

GR_GERICHTE SV2 2024 25 vom 4. August 2025

GR Gerichte, 2025-08-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV2_2024_25

FR: GR_GERICHTE SV2 2024 25 du 4 août 2025

IT: GR_GERICHTE SV2 2024 25 del 4 agosto 2025

Regeste

prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Il 1° gennaio 2025 è entrata in vigore nel Cantone dei Grigioni la riforma giudiziaria 3. Il Tribunale cantonale e il Tribunale amministrativo sono stati fusionati per formare il nuovo Tribunale d'appello che, da tale data, esercita la giurisdizione amministrativa (cfr. art. 55 cpv. 1 Costituzione del Cantone dei Grigioni; CSC 110.100). Secondo l'art. 122 cpv. 5 LOC (CSC 173.000), le procedure pendenti presso il Tribunale cantonale o il Tribunale amministrativo al momento dell'entrata in vigore della presente legge (al 1° gennaio 2025), vengono riprese dal Tribunale d'appello con l'entrata in vigore della presente legge.

10 / 32

E. 2

Impugnata è la decisione su opposizione del 28 febbraio 2024 (cfr. act. B.1). Ai sensi dell'art. 1 cpv. 1 LAINF in combinato disposto con l'art. 56 cpv. 1 e art. 58 cpv. 1 LPGA (RS 830.1), per un ricorso è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso. Considerato che il ricorrente al momento del ricorso era domiciliato a E._____, la competenza per territorio è del Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni. La competenza per materia è data dall'art. 57 LPGA in combinato disposto con l'art. 49 cpv. 2 lett. a della LGA (CSC 370.100). Il ricorrente è legittimato a ricorrere (cfr. art. 59 LPGA). Il suo ricorso presentato tempestivamente e nella dovuta forma (cfr. art. 60 e 61 lett. b e art. 38 cpv. 4 lett. a LPGA) è dunque ricevibile. 3.1. Alla base della decisione su opposizione del 28 febbraio 2024 vi sono la decisione del 28 settembre 2022 di J._____, rappresentata da C._____, in merito alle indennità giornaliere ai sensi dell'art. 16 LAINF (prestazioni temporanee), e la decisione del 15 novembre 2022 di C._____ in merito alla rendita di invalidità giusta l'art. 18 LAINF. Nel presente caso, non viene contestata la decisione per quanto concerne le prestazioni temporanee, la quale, pertanto, è cresciuta in giudicato. Oggetto litigioso è dunque unicamente la decisione in merito alla rendita di invalidità. 3.2. Controversi sono due aspetti. Innanzitutto il ricorrente censura che, nella decisione impugnata, la convenuta non avrebbe considerato un'IL complessiva; quindi da ricondurre non solo all'evento del 16 febbraio 2021 ma anche agli infortuni precedenti (si pone quindi indirettamente la questione della causalità). In questo senso, il ricorrente, inoltre, contesta implicitamente che la fattispecie non è stata chiarita sufficientemente dalla convenuta e, pertanto, egli richiede l'esperimento di un'ulteriore perizia. In seconda battuta, il ricorrente contesta il raffronto dei redditi operato dalla convenuta per determinare il grado d'invalidità, in particolare, il

reddito da invalido. Incontestati sono quindi il reddito da valido utilizzato nella decisione su opposizione nonché anche, visto che cresciuta in giudicato, l'indennità per menomazione dell'integrità del 10 % pari a CHF 14'280.00. 3.3. Nel valutare la questione controversa, di regola, occorre prendere in considerazione i fatti come si sono presentati al momento dell'emissione della decisione su opposizione del 28 febbraio 2024. Nel caso in rassegna, in data 4 dicembre 2024 è stata tuttavia rilasciata una decisione dall'Ufficio AI del Cantone dei Grigioni (cfr. act. F) riguardante l'assegnazione di una rendita d'invalidità di diversi gradi a partire dal 1° febbraio 2021 in poi. Inoltre, il 23 gennaio 2025 è stata trasmessa una valutazione medica supplementare del Dr. med. Q._____. In quanto influenti sul giudizio da esprimere, ritenuto che tali documenti lasciano trarre conclusioni sulla situazione rilevante al momento dell'emissione della decisione su op-

11 / 32 posizione, essi verranno eccezionalmente considerati ai fini di giudizio (cfr. DTF 144 I 11 consid. 4.3, 143 V 295 consid. 4.1.4, 142 V 337 consid. 3.2.2; sentenze del Tribunale federale [STF] 8C_37/2023 del 12 ottobre 2023 consid. 4.2.2, 9C_529/2021 del 26 luglio 2022 consid. 3.2.1, 8C_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.3 con rif. a DTF 134 V 392 consid. 6 e 130 V 445 consid. 1.2). 4.1. Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Inoltre, egli ha diritto all'indennità giornaliera se, a seguito di un incidente, è totalmente o parzialmente incapace al lavoro (art. 16 cpv. 1 LAINF). È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, appor- tato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (art. 6 LAINF in combinato disposto con l'art. 4 LPGa). Il diritto alla rendita nasce qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI. Il diritto alla cura medica ed alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 LAINF). Che l'accaduto del 16 febbraio 2021 (caduta con trauma alla spalla destra, al gomito destro, al piede destro e al bacino) sia da qualificare come infortunio ai sensi della LAINF è indiscusso. 4.2. È considerata quale invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGa). Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 % in seguito a infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità. L'obbligo di assunzione delle prestazioni dell'assicuratore contro gli infortuni richiede, tra l'altro, un nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno verificatosi. Secondo la giurisprudenza, sono richiesti cumulativamente un nesso causale naturale e uno adeguato (cfr. DTF 148 V 301 consid. 2.2). L'adeguatezza non ha praticamente alcun ruolo nell'ambito dell'esame delle conseguenze organicamente e oggettivamente riconosciute degli incidenti, poiché la causalità adeguata coincide in larga misura con quella naturale (cfr. DTF 134 V 109 consid. 2.1). Nel caso di danni alla salute organicamente e oggettivamente provati è solitamente sufficiente esaminare il nesso causale naturale (cfr. DTF 135 V 465 consid. 5.1). 4.3. Se l'assicuratore contro gli infortuni ha confermato la causalità e ha versato le prestazioni, il suo obbligo di versamento cessa solo se il danno alla salute si basa esclusivamente su cause non correlate all'infortunio. Ciò è il caso se è stato raggiunto lo stato di salute (patologico) esistente immediatamente prima dell'incidente (status quo ante), o lo stato che sarebbe prima o poi insorto anche senza incidente, in base al decorso di una precedente condizione patologica (status quo sine). Ana-

