 succitata vale anche in materia di assicurazione contro gli infortuni, e ciò in ragione del principio dell'unità della nozione

dell'invalidità (Dieses zur bis 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage im Bereich der Invalidenversicherung ergangene Urteil gilt wie in dessen E. 9.2.3 deutlich zum Ausdruck kommt infolge des Grundsatzes der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 549 E. 6.1; vgl. Christoph Frey/Nathalie Lang, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 2, 5 und 79 zu Art. 16 ATSG) auch für den Bereich der Unfallversicherung; si veda inoltre la precedente STF 8C_682/2021 del 13 aprile 2022 consid. 12.1, anch'essa emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, in cui l'Alta Corte, richiamandosi alla sentenza 8C_256/2021, ha negato che vi fossero validi motivi per ridurre uniformemente e linearmente i salari statistici del 15-25%).

2.8.4. Dalla decisione su opposizione impugnata, si evince che per determinare il reddito da invalido, l'amministrazione ha applicato la tabellaTA1_tirage_skill_level relativa all'anno 2022, uomini, livello di competenze 1, ramo economico totale.

L'importo così ottenuto (fr. 63'660) è poi stato riportato su 41.7 ore/settimana (orario usuale di lavoro settimanale nel ramo economico totale) e adeguato all'indice nominale dei salari sino al 2025 (fr. 69'123.33) (cfr. doc. B).

A tale importo l'istituto assicuratore ha applicato una deduzione sociale del 10% per un reddito da invalido finale di fr. 62'211 (doc. B).

Il legale dell'insorgente ha contestato tale dato, ritenendo che debba invece essere fissato in fr. 40'000, con la seguente motivazione:

2.8.5. Nel quadro della revisione «Ulteriore sviluppo dell'AI», in vigore dal 1° gennaio 2022, per quanto attiene alla determinazione del diritto ai provvedimenti integrativi e alla rendita, il Consiglio federale ha in particolare modificato l'art. 28aLAI (Valutazione del grado d'invalidità).

Il tenore del capoverso 1 della disposizione di legge appena citata è il seguente:

"1 Per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGa. Il Consiglio federale definisce i redditi lavorativi determinanti per la valutazione del grado d'invalidità e i fattori di correzione applicabili."

L'art. 26bisOAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023, prevedeva invece quanto segue:

"1 Se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGa), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile.

2 Se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, per gli assicurati di cui all'articolo 26 capoverso 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso.

3 Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1 bis pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale."

A seguito del deposito di diversi atti parlamentari aventi per oggetto la determinazione del grado d'invalidità mediante l'utilizzo dei dati statistici, auspicando una riduzione dei salari di riferimento, in particolare della mozione 22.3377 («Utilizzare salari statistici corrispondenti all'invalidità nel calcolo del grado d'invalidità») della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, il 18 ottobre 2023, l'Esecutivo federale ha adeguato l'art. 26bis cpv. 3 OAI che era entrato in vigore il 1° gennaio 2022.

Questo il tenore del nuovo art. 26bis cpv. 3 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2024, come detto in concreto determinante:

"Al valore determinato in base a valori statistici secondo il capoverso 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1 bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del 20 per cento. Non sono ammesse ulteriori deduzioni."

2.8.6. In una pronunzia 35.2024.84 del 24 marzo 2025, attualmente oggetto di ricorso al Tribunale federale (inc. n. 8C_254/2025), dopo attento esame dei materiali preparatori, della giurisprudenza e della dottrina, questa Corte è giunta alla conclusione che l'art. 26bis cpv. 3, prima frase, OAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2024 (versione in casu determinante visto che la soppressione della rendita decorre dal 1° aprile 2024 - cfr., fra le tante, la STF 8C_57/2024 del 5 dicembre 2024 consid. 5.2.2), possa essere applicato per analogia nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, tenuto conto della similitudine delle situazioni da disciplinare, che si tratta di una norma non specifica all'assicurazione per l'invalidità e del principio dell'uniformità della nozione d'invalidità.

Il TCA è pervenuto alla medesima conclusione nella sentenza 35.2024.86 del 30 luglio 2025, anch'essa oggetto di ricorso al TF (inc. n. 8C_481/2025).

