

TI_GERICHTE 35.2013.29 vom 20. August 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-08-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2013.29_d20090820

FR: TI_GERICHTE 35.2013.29 du 20 août 2009

IT: TI_GERICHTE 35.2013.29 del 20 agosto 2009

Regeste

I disturbi al polso destro e quelli psichici non si trovano in nesso di causalità naturale e adeguato con il sinistro del 20 agosto 2009. Caso chiuso al 30 novembre 2011 in quanto stabilizzato. Il ricorrente è in grado di esercitare attività leggera a tempo pieno. Grado d'invalidità 14%. AG accolta

Erwägungen

E. 19

cpv. 1 LAINF): nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimenti). 2.4. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è però l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. R DAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si

attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). 2.5. Occorre inoltre rilevare che il diritto a prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra gli elementi summenzionati. Un evento è da ritenere causa adeguata di un determinato effetto quando secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita il fatto assicurato è idoneo a provocare un effetto come quello che si è prodotto, sicché il suo verificarsi appaia in linea generale propiziato dall'evento in questione (DTF 129 V 181 consid. 3.2 e 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a, DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a e sentenze ivi citate). Comunque, qualora sia carente il nesso di causalità naturale, l'assicuratore può rifiutare di erogare le prestazioni senza dover esaminare il requisito della causalità adeguata (cfr. DTF 117 V 361 consid. 5a e 382 consid. 4a; su queste questioni vedi pure: Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 51-53). La giurisprudenza ha inoltre stabilito che la causalità adeguata, quale fattore restrittivo della responsabilità dell'assicurazione contro gli infortuni allorché esiste un rapporto di causalità naturale, non gioca un ruolo in presenza di disturbi fisici consecutivi ad un infortunio, dal momento che l'assicurazione risponde anche per le complicazioni più singolari e gravi che solitamente non si presentano secondo l'esperienza medica (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5 b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.6. Per accertare l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra disturbi psichici e infortunio, la giurisprudenza ha sviluppato dei criteri oggettivi (DTF 123 V 104 consid. 3e, 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss. consid. 4-6). Il TFA ha in particolare classificato gli infortuni, a seconda della dinamica, nella categoria degli eventi insignificanti o leggeri, in quella degli eventi gravi e in quella di grado medio. 2.6.1. Nei casi di infortunio

insignificante (l'assicurato per esempio ha leggermente battuto la testa o si è slogato il piede) o leggero (egli ha fatto una caduta o scivolata banale) l'esistenza di un nesso di causalità adeguata può di regola essere negata a priori. Secondo l'esperienza della vita e ritenute le cognizioni acquisite in materia di medicina degli infortuni, può in effetti essere ammesso, senza dover procedere ad accertamenti psichici particolari, che un infortunio insignificante o leggero non sia di natura tale da provocare un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica.

2.6.2. Se l'assicurato è rimasto vittima di un infortunio grave, l'esistenza del nesso di causalità adeguata fra l'evento e successiva incapacità lavorativa dovuta a disturbi psichici deve di regola essere riconosciuta. Secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita, gli infortuni gravi sono in effetti idonei a provocare danni invalidanti alla salute psichica.

2.6.3. Sono considerati infortuni di grado medio tutti gli eventi che non possono essere classificati nelle due predette categorie. La questione a sapere se tra simile infortunio e incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica esista un rapporto di causalità adeguata non può essere risolta con solo riferimento all'evento stesso. Occorre piuttosto tener conto, da un profilo oggettivo, di tutte le circostanze che sono strettamente connesse con l'infortunio o che risultano essere un effetto diretto o indiretto dell'evento assicurato. Esse possono servire da criterio di apprezzamento nella misura in cui secondo il corso ordinario delle cose e l'esperienza della vita sono tali da provocare o aggravare, assieme all'infortunio, un'incapacità lavorativa e di guadagno di origine psichica. I criteri di maggior rilievo sono: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, segnatamente la loro idoneità, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici; - la durata eccezionalmente lunga della cura medica; - i disturbi somatici persistenti; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche. Al riguardo cfr. STF 8C_991/2009 del 6 maggio 2010, consid. 4.3. e 7; STCA 35.2009.111 del 31 maggio 2010, consid. 2.6. In questo contesto è utile segnalare che, nella DTF 134 V 109, il Tribunale federale ha precisato la propria giurisprudenza in materia di traumi del tipo "colpo di frusta" al rachide cervicale e, in questo ambito, ha parzialmente modificato i criteri di rilievo che, a dipendenza della gravità dell'infortunio, devono eventualmente essere considerati nella valutazione dell'adeguatezza. L'Alta Corte non ha per contro modificato i principi applicabili in caso di sviluppo psichico abnorme post-infortunistico (cfr. DTF 134 V 109, consid. 6.1 e STF 8C_209/2007 del 7 marzo 2008, consid. 1.2).