12 / 32 logamente al nesso di causalità naturale che giustifica le prestazioni, l'assenza di rilevanza causale delle cause accidentali di un danno alla salute deve essere dimostrata con il grado di prova della probabilità preponderante. Trattandosi di una questione di fatto che annulla un diritto alla prestazione, l'onere della prova – a differenza della questione se sia data una causalità naturale giustificante le prestazioni – non spetta all'assicurato, ma all'assicuratore contro gli infortuni. Non è necessario fornire prove di conseguenze estranee all'incidente. Sono irrilevanti le cause di un disturbo, che sia dovuto a una malattia, a un difetto congenito o a un'alterazione degenerativa. L'unico fattore decisivo è se le conseguenze dovute all'incidente di un danno alla salute hanno perso il loro significato causale, cioè se hanno cessato di esistere. L'assicuratore contro gli infortuni non deve però fornire la prova negativa a sostegno che non vi sono più danni alla salute o che la persona assicurata è ora in piena salute (cfr. DTF 146 V 51 consid. 5.1; STF 8C_727/2022 del 16 marzo 2023 consid. 3.2.4, 8C_68/2020 dell'11 marzo 2020 consid. 3.2, 8C_840/2019 del 14 febbraio 2020 consid. 3.2, 8C_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2, 8C_570/2014 del 9 marzo 2015 consid. 6.2). 4.4. La procedura di assicurazione sociale è regolata dal principio inquisitorio (art. 61 LPGa). Il tribunale deve chiarire e stabilire d'ufficio i fatti giuridicamente rilevanti, senza essere vincolato alle osservazioni o alle richieste di prova delle parti. Dalla massima d'inquisizione deriva anche il principio del libero apprezzamento delle prove, secondo il quale il tribunale non è vincolato ad alcuna regola formale in materia di prove (art. 61 lett. c LPGa). Tutto il materiale probatorio deve essere esaminato con imparzialità e attenzione per verificarne la plausibilità. L'amministrazione, risp. l'autorità che decide e, in caso di ricorso, il tribunale, possono accettare un fatto come provato solo se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali il tribunale deve decidere sulla base della probabilità preponderante, a meno che la legge non preveda diversamente. La mera possibilità dell'avverarsi di una fattispecie non soddisfa i requisiti di prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire la versione dei fatti che ritiene più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi (cfr. DTF 144 V 427 consid. 3.2, 138 V 218 consid. 6; STF 8C_745/2020 del 29 marzo 2021 consid. 1.3, 9C_439/2020 del 18 agosto 2020 consid. 1.3). 4.4.1. Per quanto riguarda il valore probatorio di una perizia medica, il fattore decisivo è se essa è esaustiva per le questioni controverse, si basa su analisi complete, tiene anche conto dei disturbi lamentati, è stata esperita con conoscenza degli atti precedenti (anamnesi), è sufficiente per fornire un parere medico e se le conclusioni dell'esperto sono giustificate (cfr. DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a, 13 / 32 122 V 157 consid. 1c; cfr. anche STF 9C_529/2021 del 26 luglio 2022 consid. 3.2.1, 9C_528/2021 dell'11 febbraio 2022 consid. 4.1). 4.4.2. Secondo la giurisprudenza, anche i referti e le perizie di medici interni dell'assicurazione hanno valore probatorio, purché appaiano come conclusivi, siano comprensibilmente motivati e internamente coerenti, nonché non vi siano prove contro la loro affidabilità. Il semplice fatto che il medico coinvolto è un dipendente dell'assicurazione, non indica di per sé una mancanza di obiettività. Sono piuttosto necessarie circostanze particolari che facciano apparire oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità del giudizio. Tuttavia, data la notevole importanza dei referti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, è necessario applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/ee). Se un sinistro assicurativo deve essere deciso senza ottenere una perizia esterna, è necessario imporre requisiti rigorosi per la valutazione delle prove. In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e sull'efficacia dei risultati medici interni, è necessario effettuare ulteriori chiarimenti (cfr. DTF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225

consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 e 4.6 seg., 125 V 351 consid. 3b/ee; cfr. STF 8C_740/2020 del 7 aprile 2021 consid. 2.2). 4.4.3. Anche una semplice perizia basata sugli atti ha valore probatorio se questi forniscono un quadro completo della storia clinica, del decorso e dello stato attuale del paziente e se questi dati sono indiscussi; i risultati del riscontro devono essere completi, in modo che il relatore sia in grado di farsi un quadro completo sulla base dei documenti a disposizione (cfr. STF 8C_397/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3 con rif). Essenzialmente si tratta solo della valutazione medica specialistica di una fattispecie medica accertata; ciò significa che il coinvolgimento diretto del medico risp. la visita della persona assicurata passa in secondo piano (cfr. STF 8C_527/2020 del 2 novembre 2020 consid. 3.2, 8C_322/2020 del 9 luglio 2020 consid. 3, 8C_780/2016 del 24 marzo 2017 consid. 6.1, entrambe con rif.). 4.4.4. Per quanto riguarda i medici curanti, in particolare i medici di famiglia, va notato che essi hanno un rapporto contrattuale con l'assicurato. Inoltre, dovendo concentrarsi in prima linea sul trattamento, i loro rapporti non perseguono lo scopo di una valutazione oggettiva dello stato di salute che consenta di prendere una decisione definitiva sulle richieste di risarcimento dell'assicurazione e, quindi, non soddisfano quasi mai i requisiti per una perizia (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a). Per questi motivi e sulla base dell'esperienza si può per conseguenza presupporre che i medici curanti – con riferimento alla loro posizione di fiducia in base al diritto contrattuale –, in caso di dubbio, siano più propensi a testimoniare a favore dei loro pazienti. Ne discende che, in caso di controversia, un'assegnazione diretta delle

14 / 32 prestazioni basata esclusivamente sulle indicazioni fornite dai medici curanti non è, di regola, un'opzione. Tuttavia, quanto riferito non esonera il giudice dal dovere di valutare correttamente le prove, in cui devono essere presi in considerazione anche i rapporti presentati dalla persona assicurata. Questi devono essere controllati se mettono in dubbio, anche solo minimamente, l'attendibilità e l'efficacia delle conclusioni dei medici della compagnia di assicurazioni (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5 seg.; STF 8C_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 5.2.2, 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 3.1.2, 8C_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3, 8C_907/2009 del 12 febbraio 2010 consid. 1.1).

E. 5

Accertamento dell'inabilità lavorativa

E. 5.1

Il ricorrente, nel suo ricorso, ritiene che nella decisione impugnata sarebbe stata considerata un'IL del 17 % nell'attività abituale e dello 0 % in un'attività adeguata, per le sole conseguenze dell'evento del 16 febbraio 2021. Il ricorrente ritiene, quindi, che la convenuta nella decisione impugnata non avrebbe considerato l'abilità lavorativa complessiva da ricondurre, oltre all'evento del 16 febbraio 2021, anche ad altri eventi, per es. l'infortunio del 12 novembre 2012, la ricaduta del 14 ottobre 2016, l'infortunio del 15 giugno 2018 e tutti gli altri infortuni annunciati alla convenuta nel corso degli anni. Il Dr. med. P. _____ avrebbe attestato un'IL complessiva del 30 % in altra attività adeguata; l'IL sarebbe da ricondurre a infortuni che si sarebbero susseguiti nel corso degli anni. La convenuta avrebbe dovuto fare ulteriori accertamenti per determinare l'IL complessiva da ricondurre all'infortunio del 2021 e a tutti gli infortuni. Pertanto il ricorrente chiede che il tribunale ordini una perizia indipendente ex art. 44 LPGA atta a quantificare l'IL del ricorrente da ricondurre all'infortunio del 16 febbraio 2021.