In quell'occasione, questo Tribunale ha segnalato che le considerazioni sviluppate nel giudizio 35.2024.84 erano state nel frattempo condivise dalla dottrina (Basler Kommentar ATSG ■ Nathalie Lang, 2a edizione, art. 16 n. 81) e dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) nelle sue osservazioni al ricorso al TF interposto dall'assicuratore LAINF (presa di posizione del 4 luglio 2025).

In un articolo apparso su plädoyer 4/2025 p. 44 ss., Kaspar Gehring si è pronunciato in questi termini a proposito dell'applicabilità in ambito di assicurazione contro gli infortuni, delle riduzioni in vigore da gennaio 2024 in materia di assicurazione per l'invalidità:

"() Bis anhin hat jedoch die Rechtsprechung die Anwendung der Pauschalabzüge nicht auf die Unfallversicherung nicht übertragen, meist mit dem Hinweis auf die fehlende Bindungswirkung. Ein solch generelles Postulat ist jedoch zu pauschal. Das Fehlen einer Bindungswirkung kann allenfalls mit fehlenden zeitlichen oder sachlichen Kongruenzen begründet werden. Dies kann unter Umständen bei unterschiedlichen Zeitpunkten der Invalidisierung oder Vorliegen unfallfremder Gesundheitsschädigungen der Fall sein. Klammert man diese beiden Aspekte jedoch aus, müssen die Vergleichseinkommen in der Invalidenversicherung und der Unfallversicherung identisch sein. Dies ergibt sich aus Artikel 16 ATSG, der die Thematik als über die Einzelgesetze übergeordnete Norm regelt. Das Bundesgericht hat auch schon verschiedentlich postuliert, dass eine «Einheit der Rechtsordnung» anzustreben sei. Jede andere Betrachtungsweise würde dazu führen, dass Versicherte in unfall- und invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht mit gleichen

Einschränkungen unterschiedliche Einkommen «erzielen» könnten. Eine solche Unterscheidung ist nicht nur in sich widersprüchlich, sondern schlicht willkürlich und verstösst gegen die Vorgaben von Artikel 16 ATSG.

Sollte jedoch ■ wovon offenbar die Rechtsprechung ausgeht ■ keine analoge Anwendung der pauschalen Lohnabzüge im Unfallversicherungsrecht vorgenommen werden, so müsste dem Umstand der reduzierten Verdienstmöglichkeiten und der identischen gesetzlichen Vorgaben von Artikel 16 ATSG im konkreten Einzelfall in irgendeiner anderen Weise Rechnung getragen werden, um eine willkürliche und rechtsverletzende Bestimmung des Invalideneinkommens zu vermeiden. Dazu würde sich die Berücksichtigung der reduzierten Einkommensmöglichkeiten im Rahmen eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn aufdrängen. Dem steht die vom Bundesgericht in einigen Urteilen vertretene Auffassung entgegen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt und damit die Tabellenwerte von TA1-Niveau 1 auch eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten enthält und daher kein Abzug notwendig sei.

Entsprechende Entscheide wurden mehrheitlich in Dreierbesetzung in der Ersten sozialrechtlichen und der Vierten öffentlich-rechtlichen Abteilung gefällt. In den amtlich publizierten Entscheiden finden sich die entsprechenden Passagen nicht. Von einer gängigen oder gar konstanten Praxis kann nicht ausgegangen werden. Die von der Vorinstanz zitierten Urteile wurden in einer Zeit gefällt, als die mehrfach erwähnten Studien noch nicht vorlagen und auch die IVV noch keine Pauschalabzüge vorsah. ■

La giurisprudenza appena evocata è stata confermata nelle successive pronunzie cantonali 35.2025.16 del 22 settembre 2025, attualmente oggetto di ricorso al TF (inc. 8C_610/2025); 35.2025.23 del 22 settembre 2025, parimenti impugnata al TF (inc. 8C_614/2025), 35.2025.25 del 27 ottobre 2025, anch'essa oggetto di ricorso al TF (inc. 8C_682/2025) e 35.2025.51 del 10 dicembre 2025.

Le considerazioni contenute nelle citate sentenze cantonali devono valere anche nella presente evenienza, ragione per la quale, applicando per analogia l'art. 26biscpv. 3, prima frase, OAI, il reddito da invalido ammonta a fr. 62'211 (90% difr. 69'123.33 [cfr. supra, consid. 2.8.4.]) (risultato intermedio).

