

TI_GERICHTE 35.2009.98 vom 8. März 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-03-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2009.98

FR: TI_GERICHTE 35.2009.98 du 8 mars 2010

IT: TI_GERICHTE 35.2009.98 del 8 marzo 2010

Regeste

Assicurato saltando da una rampa di carico e appoggiando male il piede destro si è procurato una frattura pluriframmentaria al calcagno destro e una composta a quello sinistro. Assegnata a giusta ragione una rendita d'invalidità del 10% dal 1.1.09 e un'IMI del 15%

Erwägungen

E. 18

cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del

E. 22

giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al

medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente

stabile (cfr. STFA del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.3.3. Nella presente fattispecie, l'assicuratore infortuni convenuto, fondandosi sull'apprezzamento dell'11 novembre 2008 del medico di _____ Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha sospeso le prestazioni a titolo di spese di cura e d'indennità giornaliera dal 1° gennaio 2009 ritenendo da tale data l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile (doc. 214). Il Dr. _____ ha, in particolare, ritenuto quanto segue: "(...) DIAGNOSI - Stato da artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica a destra il 9.1.2007 e stato da frattura intraarticolare del calcagno destro, osteosintesi dello stesso il 19.4.2005 e rimozione del materiale d'osteosintesi il 28.3.2006. - Lesione pressoché totale del nervo surale a destra. - Stato da rimozioni delle viti d'artrodesi il 2.6.2008. - Stato da frattura extra-articolare del calcagno sinistro trattata conservativamente. VALUTAZIONE L'assicurato lamenta sempre gli stessi problemi rispetto a prima della rimozione delle viti, persistono dolori ai due talloni, soprattutto a destra. Egli deve continuare ad assumere medicinali contro il dolore. Il perimetro di deambulazione è riferito a circa 30 minuti. Oggettivamente lieve zoppia di risparmio a destra, sotto-astragalica a destra bloccata e non dolorosa, persistono dolori ai due calcagni all'appoggio. Praticamente non vi è più nessuna atrofia a livello del polpaccio. Conclusioni L'ultimo intervento non ha portato ai miglioramenti sperati. Non s'intravedono ulteriori cure atte a migliorare in modo sensibile la situazione dell'assicurato. Sono comunque state prescritte delle scarpe ortopediche con imbottitura per il calcagno e tacco ammortizzante, questo dovrebbe permettere un certo sollievo ed eventualmente prolungare un po' il periodo di deambulazione. La situazione medica risulta comunque stabilizzata e si procede alla definizione dell'esigibilità del lavoro discutendola con l'assicurato e tenendo conto di quanto valutato nel gennaio del 2008 della _____.

ESIGIBILITÀ DEL LAVORO L'assicurato non ha limitazioni nel portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, egli può spesso portare pesi dai 5 ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi dai 10 ai 25 kg fino all'altezza dei fianchi e mai più pesi superiori ai 25 kg. L'assicurato non ha limitazioni nel sollevare pesi fino a 5 kg oltre l'altezza del petto e può spesso sollevare pesi oltre i 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato non ha limitazioni nel maneggiare di attrezzi leggeri e di precisione, egli può spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti e mai più attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale non è impedita. L'assicurato non ha limitazioni nell'effettuare lavori al di sopra della testa, non ha limitazioni nell'effettuare la rotazione del tronco e non ha limitazioni nell'assumere la posizione seduta e inclinata in avanti, egli può spesso assumere la posizione in piedi e inclinata in avanti, non ha limitazioni nell'assumere la posizione inginocchiata e può talvolta effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato non ha limitazioni nell'assumere la posizione seduta e di lunga durata, egli può spesso assumere la posizione in piedi e di lunga durata. L'assicurato non ha limitazioni nel camminare fino a 50 m, può spesso camminare oltre i 50 m, talvolta camminare per lunghi tragitti, di rado su terreno accidentato, talvolta salire le scale e talvolta salire su scale a pioli." (Doc. 205) 2.3.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr.

RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1; U. Meier-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Pertanto i referti ordinati ed eseguiti in adempimento di questo compito non possono essere considerati di parte (cfr. STF U 350/06 del 20 luglio 2007). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), l'Alta Corte 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. L'Alta Corte ha, peraltro, precisato che i pareri redatti dai medici dell'_____ hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). 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). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA del 31 gennaio 2005 nella causa M., I 811/03, consid. 5 in fine; STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). 2.3.5. In concreto, l'CO 1 fondandosi sulla valutazione del Dr. _____ ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile a far tempo dal 1° gennaio 2009. Chiamata a pronunciarsi in merito alla fattispecie, questa Corte ritiene che l'apprezzamento enunciato dal medico dell'CO 1, Dr. _____, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori atti istruttori (sul valore probatorio delle valutazioni del medico di _____, cfr. sentenza del Tribunale federale U 350/06 del 20 luglio 2007 in cui l'Alta Corte ha ricordato che "nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali si fondino esclusivamente su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore."). Al riguardo va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. SVR 2003 IV

Nr. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In effetti la valutazione del Dr. _____ non contiene contraddizioni e presenta tutti i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché possa essere riconosciuto, ad un apprezzamento medico, piena forza probante: in particolare, il sanitario ha espresso la sua valutazione in modo chiaro, motivato e convincente, dopo aver proceduto allo studio approfondito del dossier dell'assicurato comprensivo di tutti gli accertamenti medici effettuati, all'esame dei referti radiologici e alle visite di quest'ultimo (cfr. doc. 205, 177). Agli atti nemmeno risultano atti medici specialistici di differente tenore che permettono a questa Corte una diversa valutazione della fattispecie. In particolare, il rapporto del 2 novembre 2009 della Clinica _____ di _____, nella quale viene posta una diagnosi che sostanzialmente non si discosta da quella del Dr. _____, laddove indica " Verdacht auf Achillessehnen-Tendinopathie Fuss rechts bei: Status nach Calcaneusfraktur beidseits 2005 (rechts Schraubenosteosynthese mit OSME); Status nach subtalarer Arthrodesse rechts 2008 mit OSME, links konservativ versorgt " (doc. B2). Gli specialisti inoltre nella loro valutazione conclusiva si limitano a indicare la necessità di una fisioterapia intensiva senza peraltro fornire indicazioni sui limiti funzionali e l'esigibilità lavorativa dell'assicurato nella precedente o in altre attività. Anche il referto dell'8 dicembre 2009 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia, non permette a questa Corte una diversa valutazione della fattispecie. Il medico curante ha diagnosticato: " (...) - osteopenia diffusa con decalcificazione al piede e sede calcaneare della tibia e del perone destri. - osteoartrite post-traumatica che coinvolge l'articolazione sub-talare e l'articolazione calcaneo-cuboide con impingement nel compartimento mediale del tendine dell'abductor Hallucis e flexor allucis brevis, e nel compartimento centrale del tendine del flexor digitorum brevis, dei lumbricali, del quadrato della pianta, e dell'adductor alluci, e nel compartimento laterale dell'abductor digiti minimi, del flexor digitorum brevis, e dell'opponens digiti minimi, per cui riduzione pressoché azzerata dei movimenti di: adduzione, abduzione, rotazione esterna ed interna, supinazione e pronazione, flessione dorsale e plantare, e torsione di tutto il piede destro" (doc. B1). Il Dr. _____ ha quindi specificato quanto segue: " (...) vi è una deformazione rigida con gonfiore ed edema del piede destro, con ripercussioni dolorose all'appoggio a terra e alla deambulazione, consequenziale rigidità del tendine di Achille per la perdita dell'abituale elasticità e motilità articolare di tutta la volta plantare. Per la necessità del cammino plantigrado, cioè del camminare con appoggio sul calcagno e su tutte e cinque le teste metatarsali, contemporaneamente agisce come determinante la posizione di una delle due parti del piede divise dall'articolazione di Chopart, e cioè la posizione del calcagno e dell'astragalo, in quanto la sede più mobile deve orientarsi e dirigersi secondo quella meno mobile. Nel nostro caso la completa rigidità associata alla osteoartrite condiziona l'impossibilità del movimento ed il dolore, anche nell'appoggio. Per i