E. 5.2

Nella sua presa di posizione, la convenuta ritiene che l'accertamento (anche) medico eseguito dall'assicurazione non si presterebbe a critiche, risultando compiutamente eseguito con conclusioni pertinenti, in merito alle quali anche l'assicurato avrebbe già avuto modo di esprimere le proprie considerazioni senza convincere per una soluzione diversa. Quindi, non sarebbe da accogliere la richiesta di una nuova perizia nonché quella di essere posto al beneficio di un'intera rendita d'invalidità. La convenuta richiama poi quanto ritenuto nella decisione su opposizione al consid. 1.1 al 1.6.6 e dal 2 a 2.7. Ella ritiene infatti che, per valutare l'invalidità in ambito LAINF, sarebbero determinanti unicamente i pregiudizi posti in un nesso di causalità diretto con l'infortunio – concretamente quello del 16 febbraio 2021 – e non tutti i pregiudizi di cui soffrirebbe l'assicurato, ancorché vittima di altri infortuni, i quali non potrebbero essere presi in considerazione. Il ricorrente, per contestare la conclusione contenuta nella decisione su opposizione, farebbe capo "solo" al re-

15 / 32 ferto del Dr. med. P._____ presentato nel contesto della procedura con l'assicurazione invalidità. Il ricorrente stesso riconoscerebbe però che l'IL del 30 % attestata dal medico sarebbe da ricondurre in gran parte agli infortuni susseguitisi negli anni. Quindi, a seguito del "solo" infortunio del 16 febbraio 2021, la conseguente IL non potrebbe in alcun modo essere confermata nella misura del 30 %. Invece l'IL del 17 % andrebbe confermata, essendo stata accertata grazie ad accertamenti medici compiutamente eseguiti. Ne consegue che l'opinione del Dr. med. P._____ non permetterebbe oggettivamente di mutare la conclusione a cui sarebbe giunta l'assicurazione. La decisione su opposizione andrebbe confermata. Nella presa di posizione del 13 febbraio 2025 la convenuta aggiungeva che l'accertamento medico posto a sostegno della decisione su opposizione, dato che non sarebbe stato contestato dettagliatamente dal ricorrente né tanto meno dai suoi medici curanti, andrebbe confermato come tale e, già solo per questo, il ricorso andrebbe respinto. Ad avviso della convenuta, la condizione medica del ricorrente sarebbe già stata accertata nel dettaglio tramite medici consulenti (Dr. med. I._____ e O._____) e da un perito esterno indipendente (Dr. med. Q._____), incaricato a seguito dell'opposizione. Oltretutto, una perizia medica sarebbe già stata allestita nel contesto di una procedura dove l'assicurazione sociale non sarebbe stata "una parte" bensì un'amministrazione chiamata ad accertare d'ufficio la fattispecie in maniera oggettiva. Quindi, l'ulteriore perizia medica richiesta non sarebbe solo ingiustificata ma costituirebbe anche un'inammissibile "second opinion". Infine, la convenuta specifica che l'incarico affidato al Dr. med. O._____ sarebbe stato limitato e diverso da quello affidato al Dr. med. Q._____. Alle conclusioni del Dr. med. Q._____ andrebbe conferita piena fiducia, anche perché, al contrario di quanto ravvisato dal ricorrente, in fin dei conti, tutti i medici assicurativi e il perito esterno indipendente sono giunti alla stessa conclusione.

E. 5.3

Nella decisione su opposizione del 28 febbraio 2024 (cfr. act. B p. 22 segg.), la convenuta ha assodato che i rapporti medici su cui è fondata la decisione dell'assicurazione risulterebbero completi, conseguenti ad accertamenti approfonditi e fatti in considerazione di tutte le censure sollevate dall'assicurato, risp. con piena cognizione dell'anamnesi, e agli stessi sarebbe possibile conferire pieno affidamento. La convenuta si basa sui rapporti medici del Dr. med. Q._____, ritenendo che le contestazioni del ricorrente non permetterebbero di giustificare una soluzione differente, anche perché il rapporto del Dr. med. P._____ valuterebbe la situazione in maniera generale, non limitando le conclusioni ai

soli pregiudizi posti in nesso di causalità con l'infortunio. Quindi a seguito dei pregiudizi sofferti dal ricorrente a causa dell'infortunio (in un nesso di causalità per il 50 %), sarebbe giustificata un'IL

16 / 32 del 17 % (1/3 di 50 %) nell'ultima attività svolta e dello 0 % in un'attività lavorativa prevalentemente secondaria, con carico ridotto del piede destro.

E. 5.4

Innanzitutto, va sottolineato che per l'incidente del 2012, con ricaduta del 2016 (infortunio alla spalla destra), è stato fissato lo stato finale per il 1° febbraio 2018 e il ricorrente è stato ritenuto pienamente abile al lavoro in un'attività adeguata. Analogamente per l'incidente avvenuto nel 2018 lo status quo sine è stato raggiunto in data 6 luglio 2018, poi confermato con sentenza S 19 91 (consid. 8) del 30 giugno 2020 dell'allora Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni (cfr. act. 307 seg.). Tali circostanze escludono a priori la possibilità che un calcolo attualizzato dell'IL possa tenere conto delle ripercussioni di precedenti incidenti a quello del 16 febbraio 2021. Inoltre, in casu la valutazione dell'IL verte sui postumi di un infortunio che riguardano il piede e non le spalle. Per l'incidente del 16 febbraio 2021 lo status quo sine è stato fissato dalla convenuta al 16 aprile 2021 per quanto riguarda la spalla destra, il gomito destro e il bacino. Lo stato finale per il piede destro è stato ritenuto raggiunto in data 31 agosto 2022 (cfr. act. 321 p. 6).