2.6.4. Non in ogni caso è necessario che tutti i criteri appena menzionati siano presenti. La presenza di un unico criterio può bastare per ammettere l'adeguatezza del nesso di causalità quando l'infortunio va classificato fra quelli al limite della categoria degli eventi gravi. Inoltre un solo criterio può, in tutta la categoria degli infortuni di grado medio, essere sufficiente se riveste un'importanza particolare o decisiva. Nel caso in cui nessuno dei criteri di rilievo riveste un'importanza particolare o decisiva, occorrerà invece riferirsi a più criteri. Ciò vale tanto più quanto meno grave sia l'infortunio in questione (cfr. DTF 115 V 140s., consid. 6c/aa e bb e 409s., consid. 5c/aa e bb, 117 V 384, consid. 4c; RAMI 2002 U 449, p. 53ss. consid. 4a).

2.7. Dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione ha negato l'esistenza di un nesso causale naturale tra l'affezione al polso destro con l'evento infortunistico del 2009, facendo capo al parere espresso al riguardo dal medico fiduciario Dr. Fred Speck, spec. FMH in chirurgia, il quale nel referto peritale del 6 febbraio 2012 ha posto la seguente valutazione: "(...) Beim Unfall vom 20.08.2009 erlitt Herr Foniqi eine

Knieverletzung rechts mit Gelenkeröffnung. Gleichentags erfolgte korrekt eine Revision mit Naht des Meniskus am Vorderhorn medial, der Kapsel und des Retinaculum. Die Knorpelprellung am Femurkondylus ausserhalb der Belastungszone erforderte keine speziellen Massnahmen. Im MRI zeigte sich eine vertikale Infraktion am Tibiakopf anteromedial, die gemäss CT vom 08.01.2010 mit einem kleinen Defekt ventral, aber ohne Gelenkstufe abgeheilt ist. Am 11.02.2011 erfolgte noch eine diagnostische Arthroskopie, welche keine angemessene Erklärung für die subjektiv ausgeprägten Schmerzen ergeben hat. Speziell fand sich bei der Narbenrevision auch kein Neurom. In der Rehaklinik Bellikon (Austrittsbericht vom 12.08.2010) hatte sich schon eine erhebliche psychiatrische Problematik gezeigt. Diesbezüglich wird von der Administration die Adäquanz juristisch abgelehnt. Zuletzt hat der Kreisarzt (Orthopäde Dr. Frick) den Patienten am 02.09.2011 untersucht. Nach zweckmässigen Abklärungen steht fest, dass spätestens per 01.12.2011 von weiteren körperlichen Behandlungen am rechten Knie keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden konnte. Nach objektiven Kriterien liegt heute kein erheblicher Integritätsschaden vor. Bei theoretisch möglicher zukünftiger Verschlimmerung bleibt das Rückfallmelderecht aber gewährleistet. Versicherungsmedizinisch wird explizit kein "Status quo sine" behauptet. Unter Abstraktion vom nun im Vordergrund stehenden psychiatrischen Leiden lässt sich jedoch auf dem allgemeinen Markt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr länger rechtfertigen. Gemäss der Rehaklinik Bellikon ist zwar unfallbedingt die bisherige Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr möglich. Hingegen bleibt körperlich jede leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ganztags und mit normaler Leistung zumutbar. Was das leichte Karpaltunnelsyndrom rechts betrifft, das vom Neurologen Dr. Bonetti schon am 01.12.2005 diagnostiziert worden ist, so steht dieses nicht in einem wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit den Ereignissen vom 30.08.2005 und 20.08.2009. Die geringe Zunahme seit her (neue Untersuchung vom 01.10.2009) entspricht vielmehr dem natürlichen Verlauf dieses häufigen krankhaften Leidens. Für eine zusätzliche Handverletzung rechts am 20.08.2009 gibt es echtzeitlich keine Anhaltspunkte. Auch indirekt ist eine Unfallkausalität unwahrscheinlich, da ein Stock auf der linken Seite benützt wurde (doc. 172).