movimenti intorno ad un asse verticale (ab- e ad-duzione) ed uno antero-posteriore (supinazione per innalzamento del margine mediale del piede, e pronazione per innalzamento del margine laterale) sono in gioco sempre le articolazioni talo-calcaneo-navicolare, talo-calcaneare, e talo-cuboidea, qualità che nel nostro caso specifico vengono a mancare. Pertanto siamo confrontati con un piede deformato e per nulla funzionale. Il signor RI 1 è costretto a supplire alla deficienza forzando il piede sinistro, anch'esso reduce della frattura al calcagno sinistro, però frattura composta, consolidata in maniera conservativa, ma pur sempre con una spina dolorosa" (doc. B1) La diagnosi e le limitazioni indicate dal medico curante non sono tali da confutare quanto rilevato dal Dr. _____ che aveva fissato dei limiti che già tenevano conto della patologia sia del piede destro che sinistro. Nel proprio referto il medico CO 1 ha chiaramente indicato che vi sono dei disturbi funzionali al piede destro in stato da artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica destra dopo frattura intraarticolare del calcagno. Inoltre il Dr. _____ ha fissato dei limiti funzionali ben precisi sia per quanto concerne il porto e il sollevamento di pesi che nel maneggio di attrezzi, nell'effettuare lavori al di sopra della testa, nella rotazione del tronco, nel sedersi, stare in piedi, inginocchiarsi e nel camminare e salire le scale (doc. 204). Il Dr. _____ ha ritenuto completamente inabile l'assicurato " per un'attività eseguita in piedi e con deambulazione ", quando il medico dell'CO 1 aveva comunque fissato dei limiti sia per l'attività eseguite in piedi (" egli può spesso assumere la posizione in piedi e di lunga durata ") che nella deambulazione (" non ha limitazioni nel camminare fino a 50 m, può spesso camminare oltre i 50 m, talvolta camminare per lunghi tratti, di rado su terreno accidentato, talvolta salire le scale e talvolta salire su scale a pioli "). La certificazione del Dr. _____ a cui si è appellato l'insorgente non è tale dunque da inficiare l'apprezzamento del medico dell'CO 1. Al riguardo giova ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso, contrariamente a quanto asserito dall'insorgente (cfr. doc. I pag. 6), che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TCA non ha, perciò, motivo di scostarsi dal parere allestito dal Dr. _____, che peraltro adempie i criteri per riconoscere a un rapporto medico piena forza probante (cfr. DTF 125 V 351 seg. = SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572) . Ne discende che per determinare il grado di invalidità dell'assicurato va ritenuto - dal punto di vista medico -, che l'assicurato può svolgere un lavoro leggero. Entrano in considerazione attività quali ad esempio l'operaio di fabbrica, il commesso di vendita, il lucidatore di orologi, il cassiere in un autogrill o in un negozio do-it (doc. 241). In questo contesto è peraltro utile ricordare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio generico a attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). 2.3.6. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido ,