E. 5.5

Apprezzamento dei pareri medici

E. 5.5.1

Il Dr. med. Q._____, perito esterno indipendente, ha esperito la sua valutazione medica degli atti il 26 marzo 2023 e 20 maggio 2023 (cfr. act. 316 segg. e 336 segg.). Il 26 marzo 2023 egli riassume gli atti – segnatamente l'incidente sul lavoro del 12 novembre 2012 alla spalla destra, quello del 15 giugno 2018 alla spalla sinistra e quello del 16 febbraio 2021 al piede destro –, ritenendo anche che (e quando) era stato raggiunto lo stato finale. In merito all'ultimo incidente egli riassume le perizie mediche – quella del Dr. med. I.____ del 25 maggio 2021, quella del Dr. med. O.____ del 13 gennaio 2022, quella della Dr. med. M.____ del 27 luglio 2022, quella del Dr. med. I.____ del 23 agosto 2022 e quella del Dr. med. P.____ del 4 ottobre 2022 –, facendo poi la sua diagnosi. Egli valutava anche il referto della radiografia del 14 luglio 2022. Per la valutazione della presenza dell'arco plantare destro scompensato, egli rimandava al rapporto del Dr. med. O.____ del 13 gennaio 2022, rilevando che né i risultati d'esame – copiati ripetutamente – della Dr. med. M.____ né quelli del Dr. med. P.____ – molto rudimentali – sarebbero utilizzabili a livello peritale. A suo avviso, diversi punti della perizia del Dr. med. P.____ sarebbero controversi se valutati in considerazione della LAINF. Sarebbe indiscussa la causalità nel senso di un aggravamento direzionale per la spalla destra dopo la prima lussazione del 2012 e per la seguente lussazione del 2016. L'inclusione del sinistro alla spalla sinistra non potrebbe essere compreso; sia a livello assicurativo-medico che dal lato pratico sarebbe stata trattata in modo coerente una condizione degenerativa preesistente. L'incidente avrebbe peggiorato

17 / 32 momentaneamente lo stato degenerativo preesistente e sarebbe stato fissato uno status quo sine. Lo stesso varrebbe per le patologie elencate dal Dr. med. P.____ quali l'artrite seronegativa, la cervicobrachialgia, l'eventuale condrocalcosi e le multiple

tendiniti alle mani e ai piedi. Per l'infortunio del 16 febbraio 2021 al piede destro sarebbe stata riconosciuta la causalità. La frattura intra-articolare della base del metatarso V è guarita con una leggera malposizione e avrebbe portato all'osteoartrite del TMT V risp. al suo aggravamento direzionale. Preesistente sarebbe stata anche una degenerazione OSG, uno sperone plantare del tallone con successiva fascite plantare su già preesistente deformità da piede piano valgo, una lesione osteocondrale avanzata sopra la spalla dell'astragalo e una steoartrite dell'articolazione metatarso-falangea. Documentata clinicamente sarebbe anche stata una deformità da piede piano valgo destro accentuata. Lo stato prima dell'infortunio non sarebbe stato chiaramente documentato. Il Dr. med. O._____ avrebbe descritto un'accentuazione sul lato destro. Tuttavia, non sarebbe consentito dedurre la causalità solo da un risultato asimmetrico. Il rapporto di trattamento del Dr. med. G._____ del 16 aprile 2021 sarebbe indicativo delle condizioni precedenti del piede destro rispetto al piede sinistro. In tale rapporto sarebbe stata documentata, per la prima volta dopo due mesi, la frattura. Secondo tale referto, le lesioni legamentari cicatrizzate e i cambiamenti tendinopatici del tendine tibiale-posteriore, biomeccanicamente e anche secondo le conoscenze mediche generali, sarebbero il risultato di una decompressione mediale dell'arco del piede, già presente in un esame del 10 giugno 2020. I referti legamentosi cicatrizzati sarebbero però stati valutati dall'ospedale N._____ – apparentemente non a conoscenza dei risultati radiologici – come causali all'incidente. Anche il reumatologo curante Dr. med. L._____ avrebbe elencato nella sua diagnosi che il piede piano valgo si sarebbe già accentuato a gennaio 2021. Egli avrebbe scritto, senza datare il documento, che sarebbe stato presente un sovraccarico del tendine tibiale posteriore a destra, il quale avrebbe già portato all'evidenza reumatologica di una cristallopatia. Il 15 luglio 2021 si sarebbe qui mostrato un versamento peritendineo ispessito. Parallelamente, sono stati riscontrati risultati simili anche al di sopra del polso destro. Questa constatazione alimenterebbe i dubbi riguardanti la causalità. Altresì il chirurgo del piede Dr. med. K._____ descriverebbe, in confronto all'indagine precedente (non specificato quando), un piede piano valgo destro un po' aggravato. Egli, inoltre, avrebbe valutato anche la MRI del 16 aprile 2021 e avrebbe descritto la tendinite stazionaria-regressiva in paragone al prima-MRI del 2020, nonché una rottura parziale del tendine tibiale posteriore del legamento di spring. Infine, avrebbe ritenuto che l'aggravazione percepita soggettivamente dal ricorrente non sarebbe causale. La causalità in questione sarebbe solo stata confermata in una perizia del

18 / 32 Dr. med. O._____. Quest'ultimo avrebbe riassunto i rapporti dei Dr. med. G._____, K._____ e L._____ senza però discuterli. Dalla sua valutazione non si evincerebbe che gli stati preesistenti paragonati sarebbero stati sufficientemente valutati. Comunque, il Dr. med. O._____ avrebbe scritto che lo scompenso più accentuato del piede destro, in confronto al piede sinistro, sarebbe causale all'infortunio, citando quale unico argomento che il piede destro avrebbe una deformazione più accentuata del piede sinistro. Egli avrebbe citato una MRI del

E. 5.5.2

Il Dr. med. I._____ valutava il ricorrente il 25 maggio 2021 (cfr. act. 195 segg.), esaminando gli atti. Egli riteneva la documentazione agli atti completa e, a suo avviso, non era necessaria una visita del ricorrente. Egli, oltre a ciò, elencava la fattispecie, commentando i referti del Dr. med. G._____. Il nesso di causalità con l'incidente del 16 febbraio 2021 sarebbe certo per le diagnosi di contusione alla spalla destra e al gomito

destro nonché al bacino e al piede destro, con frattura non dislocata del metatarso V. Riguardo a problemi di salute pregressi ed estranei all'infortunio, il medico elencava importanti processi degenerativi presenti alla spalla destra; queste patologie sarebbero risultate ulteriormente peggiorate sulla scorta dell'esame del 16 aprile 2021. Tale esame avrebbe però escluso la presenza di patologie da riferire a un trauma recente. Inoltre, sarebbe noto un piede piano valgo destro, nel cui contesto l'assicurato avrebbe già sviluppato in passato una tendinopatia del tibiale posteriore. Nel contesto di tale patologia morbosa, sarebbero presenti importanti processi degenerativi, già documentati su un esame MRI del

E. 5.5.3

Il Dr. med. K._____ riteneva nel suo rapporto del 1° luglio 2021 (cfr. act. 94 seg.) che, in confronto agli esami preliminari, si sarebbe mostrato un piede piano valgo destro leggermente aggravato. L'MRI del 16 aprile 2021 avrebbe mostrato segni stazionari fino a regressivi del piede piano valgo destro. Però vi sarebbe una nuova frattura di base / TMT V con bone bruise TMT IV e V. Un ulteriore aggravamento del piede piano valgo dovuto alla caduta del 16 febbraio 2021 sarebbe possibile, però non completamente giustificato dal punto di vista causale. La frattura al metatarsale V con bone bruise TMT IV e V, con accumulo di liquido plantare, sarebbe causale alla caduta.