2.8.7. In secondo luogo, in concreto, si pone la questione di sapere se, oltre alla riduzione del 10% prevista dall'art. 26biscpv. 3, prima frase, OAI, applicato per analogia nell'assicurazione contro gli infortuni, il reddito statistico da invalido possa essere ulteriormente decurtato in virtù dei principi stabiliti finora dalla giurisprudenza federale.

La questione era rimasta irrisolta nella pronunzia 35.2024.84, in quanto in quella fattispecie le circostanze personali e professionali non giustificavano l'applicazione di una deduzione sociale ai sensi della DTF 126 V 75.

Nella sentenza 35.2024.86, il TCA ha a titolo principale constatato che, in materia LAINF, le modalità secondo le quali vanno determinati i redditi (da valido e da invalido) da raffrontare ai sensi dell'art. 16 LPGa, sono ancora attualmente definite esclusivamente dalla giurisprudenza federale, la quale, in assenza di specifiche modifiche normative intervenute nel frattempo, continua ad applicarsi, così come è stato precisato nella DTF 148 V 174 precedentemente citata (valida anche in materia di assicurazione contro gli infortuni).

Sempre in quell'occasione, a titolo abbondanziale, questa Corte è pervenuta alla conclusione che, trattandosi dei fattori da considerare per determinare il reddito da invalido

e della loro ponderazione, è opportuno continuare anche dopo l'entrata in vigore del nuovo articolo 26bis cpv. 3 OAI, dunque a partire dal 1° gennaio 2024, ad applicare a titolo complementare i principi stabiliti finora dalla giurisprudenza federale. In effetti, secondo il TCA, nonostante la modifica introdotta a far tempo dal 1° gennaio 2024, la disposizione d'ordinanza appena menzionata continua a non rispettare la volontà del legislatore formale, quale quella definita dall'Alta Corte nella DTF 150 V 410.

A complemento degli argomenti sviluppati in quell'occasione, deve essere segnalato che, nella seconda edizione del Commentario romando della LPGA, pubblicata nel corso del 2025, M. Moser-Szelesse J. Castellahanno al riguardo sostenuto quanto segue:

"() Après l'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'art. 26bis RAI au 1er janvier 2024, la question de savoir si l'application de la déduction générale forfaitaire de 10% du salaire statistique tient suffisamment compte des désavantages salariaux que subissent les personnes en situation de handicap reste ouverte et devra sans doute être tranchée par le Tribunal fédéral, à la lumière également de la volonté du Conseil fédéral de renoncer à élaborer des barèmes de salaires plus adaptés à la situation des personnes présentant une atteinte à la santé (N 35e). A notre avis, il convient de recourir aux principes jurisprudentiels concernant la déduction sur le salaire statistique appliqués jusqu'à présent, dans la mesure où après la prise en compte des instruments de correction réglementaires, les circonstances du cas justifient une déduction plus élevée. (Commentaire romand LPGA Moser-Szeless/Castella, art. 16 n. 36g il corsivo è della redattrice)

2.8.8. Il TCA constata che dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'istituto assicuratore ha applicato una deduzione sociale del 10% per tenere conto delle limitazioni funzionali vigenti rispettivamente dei dolori riferiti (cfr. doc. B).

Secondo la giurisprudenza federale, una tale riduzione entra in linea di conto soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure A. Bernasconi, 8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalide selon l'ATF 126 V 75, in: SZS/RSAS 1/2021 n. 49).

L'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti di per sé non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti).

Nel caso di specie il TCA reputa corretto il modo di agire dell'amministrazione. In effetti, a ragione l'CO1 ha tenuto conto delle limitazioni funzionali legate al danno alla salute infortunistico ad esclusione di altri fattori di rilievo, non dati in concreto conformemente a quanto stabilito dalla giurisprudenza federale. Quest'ultima, difatti, legittima l'applicazione di una deduzione sociale nei casi in cui la capacità lavorativa residua della persona assicurata sia limitata ad attività sostitutivamente leggere (cfr. 8C_38/2025 del 1° luglio 2025 consid. 4.2.2 e 4.2.3; 8C_403/2024 del 14 gennaio 2025

consid. 7.3.4; 8C_136/2024 del 26 settembre 2024 consid. 6.2; 8C_104/2022 del 5 agosto 2022 consid. 6.1 e 6.2; 8C_238/2014 del 1° giugno 2015 consid. 6.3.2), ciò che è precisamente il caso dell'assicurato, come valutato dalla dr.ssa _____ (cfr. esigibilità indicata al doc. F sopra riprodotta per esteso al consid. 2.7.2.).