l'assicuratore LAINF convenuto l'ha quantificato in fr. 49'205.-- (anno 2009), sulla base dei dati fornitigli direttamente dall'ex datore di lavoro dell'assicurato (cfr. doc. 234, 236). Tale dato è contestato da RI 1 che chiede la rettifica " del reddito presumibile da valido con il computo delle ore straordinarie presumibili, pari a fr. 4'000.- almeno " (cfr. doc. I). Da parte sua, l'Istituto assicuratore convenuto si oppone a che venga considerato il reddito derivante dalle pretese ore supplementari, siccome, citiamo: "... l'interessato non avrebbe dovuto né potuto prestare ore supplementari nel 2009 e ciò in considerazione della reale situazione di crisi esistente ." (III). Secondo la giurisprudenza federale, guadagni supplementari risultanti, ad esempio, da lavoro straordinario vengono presi in considerazione nella determinazione del reddito da valido nella misura in cui hanno un carattere di reddito e non rappresentano un rimborso spese. In ogni caso, presupposto è che tali redditi venivano percepiti regolarmente dall'assicurato e che egli ne avrebbe probabilmente beneficiato anche in futuro. Il TFA si è pronunciato in questo senso nella RAMI 1989 U 69, p. 176ss.: " Der in dieser Weise als theoretischer und abstrakter Begriff verstandene ausgeglichene Arbeitsmarkt schliesst keineswegs aus, dass bei der Berechnung des Valideneinkommens ein Zusatzeinkommen aus Ueberstunden-, Schicht-, Nacht- oder Sonntagsarbeit berücksichtigt wird soweit diesem Lohncharakter zukommt und es nicht Spesener-satz im Sinne der ahv-rechtlichen Bestimmungen über den massgebenden Lohn darstellt (Art. 7 Ingress/Art. 9 AHVV). Dasselbe gilt bezüglich des Invalideneinkommens (unveröffentlichtes Urteil D. vom 7. November 1985). Da aber die Invaliditätsschätzung der dauernd oder für längere Zeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen muss, bildet Voraussetzung für die Berücksichtigung derartiger Zusatzeinkommen, dass der Versicherte aller Voraussicht nach damit hätte rechnen können. Massgebend ist nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 113 V 312 Erw. 3a und 322 Erw. 2a, 112 V 32 Erw. 1a mit Hinweisen; ZAK 1986, s. 189 Erw. 2c; RKUV 1985 Nr. K 613 S. 21 und Nr. K 646 s. 238), ob der Versicherte aufgrund seiner konkreten erwerblichen Situation und seines tatsächlichen Arbeitseinsatzes vor dem Unfall wahrscheinlich weiterhin ein Zusatzeinkommen zufolge unregelmässiger oder Ueberstundenarbeit hätte erzielen können. Die blosse Möglichkeit dazu genügt nicht. Es gilt in diesem Zusammenhang nichts anderes als für eine regelmässige und über längere Zeit ausgeübte Nebenerwerbstätigkeit. Der daraus erzielte Zusatzverdienst ist beim Valideneinkommen ebenfalls ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand zu berücksichtigen; massgebend ist, ob ein solches Zusatzeinkommen erzielt wurde und ohne Invalidität weiterhin erzielt werden könnte (ZAK 1980, S. 593 Erw. 3a)." (cfr., pure, RAMI 2000 U 400, p. 381ss.; STF 8C_647/2009 del 4 gennaio 2010 e STF 8C_274/2009 del 3 dicembre 2009). In data 3 giugno 2009 l'CO 1 ha interpellato la _____, precedente datore di lavoro dell'assicurato, in merito al numero di ore straordinarie svolte da RI 1: " (...) al fine di portare alla definizione la presente pratica d'infortunio necessitiamo ulteriori chiarimenti da parte vostra: (...) - Le ore straordinarie che il sig. RI 1 faceva registrare in passato sarebbero (se non fosse incorso nell'infortunio assicurato) da ritenersi fattibili anche attualmente, considerando l'attuale situazione congiunturale ? ● Nell'affermativa, sareste in grado di quantificare (eventualmente sulla scorta di quante registrate dai dipendenti nelle stesse mansioni) il relativo ammontare annuo di ore straordinarie ? ● Rispettivamente, potreste trasmetterci le distinte salariali del sig. RI 1 fino a 5 anni prima dell'infortunio ?." (doc. 233) Con scritto del 9 giugno 2009 la _____ ha fornito le seguenti risposte: " (...) 4) Ore straordinarie IPOTETICHE sulla media di quante registrate dai dipendenti impegnati nella stessa

mansione. Anno 2005 totale ore effettuate prima dell'infortunio nr. 82, totale ore IPOTETICHE su base annuo nr. 150 Anno 2006 totale ore 140 ipotetiche Anno 2007 totale ore 110 ipotetiche Anno 2008 totale ore 100 ipotetiche Anno 2009 al 31-05-2009 ZERO." (doc. 234) Dalle indicazioni fornite dalla _____, della cui veridicità non vi è ragione di dubitare, si evince che le ore straordinarie prima dell'infortunio sono progressivamente diminuite da 150 nel 2005, a 140 nel 2006, 110 nel 2007, 100 nel 2008, sino a ridursi a zero nel 2009, anno di riferimento per il calcolo del reddito da valido dell'insorgente. Tale valutazione è stata eseguita facendo riferimento alla media di ore straordinarie svolte dai dipendenti impegnati nella stessa mansione di RI 1. Questa Corte non ha motivo di distanziarsi dal calcolo svolto dall'istituto assicuratore, peraltro non contestato in sede di opposizione all'CO 1 (cfr. doc. 242), non avendo l'assicurato sostanzialmente a livello probatorio la sua affermazione secondo cui egli avrebbe avuto diritto ad un numero di ore straordinarie " pari a fr. 4'000.- almeno " (doc. I). In esito a quanto precede, il reddito da valido va pertanto fissato in fr. 49'205.--, così come ha correttamente stabilito l'Istituto assicuratore convenuto.