E. 5.5.4

Il Dr. med. O._____ valutava la situazione con rapporto medico del 13 gennaio 2022 (act. 165 segg.). Egli elencava tutti gli atti a sua disposizione tra il 2 ottobre

23 / 32 bre 2020 e il 14 ottobre 2021, le dichiarazioni del ricorrente, lo stato generale, lo stato locale, gli esami radiologici e MRI e il podogramma, facendo poi la sua valutazione. Egli riteneva nella sua analisi che, già prima dell'evento, il ricorrente avrebbe presentato un piede piano valgo sintomatico a destra. Oggettivamente riteneva poi un piede piano valgo molto più marcato a destra. Per la causalità egli rilevava: "le alterazioni acquisite in corrispondenza dell'articolazione tarso- metatarsale IV e V, con in particolare mal unione della frattura della base del V metatarso con decorso intrarticolare, risultano essere tuttora in nesso di causalità per lo meno probabile preponderante con l'evento del 16.2.2021.

Questo nel senso di un cambiamento direzionale del quadro preesistente con preclusione del ripristino di uno status quo ante vel sine. In considerazione dell'evidente cambiamento della statica del piede documentato dal confronto dei calchi plantari, la decompensazione del piede piano valgo a destra viene ritenuta essere in nesso di causalità per lo meno probabile preponderante con la caduta del 16.2.2021 da un'altezza di 5 metri atterrando in piedi.

Questo nel senso di un cambiamento direzionale di un quadro preesistente già oggetto di investigazioni diagnostiche e verosimilmente misure terapeutiche. L'alterazione osteo-(condrale) sul versante laterale del domo talare risulta essere insorta nello spazio temporale tra la risonanza magnetica del 10.6.2020 (a quel momento non documentata) e quella del 16.4.2021. La presenza di un bordo circolare con una struttura ossea sclerotica alla risonanza magnetica del 16.4.2021 rende di per sé stesso piuttosto improbabile una sua insorgenza acuta in occasione dell'evento del 16.2.2021 (appena 2 mesi prima) anche in assenza di alterazioni locali chiaramente identificabili allo studio radiologico convenzionale della caviglia del 16.2.2021." In merito ai lavori di amministrazione egli rilevava un'IL dello 0 % riconducibile al piede destro. Per il servizio clientela e acquisti, consegne, manutenzione tombe ecc. le potenziali limitazioni riconducibili al piede destro sarebbero

suscettibili di manifestarsi a dipendenza dei terreni, della distanza e dell'entità dei carichi. Anche per i lavori di manutenzione dei giardini ciò sarebbe così. Egli riteneva, allo stato, un'IL del 50 %, specificando che il ricorrente avrebbe presentato una serie di affezioni estranee all'evento del 16 febbraio 2021 suscettibili di esercitare un'influenza sulla capacità lavorativa complessiva, ovvero, in particolare, a riguardo delle spalle e delle mani. Aggiungeva che, "nell'ambito di una stima indicativa, il peggioramento direzionale della situazione con scompenso del piede destro riconducibile all'evento del 16.2.2021 esercita un'influenza nell'ordine di grandezza di 1/3 sulla incapacità lavorativa complessiva del signor Compagnoni in qualità di giardiniere, con riferimento al mansionario messo a disposizione." Egli constatava un nesso di causalità perlomeno prevalentemente preponderante tra gli attuali

24 / 32 disturbi al piede destro e l'evento del 16 febbraio 2021, nel senso di un peggioramento direzionale del quadro morboso preesistente. Riguardo all'influenza di fattori extrainfortunistici, egli riteneva che si era in presenza di un piede piano valgo già oggetto di approfondimenti diagnostici e ragionevolmente di misure terapeutiche. L'influenza dei fattori preesistenti la quantificava al 50 %. L'incidente, a detta sua, avrebbe comportato un peggioramento direzionale dello stato preesistente. La natura e l'entità delle lesioni riportate in seguito all'incidente precluderebbe il ripristino di uno status quo ante vel sine. Egli, facendo astrazione delle ulteriori affezioni, riteneva che i postumi infortunistici riconducibili all'evento del 16 febbraio 2021 giustificerebbero un'IL di 1/3 nella professione abituale; un'eventuale aumento/ripresa completa della capacità lavorativa nella professione abituale sarebbe stata da rivalutare in funzione dell'esito terapeutico. Egli riteneva, infine, nell'ambito di un mercato generale del lavoro un'abilità lavorativa in un'attività adeguata come completa, se questa era prevalentemente sedentaria, con carico ridotto del piede destro. Riguardo al piede piano valgo, l'evento del 16 febbraio 2021 avrebbe comportato un peggioramento direzionale dello stato preesistente al piede destro.

E. 5.5.5

Il Dr. med. H._____, con rapporto medico del 1° marzo 2022 (cfr. act. 158 seg.), rimandava al rapporto medico del Dr. med. O._____ del 1° giugno 2021 [recte: 13 gennaio 2022, act. 165 segg.) per quanto riguarda le conseguenze a livello di IL. Egli, con nuovo rapporto medico del 10 maggio 2022 (cfr. act. 154), riteneva che per via dei dolori al piede l'IL era da considerare di 50 % nell'attività precedente con gestione di una giardiniera.

E. 5.5.6

Con perizia reumatologica datata 4 ottobre 2022 e indirizzata all'Ufficio AI, il Dr. med. P._____ valutava il ricorrente (visita del 28 settembre 2022, act. 284 segg.). Il medico riassumeva gli atti a sua disposizione (documenti medici datati dal 23 novembre 2012 fino al 27 luglio 2022). Egli, poi, esperiva un'anamnesi familiare, patologica, personale e socio lavorativa, elencando i disturbi forniti dal peritando, compresa la descrizione della vita quotidiana. Seguivano le osservazioni sul comportamento e sull'aspetto esteriore, la comprensione linguistica nonché i reperti dell'esame (esame internistico, esame della colonna vertebrale, esame delle articolazioni, status neurologico, esami radiologici). Oltre a ciò, egli si concentrava sulla valutazione medica, nella quale faceva confluire la sintesi della storia professionale e sanitaria dell'assicurato e la descrizione della sua situazione psichica sociale e medica attuale, per poi valutarne la diagnosi e la rispettiva coerenza e plausibilità. Il medico faceva successivamente una valutazione medico assicurativa, valutando il