2.8.9. Confrontando i fr.55'989.63(cfr.supra, consid. 2.8.8.) al reddito che il ricorrente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioèfr. 68'198(cfr.supra, consid. 2.8.2.), risulta una perdita di guadagno del 17.9%, arrotondata al18%,non sufficiente per fondare il diritto ad un aumento della rendita d'invalidità in corso (del 25%).

La decisione su opposizione impugnata mediante la quale all'assicurato è stata negata l'assegnazione di una rendita d'invalidità aggiuntiva, deve dunque essere confermata.

2.9. Da ultimo, occorre verificare la correttezza dell'entità dell'IMI assegnata dall'amministrazione.

2.9.1. 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).

2.9.2. 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 dolorise il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.9.3. 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 48p. 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).

2.9.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

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

Per quanto qui d'interesse, la tabella Suva n. 5.2 (Menomazione dell'integrità per artrosi) elenca le artrosi che interessano le diverse parti del corpo - ad esempio artrosi del polso - e prevede per ognuna i tassi di menomazione corrispondenti a un'artrosi moderata, a un'artrosi grave, a una resezione articolare o artrodesi, a un'endoprotesi con esito favorevole o a un'endoprotesi con esito non favorevole. Viene pure precisato che le artrosi lievi non danno diritto a un'indennità.

2.9.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, fondandosi sulla valutazione della dr.ssa _____, ha ritenuto dati i requisiti per l'assegnazione di un'IMI del 7.5%.

Con apprezzamento medico del 23 aprile 2025 la dr.ssa _____ si è difatti così espressa:

Il legale dell'insorgente ha genericamente contestato la valutazione del medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, chiedendo l'attribuzione di un'IMI del 15%, senza motivare le ragioni che giustificerebbero il riconoscimento di una simile percentuale (cfr. doc. I).

Chiamata a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliata la documentazione presente all'inserimento, questa Corteritiene, in concreto, di non avere valide

ragioni per scostarsi dall'■apprezzamento della dr.ssa _____.

La sua valutazione, del resto, non è stata contestata tramite la presentazione di ragioni mediche comprovate da opportune refertazioni specialistiche, in grado di giustificare la generica e immotivata richiesta ricorsuale di un'■IMI del 15%.

A tale proposito, il TCA rileva che la tabella 5.2 Suva prevede un indennizzo del 15% in caso di artrodesi del polso (intervento chirurgico che fonde permanentemente le ossa del polso per eliminare il dolore causato da gravi fratture, artrosi avanzata, artrite reumatoide o instabilità carpale (come SLAC/SNAC), trasformando l'articolazione mobile in una struttura rigida e stabile per alleviare il dolore intrattabile e invalidante), situazione che non si verifica nel caso di specie, presentando l'■assicurato soltanto una limitazione dell'■articolazione del polso sinistro, ma non la sua totale rigidità.

Ai fini della determinazione dell'■IMI occorre perciò fare astrazione dai disturbi soggettivamente accusati dall'■assicurato che non trovano correlazione sul piano oggettivo. In effetti, se si tenesse conto di disturbi (soltanto) soggettivamente risentiti, non si giungerebbe più ad una valutazione astratta e egualitaria di una menomazione all'■integrità.

Stante ciò, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata nella misura in cui all'■assicurato è stata assegnata un'■IMI del 7.5%.

2.10. 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.

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 p. 107; Messaggio Nr. 8480 del Consiglio di Stato del 21 agosto 2024 ■Rapporto sull'■iniziativa parlamentare presentata il 4 maggio 2021 nella forma elaborata da Lara Filippini e Sabrina Aldi per la modifica dell'art. 29 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni (Lptca) del 23 giugno 2008 (Implementazione della revisione LPGA alle spese giudiziarie dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni) e controprogetto■).

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). Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinunciarebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251).

A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c).

Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b).

Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta Ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, al patrocinatore del ricorrente doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito.

In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve quindi essere respinta.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

2. L'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria è respinta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Il segretario di Camera

Daniele Cattaneo

Gianluca Menghetti

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