2.3.7. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortunato è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido

conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)”. Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l’adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media (“ deutliche Abweichung ”). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell’8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l’Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." 2.3.8. Nel caso in esame per determinare il reddito ancora esigibile dall'assicurato, l'assicuratore LAINF resistente ha compiuto in sede amministrativa degli accertamenti presso cinque aziende ticinesi. L'CO 1 ha indicato che dai medesimi risulta che nelle attività leggere che l'insorgente sarebbe in grado di esercitare tenuto conto dei postumi infortunistici residuali, e meglio operaio di fabbrica – reparto iniezione presso la _____, _____, collaboratore, sostegno alla vendita presso _____, _____, addetto alla pulitura / lucidatura d'orologi presso la _____, _____, cameriere cassiere presso la _____, _____, cassiere di negozio do-it presso la _____, _____, i dipendenti di tali ditte percepivano in media, nel 2009, un reddito annuo pari a fr. 44'165.40.-- (cfr. doc. 237). D'altro canto, sempre in conformità alla giurisprudenza evocata, l'assicuratore infortuni ha fornito informazioni sul numero globale dei posti di lavoro che entrano in linea di conto alla luce degli impedimenti presentati dall'assicurato, sul salario massimo e minimo, così come sul salario medio. In effetti, dalla tabella che figura sul doc. 237 si evince che sono 62 i posti di lavoro che entrano in considerazione, che i salari minimo e massimo ammontano, rispettivamente, a fr. 33'150.-- e a fr. 69'555.--, e infine che quello medio è di fr. 51'134.-- In relazione all'esigenza di rappresentatività del reddito da invalido stabilito in base alle DPL (cfr. DTF 129 V 472), il TCA osserva che il valore considerato dall'assicuratore LAINF convenuto (fr. 44'165.40) è inferiore rispetto alla media dei salari medi (fr. 51'134.--), ciò a tutto vantaggio dell'assicurato. In conclusione, accertato che i cinque posti di lavoro segnalati dall'amministrazione rispettano appieno le limitazioni funzionali descritte dal medico dell'CO 1, il reddito da invalido è stato validamente determinato in base alle DPL. Esso ammonta a fr. 44'165.40. Decurtazioni sul reddito da invalido stabilito in applicazione delle DPL non possono entrare in linea di conto, considerato il sistema stesso su cui si fonda questa modalità di fissazione del reddito (cfr. DTF 129 V 472, consid. 4.2.3). Il grado di invalidità del ricorrente -

stabilito confrontando i fr. 44'165.40 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infornio, e cioè fr. 49'205.-- è del 10,2%, arrotondato al 10% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41 (cfr. anche SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44 in cui il TFA ha stabilito che la giurisprudenza appena menzionata, secondo la quale il risultato aritmeticamente esatto del grado di invalidità va arrotondato per eccesso o per difetto alla prossima cifra espressa in percentuale intera secondo le regole applicabili in matematica, è applicabile immediatamente, nel senso che essa si estende a decisioni contestate che, dal punto di vista temporale, sono state emanate prima della pubblicazione della sentenza in questione). Rettamente, dunque, l'CO 1 ha assegnato al ricorrente una rendita d'invalidità del 10%.

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

2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato. Secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121). Questi concetti sono stati ribaditi in un sentenza U 349/06 dell'11 luglio 2007 nel quale il Tribunale federale ha rilevato: " Occorre poi ricordare al ricorrente, come già spiegato dal giudice cantonale, che secondo giurisprudenza la menomazione dell'integrità è valutata in modo astratto, uguale per tutti. Da questo profilo, l'IMI si distingue quindi dall'indennità per torto morale ai sensi del diritto civile, per il quale si procede ad una valutazione individuale del danno avuto riguardo alle particolarità del caso. Contrariamente alla valutazione del torto morale secondo il diritto privato, la fissazione dell'IMI può prendere a base criteri medici di carattere generale, risultanti da esami comparativi di postumi infornistici analoghi, senza tener conto delle specifiche limitazioni che la lesione è suscettibile di comportare per un determinato assicurato. In altri termini, l'importo dell'IMI non dipende dalle circostanze del caso concreto, ma da una valutazione medico-teorica del danno alla salute fisica o psichica, prescindendo da fattori di carattere soggettivo (DTF 115 V 147 consid. 1; cfr. DTF 133 V 224). In quest'ordine di idee, la Corte cantonale ha rettamente rilevato che la circostanza che l'insorgente, a causa delle conseguenze dell'infornio, possa essere stato costretto a modificare le proprie abitudini di vita, non può essere presa in considerazione nella valutazione della menomazione all'integrità di cui è portatore." 2.4.3. Secondo l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale

di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF; cfr. SVR 2008 UV Nr. 10). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. E' 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. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a). Al riguardo in una sentenza 8C_472/2007 del 9 giugno 2008 il Tribunale federale ha rilevato: " 3.4 La table 1.2. prévoit, en ce qui concerne l'épaule, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 pour cent pour une épaule bloquée en adduction, de 10 pour cent pour une épaule mobile jusqu'à 30 degrés au dessus de l'horizontale, et de 15 pour cent pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. En l'espèce, il ressort des constatations du docteur E. _____ - qui se fondent sur un examen clinique approfondi et dont il n'y a pas lieu de remettre en cause l'exactitude - que la mobilité de l'épaule est réduite jusqu'à l'horizontale (l'abduction active atteint l'horizontal tandis que la flexion active est possible un peu au dessus de l'horizontal). Le taux de 15 pour cent retenu par la _____ et les premiers juges correspond dès lors bien au handicap du recourant."

2.4.5. Nel caso di specie l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del Dr. _____, ha assegnato all'assicurato un'IMI del 15% (cfr. doc. 204, 241, 251). Questa la valutazione del medico dell'CO 1: "(...) REFERTO Come esiti importanti e durevoli abbiamo disturbi funzionali al piede destro in stato artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica destra dopo frattura intraarticolare del calcagno. Al piede sinistro vi sono lievi disturbi al carico VALUTAZIONE IMI 15% GIUSTIFICAZIONE Secondo la tabella 5.2 l'artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica da diritto a un'IMI del 15%. I disturbi al piede sinistro sono al massimo paragonabili a un'artrosi di lieve entità per cui non danno diritto a un'ulteriore indennità" (doc. 204) Chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, questo Tribunale, considerata anche l'assenza di pareri specialistici divergenti,

ritiene che l'apprezzamento espresso dal medico dell'assicuratore resistente possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario esperire ulteriori accertamenti (sul valore probatorio delle valutazioni del medico dell'CO 1, cfr. sentenza del Tribunale federale U 350/06 del 20 luglio 2007 in cui l'Alta Corte ha ricordato che "nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali si fondino esclusivamente su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore."). La tabella n. 5 edita dalla Divisione medica dell'CO 1 (" Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses "), per quanto concerne l'artrosi prevede un'IMI del 15% nel caso di artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica. Un'indennità del 30%, quale quella che pretende il ricorrente, viene, invece, riconosciuta nel caso di artrodesi dell'articolazione sotto-astragalica grave. L'affezione appena descritta appare, tuttavia, più grave rispetto a quella che presenta l'insorgente che – secondo il Dr. _____ – è paragonabile a un'artrosi di lieve entità (doc. 204). Giova, del resto, ribadire che l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche. Ciò significa che per tutti quegli assicurati che presentano uno stesso status medico, la menomazione all'integrità sarà la medesima; essa è, in effetti, stabilita in maniera astratta, uguale per tutti. In altri termini, l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, ma bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.). In questo senso le sofferenze soggettive patite dall'assicurato, non possono essere prese in considerazione nella valutazione dell'indennità per menomazione all'integrità. D'altro canto, il ricorrente ha sì preteso di avere diritto a un'IMI di un'entità maggiore (almeno 30%), tuttavia egli non ha portato alcun argomento medico-scientifico pertinente a sostegno di questa sua richiesta. Il medico curante dell'assicurato, Dr. _____, si è infatti limitato a indicare che l'assicurato avrebbe diritto a un'IMI del 30% senza motivare nel dettaglio la sua affermazione, bensì semplicemente facendo riferimento in maniera generica alla tabella CO 1 e al fatto che non si sia tenuto conto del danno psichico, di cui peraltro non vi è traccia alcuna nella documentazione medica agli atti: " Secondo il calcolo circa l'indennità di menomazione dell'integrità fisica, la tabella CO 1 statuisce per il solo piede una indennità del 30%. Qui non si tiene conto del danno psichico " (doc. B1). Ne discende che questo Tribunale non è confrontato con validi indizi concreti suscettibili di far dubitare della fondatezza della valutazione formulata dal Dr. _____. Il TCA, di conseguenza, non si discosta dal parere del medico Dr. _____ (cfr. sentenza del Tribunale federale U 349/06 dell'11 luglio 2007; DTF 125 V 351 consid. 3b/ee). In casu non si rivelano, pertanto, necessari ulteriori approfondimenti medici. Nella misura in cui all'assicurato è stata attribuita un'IMI del 15%, la decisione su opposizione del 2 settembre 2009 merita di essere confermata.