percorso precedente di terapie e analizzando la possibilità

25 / 32 di guarigione, come anche una valutazione di capacità e risorse e problemi. A mente sua, riguardo alle spalle non sarebbe possibile giungere ad una guarigione. Al riguardo egli ravvisava che il ricorrente presenterebbe un'IL per tutte le attività pesanti, nell'ambito delle quali dovrebbe lavorare sopra l'orizzontale e sollevare pesi superiori ai 5 kg, salire su scala a pioli o dove dovrebbe tenersi con le braccia. A causa del piede il ricorrente presenterebbe anche delle limitazioni alla deambulazione, in particolare su terreni sconnessi. Dopo la caduta si sarebbe anche aggiunto il problema al piede – valutato dal Dr. med. O._____ con un netto peggioramento della situazione. Infine, egli rispondeva ai quesiti peritali. Egli suddivideva l'attività precedente in due attività differenti. Da una parte, quella come giardiniere, per la quale egli riteneva un'IL dell'80 % e per l'abilità lavorativa del 20 % intese attività molto leggere. Dall'altra, quella come responsabile d'azienda che sarebbe stata possibile al 100 %. Per lavorare in ginocchio nella serra egli riteneva un'abilità almeno al 60 %, dove il 40 % sarebbe dato da un problema di introduzione di pause per potersi sedere. Come conducente di piccoli mezzi di trasporto egli lo valutava abile al lavoro all' 80 %, dove il 20 % sarebbero eventualmente dei tempi maggiori richiesti durante il carico e scarico della merce. Riguardo alle ore di presenza al giorno, il medico riteneva per l'attività di giardiniere un'esigibilità del 20 %, nell'ambito della quale potrebbe fare delle attività molto leggere, mentre per le altre attività svolte quale proprietario sarebbero possibili 8-9 ore al giorno, con diminuzione del rendimento. Tale diminuzione del rendimento sarebbe dovuta al fatto che il paziente dovrebbe ogni tanto poter cambiare postura, sedersi o fare delle pause soprattutto quando dovrebbe caricare o scaricare il camion. Complessivamente egli poi però ritiene un'IL per l'attività da giardiniere era del 100 %, mentre per l'attività in ditta e come proprietario della ditta rimandava alle varie percentuali precise sopraelencate. Per quanto riguarda un'attività adeguata, egli riteneva il ricorrente abile al 70 % in un'attività leggera, dove non dovrebbe sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, lavorare sopra l'orizzontale e con mezzi pesanti tipo motosega e martello. L'attività dovrebbe comprendere soprattutto momenti da seduto, meno momenti in piedi, senza salire le scale a pioli o camminare su terreni irregolari. Le ore di presenza per una tale attività venivano fissate a nove ore giornaliere. Ci sarebbe poi una limitazione del rendimento di circa il 30 % dovuta all'introduzione di pause durante la giornata. Egli concludeva, ritenendo che la capacità lavorativa non sarebbe migliorabile ulteriormente mediante provvedimenti medici.

26 / 32

E. 5.5.7

Si ritiene in conclusione che, tralasciando i rapporti medici dei Dr. med. H._____ e K._____, che risultano essere piuttosto concisi, nonché poco argomentati nel dettaglio per poterne dedurre delle conclusioni, le risultanze dei restanti rapporti – fatta astrazione del rapporto del Dr. med. P._____ e, solamente parzialmente, del Dr. med. O._____ – coincidono tra di loro. D'altronde, il Dr. med. P._____ si esprime in un ambito puramente di invalidità e la sua perizia, che, tra l'altro, è stata criticata dal Dr. med. Q._____, è volta a stabilire delle conclusioni per la sola assicurazione invalidità (che considerano un'IL complessiva) e, per conseguenza, non in un ambito LAINF. In questo contesto si ravvisa che la valutazione dell'invalidità da parte degli uffici AI non è vincolante per gli assicuratori contro gli infortuni. Gli uffici AI e gli assicuratori infortuni devono valutare in modo autonomo il grado di invalidità in modo indipendente per ogni singolo caso (cfr. DTF

133 V 549 consid. 6.1. 131 V 362 E. 2.2; sentenze del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni S 20 95 del 14 settembre 2021 consid. 3 con rif., S 20 48 del 13 luglio 2021 consid. 3 con rif.). Le conclusioni del Dr. med. P._____ non sono sufficienti a mettere in dubbio, l'attendibilità degli altri rapporti medici sopraccitati. I rapporti del Dr. med. I._____ (del 23 agosto 2022, act. 212 segg.), del Dr. med. O._____ (del 13 gennaio 2022, act. 165 segg.) e del Dr. med. Q._____ (del 26 marzo e 20 maggio 2023, act. 316 segg. e 336 segg.) rispecchiano unanimi le conclusioni di una capacità lavorativa limitata nell'attività abituale, mentre completamente data in un'attività adeguata, solo basata sui problemi al piede destro, mentre per i restanti postumi da infortunio era già stato raggiunto lo status quo sine/ante. In particolare la perizia del Dr. med. Q._____ fornisce un quadro completo della storia clinica, del decorso e dello stato attuale del paziente e risulta completa sulla base dei documenti a disposizione. La sua perizia è esaustiva per le questioni controverse, basata su analisi complete, che tengono conto dei disturbi lamentati e in conoscenza degli atti precedenti. Inoltre, ad avviso di questo Tribunale, le conclusioni sono giustificate. Pertanto ci si può basare sulla sua perizia. Di conseguenza, per quanto riguarda l'attuale capacità lavorativa collegata all'infortunio, si può seguire quanto ritiene il Dr. med. Q._____. Ciò anche in funzione del fatto che, allo stato delle cose, nessun altro medico si è occupato di commentare o di analizzare criticamente le sue conclusioni mediche e, quindi, queste permangono incontestate.

E. 5.6

In definitiva, in questo punto, il ricorso è da respingere. 6. Raffronto dei redditi 6.1. Il ricorrente contesta il raffronto dei redditi operato dalla convenuta per determinare il grado d'invalidità, in particolare il reddito da invalido considerato. Quale

27 / 32 reddito da invalido la convenuta avrebbe ritenuto, malgrado il danno alla salute e con una capacità lavorativa del 100 % in un'attività adeguata, un reddito di CHF 68'248.30, già includendo una deduzione del 25 % (Leidensabzug, sul salario statistico secondo la tabella TA1_b nella posizione di quadro inferiore livello 4). Il salario da invalido sarebbe da graduare in base alla percentuale di abilità lavorativa riconosciuta al ricorrente a seguito degli accertamenti (sopra richiesti). Mal si comprenderebbe per quale motivo, nell'ipotesi in cui il ricorrente andasse ad esercitare una professione mai esercitata prima e per cui non avrebbe una formazione specifica (posto che egli disporrebbe solo del diploma di giardiniere), egli dovrebbe guadagnare un salario per una funzione di quadro. Se egli dovesse esercitare un'attività adeguata a causa del suo stato di salute, si tratterebbe di un'attività semplice e non di quadro. Per determinare il salario da invalido occorrerebbe riferirsi al salario RSS per attività semplici di tipo fisico o manuale per uomini con livello di competenza 1. A ciò andrebbe applicata una riduzione sociale del 25 %. Anche nella denegata ipotesi in cui il ricorrente sarebbe da ritenere pienamente abile in altra attività adeguata, il salario da invalido da considerare nel raffronto dei redditi sarebbe pari al massimo di CHF 52'758.75, da ridurre in base alla percentuale di abilità lavorativa che verrebbe riconosciuta al ricorrente. Così, il grado d'invalidità sarebbe superiore al 10 %. 6.2. La convenuta nella sua presa di posizione difende il calcolo da lei effettuato. In virtù del principio della riduzione del danno, sarebbe lecito domandare all'assicurato di mettere a profitto nel migliore dei modi la propria residua capacità di guadagno e, quindi, per il calcolo del proprio grado d'invalidità sarebbe altrettanto lecito pretendere da lui uno sforzo per riorganizzare la propria attività lavorativa e, se del caso, pure lecito pretendere un cambio di attività. Per il grado d'invalidità si dovrebbe fare capo ai valori statistici delle