2.8. Chiamato a pronunciarsi, nel caso concreto, il TCA ritiene che la valutazione del Dr. _____, specialista FMH in chirurgia, che vanta una vasta esperienza nel campo della medicina assicurativa, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori atti istruttori. Il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, in data 1° ottobre 2009 aveva riscontrato un "leggero peggioramento della conduzione segmentale sensitivo-motoria per il n. mediano destro nel canale carpale, rispetto al 2005, sia la componente motoria, solo leggermente allungata, sia la sensitiva antidromica segmentale, tuttavia ancora contenuta nei limiti della norma per l'età. Conduzione motoria distale e prossimale normale sia per il n. peroneo che tibiale posteriore destri, rispettivamente a livello del capitulum fibulae-ginocchio, nel canale tarsale (TT). Probabile sindrome irritativa piuttosto dei tronchi nervosi successivi all'incidente, con eventuale distorsione del polso destro sul volante, consecutivo all'edema posttraumatico al MID. Nessuna sindrome cervico-vertebrale né lombo-vertebrale (si siede con le gambe tese a 90° s.p.), non segni radicolari irritativi né tantomeno deficitari ai 4 membri. Terapia conservativa" (doc. 30). Il Dr. _____ ha esposto in maniera convincente i motivi per i quali la sindrome del tunnel carpale a destra – diagnosticata dal Dr. _____ – non sia in relazione di causalità probabile con l'evento infortunistico del 20 agosto 2009, né tantomeno con quello precedente del 30 agosto 2005, sostenendo che il leggero peggioramento della patologia (con riferimento alla visita del 1°

ottobre 2009) è da ricondurre piuttosto al naturale decorso di questi dolori (cfr. doc. 172 riprodotto al consid. 2.7.). Come rettamente sottolineato dall'amministrazione, dalla documentazione agli atti non emerge che l'assicurato, a seguito dell'incidente del 20 agosto 2009 abbia subito una lesione all'arto destro, bensì al ginocchio destro (cfr. doc. 2, 5, 23). Il quadro neurologico è stato altresì valutato in ambito di assicurazione invalidità (inc.32.2013.20). Dall'esame neurologico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, svolto nel contesto della perizia pluridisciplinare SAM del 22 marzo 2012 (cfr. rapporto 11 maggio 2012), emerge un quadro clinico nella norma per quanto riguarda gli arti superiori (cfr. stato neurologico, pag. 2) presentando, l'assicurato, principalmente dolori agli arti inferiori (doc. AI 79-59, inc. 32.2013.20). La circostanza che i problemi alla mano destra siano sorti successivamente all'incidente (doc. I, pag. 28) non permette una diversa valutazione della fattispecie. In effetti la regola "post hoc ergo propter hoc" (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza del TFA ha, infatti, stabilito, al riguardo, che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 3.4.1997 in re V. inedita; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art.

E. 24

und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41). Va, comunque, sottolineato che tale circostanza può, in ogni caso, costituire un indizio in tal senso (cfr. STFA U 166/06 del 21 dicembre 2006 consid. 1.3.). Tutto ben considerato, il TCA non ritiene quindi dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), un legame causale naturale tra la sindrome del tunnel carpale a destra e l'infortunio occorso all'assicurato il 20 agosto 2009. 2.9. Per quanto concerne l'affermazione del ricorrente, secondo cui i danni fisici hanno sviluppato un'importante sintomatologia depressiva (doc. I, pag. 32), il TCA rileva quanto segue. A proposito della causalità naturale, agli atti risultano le seguenti valutazioni psichiatriche. Nel rapporto del 12 agosto 2010 della Rehaklinik di _____ gli specialisti interpellati hanno diagnosticato un'importante patologia psichiatrica in relazione con l'evento infortunistico (cfr. diagnosi doc. 95, pag. 1). La Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico del 31 gennaio 2011 ha anch'essa posto una diagnosi psichiatrica dal quale emerge "uno stato depressivo cronicizzato che è in rapporto di causalità naturale con il trauma psichico riportato nell'infortunio dell'agosto 2009" (doc. 124). Nella perizia psichiatrica del 18 luglio 2011 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha anch'egli posto una diagnosi psichiatrica rilevando in merito alla causalità naturale "si può tutt'al più ammettere, a causa della persistenza della sintomatologia algica, una causalità parziale del 10-20%, considerata la presenza di fattori extra-infortunistici" (doc. 149, pag. 4). Sulla scorta di queste considerazioni sussiste, a mente degli specialisti della Rehaklinik di _____, della Dr.ssa _____ e solo parzialmente per il Dr. _____, un nesso causale tra l'incidente e la patologia psichica riscontrata. La questione della causalità naturale non deve essere ulteriormente approfondita dal TCA, in quanto non è comunque realizzato il presupposto della causalità adeguata. Nell'apprezzamento dell'adeguatezza del