tabelle RSS. Si dovrebbe fare capo all'importo delle tabelle TA1_triage_skill_level del 2020, ramo economico 05-43, "Produktion", uomini, livello 3, anche senza rivalutazione nominale, con una completa deduzione sociale del 25 %. Si otterrebbero così CHF 70'819.00, quindi un grado ancora inferiore (circa 4 %) rispetto a quello già calcolato nella decisione su opposizione, nella quale erroneamente sarebbe stato preso in considerazione il reddito (ipotetico) stabilito nella TA1_b. Il valore considerato terrebbe conto della funzione di quadro non superiore bensì inferiore (livello 3) e, questo, proprio perché all'interno di una ditta con dei collaboratori, in considerazione della lunga esperienza, sarebbe possibile e legittimo pretendere che fosse proprio l'assicurato a decidere in merito all'attività e alla gestione della stessa. In pratica, al ricorrente potrebbe essere chiesto di gestire un'attività commerciale come la sua giardineria, occupandosi però principalmente dell'operato amministrativo e facendosi quindi aiutare dal personale

28 / 32 per i lavori che, vista la pesantezza, non sarebbe più in grado di esercitare. La convenuta aggiunge che, viste le risorse mediche ed economiche del ricorrente e vista la ditta di sua proprietà, non potrebbe essere automaticamente confermata la riduzione sociale del 25 %, giacché sarebbe stata "concessa" per valutare, con l'intento di favorirlo, se la soluzione finale sarebbe mutata. 6.3. L'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 % in seguito a infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità se l'infortunio si è verificato prima del raggiungimento dell'età di riferimento (art. 18 LAINF). In caso d'invalidità totale, l'ammontare della rendita è pari all'80 % del guadagno assicurato; esso è ridotto in proporzione in caso di invalidità parziale (art. 20 cpv. 1 LAINF). In linea con l'art. 18 LAINF, l'art. 16 LPGa prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione – tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido) – è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il confronto dei redditi, in genere, deve essere effettuato in modo tale che i due ipotetici redditi lavorativi siano determinati in cifre nel modo più accurato possibile e confrontati tra loro. Dalla differenza tra i redditi si determina il grado d'invalidità in percentuale (metodo generale del confronto dei redditi; DTF 144 I 21 consid. 2.1, 142 V 290 consid. 4, 141 V 15 consid. 3.2, 128 V 29 consid. 1; STF 9C_225/2019 dell'11 settembre 2019 consid. 2 e 8C_176/2021 del 18 maggio 2021 consid. 5.2.2). 6.4. Se e in quale misura 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 d'occupazione), ritenuto che una deduzione massima del 25 % del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che il giudice chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale deriva da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/cc e 6). 6.5.1. Nel caso in esame, il reddito da valido non è stato contestato in maniera sostanziale. Nemmeno a seguito della presa di posizione della convenuta del

E. 10

giugno 2020. L'esame del 16 aprile 2021 evidenzerebbe, inoltre, la sostanziale stazionarietà di questi reperti. La frattura dell'osso metatarsale V del piede destro avrebbe comportato un

peggioramento direzionale dello stato di salute (al contrario le altre fratture – bacino, gomito destro e spalla destra – solo peggioramenti temporanei). Egli riteneva lo status quo sine raggiunto per il bacino, il gomito destro e la spalla destra con la visita del Dr. med. G. _____ del 16 aprile 2021. Per la frattura dell'osso metatarsale V del piede destro non potrebbe essere raggiunto né lo status quo ante né lo status quo sine. Per le sole conseguenze dell'evento del 16 febbraio 2021 sarebbe giustificata un'abilità lavorativa al 100 % dal 17 maggio 2021. Il 16 aprile 2021 sarebbero ancora stati presenti disturbi al piede destro in relazione di causalità naturale parziale con l'evento del 16 febbraio 2021. Trascorsi tre mesi dall'evento i disturbi residui ancora presenti al piede destro non sarebbero più in relazione di causalità con l'evento del 16 febbraio 2021, ma da attribuire alle patologie morbose preesistenti. Per la prognosi egli riteneva che, a tre mesi dall'evento, si sarebbe raggiunto lo stato definitivo; quale unico danno permanente residuo lo stato dopo frattura del metatarso V, senza deficit funzionali aggiuntivi a

22 / 32 quelli preesistenti nel contesto della patologia morbosa correlata al piede piano valgo. Con ulteriore esame degli atti del 23 agosto 2021 (cfr. act. 185 segg.), il Dr. med. I. _____ rimandava per gli antecedenti alla sua valutazione del 25 maggio 2021. Egli riteneva le valutazioni dei Dr. med. L. _____ e K. _____ non sufficienti per una valutazione conclusiva. Il Dr. med. I. _____ si esprimeva nuovamente in data 23 agosto 2022 (act. 212 segg.). Egli rimandava per gli antecedenti alla sua valutazione del 25 maggio 2021 e del 23 agosto 2021. Egli ribadiva che la frattura intra-articolare della base del V metatarso del piede destro e la conseguente artrosi tarsometatarsale IV e V a destra sarebbero una chiara conseguenza dell'evento del 16 febbraio 2021 e sarebbero la causa probabile, almeno parzialmente, dei disturbi al piede destro. Oltre alle patologie conseguenti all'evento del 16 febbraio 2021, il ricorrente sarebbe confrontato con numerosi altri problemi di salute, a causa dei quali sarebbe complessivamente inabile al lavoro al 50 %. Egli riteneva poi, richiamando la valutazione del Dr. med. O. _____ del 13 gennaio 2022, che per le sole conseguenze dell'evento del 16 febbraio 2021 (artrosi tarso-metatarsale IV e V piede destro), le patologie in relazione di causalità naturale con l'evento del 16 febbraio 2021 concorrerebbero nella misura di 1/3 sull'IL complessiva del 50 % (17 %) per la professione abituale, che sarebbe dovuta prevalentemente alle concomitanti patologie morbose. Mentre in un'attività prevalentemente sedentaria, con possibilità di effettuare brevi spostamenti sul terreno pianeggiante, per le sole conseguenze del 16 febbraio 2021, il ricorrente sarebbe normalmente abile al lavoro. Secondo il medico, il quadro clinico sarebbe stato nel complesso stabilizzato per quanto riguardava le conseguenze dell'evento del 16 febbraio 2021. La cura medica sarebbe stata terminata. Come valutato dal Dr. med. O. _____ non sarebbe possibile raggiungere lo status quo ante né quo sine.

E. 14

maggio 2024, mediante la quale veniva espressamente osservato che il reddito da valido era stato censurato (pag. 24), il ricorrente ha sollevato censure al riguardo. Oltre a quanto precede, non è stato nemmeno contestato il fatto che la convenuta,

29 / 32 per il calcolo, si sia basata sulle tabelle RSS. Pertanto nulla si oppone alla ripresa del reddito da valido come riportato nella decisione su opposizione del 28 febbraio 2024, quindi CHF 74'100.00. 6.5.2. Per quanto concerne invece il reddito da invalido – contrariamente a quanto effettuato dalla convenuta nella decisione impugnata – la tabella corretta sulla quale basarsi nel caso in esame è la "TA1_tirage_skill_level" del 2020 (pubblicata nel 2022, in quanto la decisione su opposizione risale al 28 febbraio 2024, quando la nuova tabella del

2022 non era ancora stata pubblicata), totale, uomini (indicizzato, e tenuto conto che il primo possibile inizio del pagamento di una rendita risale al 2022), dato che la divergenza dal "totale" non è giustificabile, e non la tabella "TA1_b – quadro inferiore, livello 4" (cfr. DTF 148 V 174 consid. 6.2; 143 V 295; STF 8C_657/2023 del 14 giugno 2024). La tabella "TA1_tirage_skill_level" trova qui applicazione, in quanto il ricorrente è ancora attivo a livello lavorativo (cfr. act. B1), ma non è da presumere che possa utilizzare appieno e in modo ragionevole la sua rimanente capacità lavorativa (DTF 148 V 174 consid. 6.2 con rimandi). 6.5.3. Questo Tribunale ritiene inoltre che la deduzione sociale del 25 % concessa dalla convenuta sia eccessiva e, per tale motivo, tenendo in considerazione gli elementi del caso concreto, ritiene giustificata una deduzione minore in ragione del 5 % (v. anche DTF 126 V 75 consid. 5b). A mente della giurisprudenza, il reddito di invalidità deve essere ridotto se le caratteristiche personali e professionali, come il tipo e l'entità dell'invalidità, l'età, gli anni di servizio, la nazionalità o la categoria di residenza e il grado di occupazione, hanno un impatto sull'importo dello stipendio (DTF 124 V 321 consid. 3b/aa). Tuttavia, la detrazione non deve essere effettuata automaticamente, ma solo se vi sono indicazioni nel singolo caso che la persona assicurata può utilizzare la propria capacità lavorativa (residua) legata alla salute sul mercato del lavoro generale solo con un reddito inferiore alla media a causa di una o più di queste caratteristiche (cfr. nel complesso DTF 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75; STF 8C_1/2023 del 6 luglio 2023 consid. 15.1, 8C_361/2011 del 20 luglio 2011 consid. 6.1 con ulteriori riferimenti), ciò che non fa al caso nostro. Vai qui in questo senso considerato che l'infortunio riguarda lesioni a un piede, le quali, ricordata l'attività di giardiniere con mansioni amministrative, giocano un ruolo limitante di minore importanza e non comportano una riduzione della capacità lavorativa nell'attività adeguata (cfr. anche DTF 134 V 322 consid. 5.3; STF 8C_256/2021 del 9 marzo 2022 consid. 10.2, 9C_830/2017 del 16 marzo 2018 consid. 5; vedi "Behinderungsabzug"; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4a ed. 2022, Art. 28a n. 107 segg.).

30 / 32 6.5.4. A questo punto va stabilito il livello di competenza applicabile al caso in esame. Il livello di competenza si determina in base alla formazione professionale, all'esperienza professionale e alla posizione professionale (cfr. Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI], Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS, valida dal 1° gennaio 2022, stato 1° gennaio 2025, n. 3208 segg.; v. anche STF 8C_657/2023 del 14 giugno 2024 consid. 6 con rif.). Il livello 1 è il più basso e corrisponde a mansioni fisiche e manuali semplici, mentre il livello 4 è il più alto e riguarda le occupazioni che richiedono la capacità di risolvere problemi complessi e di prendere decisioni basate su un ampio insieme di conoscenze teoriche e fattuali in un settore specializzato. Il livello 3 prevede compiti pratici e complessi, che richiedono un'ampia gamma di conoscenze in campo specialistico (ad esempio tecnici, supervisori, mediatori o personale infermieristico). Il livello 2 si riferisce a mansioni pratiche come la vendita, l'assistenza, l'elaborazione dei dati, le mansioni amministrative, l'uso di macchinari e apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza e la guida. Il livello 2 è giustificato (in confronto al livello 1) solo se la persona assicurata possiede competenze o conoscenze particolari (STF 8C_657/2023 del 14 giugno 2024 consid. 6). Nel caso in esame, ad avviso di questo Tribunale, i livelli di competenza 1 e 4 vanno esclusi, in quanto, in considerazione della formazione pratica del ricorrente, come anche della sua lunga esperienza quale capo-ditta e, quindi, come capo del personale con ruolo amministrativo e dirigenziale, entrano in considerazione unicamente i livelli di competenza 2 o 3 (cfr. DTF 150 V 354

consid. 6.1 segg.). Visto che – come si vedrà al considerando seguente –, indipendentemente dal livello di competenza utilizzato (2 o 3) non sussiste un diritto a una rendita a seguito di infortunio, tale quesito può rimanere qui irrisolto. 6.5.5. In considerazione del livello di competenza 3 si presenta il seguente calcolo: contrapponendo lo stipendio da valido di CHF 74'100.00 annuali a uno stipendio da invalido di CHF 90'056.12 annuali ($[\text{CHF } 7'548.00 * 12 * 0.993 [2021] * 1.011 [2022] / 40 * 41.7 *] * 0.95$) risulta un grado d'invalidità del -21.5 arrotondato a 22 % che non dà diritto ad una rendita d'invalidità a seguito di infortunio. Lo stesso vale in applicazione del livello di competenza 2: contrapponendo lo stesso stipendio da valido a uno stipendio da invalido di CHF 69'093.13 annuali ($[\text{CHF } 5'791.00 * 12 * 0.993 [2021] * 1.011 [2022] / 40 * 41.7] * 0.95$), risulta un grado d'invalidità del 6.8 % (arrotondato a 7 %) e, per conseguenza, anche in questo caso al di sotto della soglia rilevante del 10 %.

31 / 32 6.6. Ne discende che, indipendentemente dal livello di competenza considerato (2 o 3), il ricorrente non ha diritto a una rendita d'invalidità a seguito di infortunio. 7. In conclusione, in ragione di quanto sopra ritenuto, il ricorso è da respingere integralmente.

8.1. L'art. 61 lett. fbis LPGa in combinato disposto con gli artt. 105 segg. LAINF non prevede un obbligo generale di prelevamento di costi. Quindi, la procedura di ricorso dell'assicurazione infortuni riguardante le prestazioni è generalmente gratuita. Il presente procedimento di ricorso non comporta dunque spese. 8.2. La convenuta non ha diritto a spese ripetibili (art. 61 lett. g LPGa e contrario).

32 / 32 Il Tribunale d'appello pronuncia: 1. Il ricorso è respinto. 2. Non si prelevano spese. 3. Non vengono versate indennità. 4. [vie di diritto]. 5. [Comunicazioni]

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