nesso di causalità in materia di turbe psichiche, vanno considerati unicamente i postumi infortunistici di natura organica (cfr. RAMI 1999 U 341, p. 409 e RAMI 1993 U 166, p. 94 consid. 2c e riferimenti). D'altro canto, nel valutare l'adeguatezza di conseguenze psichiche di un infortunio, la giurisprudenza federale considera l'evento traumatico in quanto tale e non il modo in cui esso è stato vissuto dall'interessato (cfr. DTF 124 V 29 consid. 5c/aa, 115 V 138 consid. 6 con riferimenti). Nel valutare l'adeguatezza del legame causale, occorre avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al ricorrente (cfr. consid. 2.6.). Nel caso concreto l'assicurato, il 20 agosto 2009, alla guida del proprio autoveicolo in via _____, circolando ad una velocità di circa 50 km/h, a causa di una "distrazione momentanea" ha tamponato la vettura – a quel momento ferma - che lo precedeva (cfr. verbale d'interrogatorio, doc. 18). L'assicurato è stato quindi accompagnato al Pronto soccorso dell'Ospedale di _____, dove gli è stata diagnosticata un "Artrotomia traumatica al ginocchio destro con – rottura totale corno anteriore menisco mediale; - rottura retina colo mediale; - lesione da impatto cartilagine del condilo mediale non in zona di carico" (cfr. doc. 5). Egli è stato quindi operato lo stesso giorno per una "Revisione della ferita, sutura del menisco mediale, sutura della capsula e débridement" e dimesso il 24 agosto 2009 (doc. 5). Tenendo in considerazione le lesioni riportate e la dinamica del sinistro, l'infortunio occorso a RI 1 non può essere classificato né fra quelli leggeri, ma neppure fra quelli gravi. Così come osservato dall'assicuratore LAINF convenuto (cfr. doc. 207, pag. 7) si tratta di un infortunio di grado medio, al limite però della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti. Al riguardo, va rilevato che la giurisprudenza considera di regola il tamponamento di un veicolo fermo (ad un semaforo, davanti alle strisce pedonali) quale infortunio di grado medio al limite di quelli leggeri (RAMI 2005 no. U 549 pag. 236 consid. 5.1.2; sentenze 8C_126/2010 del 18 ottobre 2010; 8C_655/2008 del 9 ottobre 2008 consid. 3.1., 8C_542/2008 del 20 novembre 2008 consid. 5.1). Il TF ha ritenuto di grado medio (senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi) l'infortunio occorso ad un assicurato che, mentre circolava con la propria motocicletta su una strada principale in condizioni di forte pioggia, entrò in collisione frontale ad una velocità di 60-70 km/h con un'autovettura che gli aveva tagliato la strada; la violenza della collisione fu tale che l'assicurato, in stato di elevata dispnea, fu intubato sul luogo dell'incidente ed elitrasmportato all'ospedale. In quell'occasione l'Alta Corte ha ammesso il criterio della particolare spettacolarità. Considerato però che l'infortunio non ha avuto conseguenze durature, la spettacolarità dell'incidente non è stata comunque ritenuta tanto particolare da essere, da sola, idonea a provocare disturbi psichici di rilevante durata ed intensità. L'infortunio è stato ritenuto di grado medio, senza essere classificato al limite della categoria degli eventi gravi (STF U 78/07 del 17 marzo 2008, consid. 5). Anche di grado medio e non al limite della categoria degli eventi gravi è stato considerato l'infortunio occorso ad un motociclista che stava utilizzando, ad una velocità di circa 50 km/h, la corsia riservata al trasporto pubblico per superare dalla parte sinistra una colonna di veicoli fermi, quando un'autovettura uscì improvvisamente dalla colonna, provocando il tamponamento da parte del centauro, il quale si procurò due fratture al femore destro. Pure in questo caso il TFA non ha ritenuto soddisfatto il criterio della particolare spettacolarità dell'incidente (STFA U 115/05 del 14 settembre 2005, consid. 2.4.). Del medesimo livello di gravità (medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) è stato ritenuto l'infortunio occorso ad un'assicurata la cui moto si scontrò con un camion, si incastrò sotto il paraurti anteriore dell'automezzo e fu spinta, con l'assicurata ancora in sella, per oltre nove metri. L'assicurata si procurò una lussazione all'anca, una frattura del bacino, un'abrasione alla

gamba sinistra e varie contusioni. Anche in questo caso il criterio della particolare spettacolarità dell'incidente non è stato ritenuto idoneo a provocare, da solo, i disturbi psichici lamentati dall'assicurata (STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002, consid. 3.3.2.). Infine, il TF ha giudicato della stessa rilevanza (grado medio e non al limite della categoria degli eventi gravi) l'infortunio occorso ad un assicurato che si era procurato una frattura trasversale al femore dopo essersi scontrato, a bordo della propria motocicletta, con un'autovettura. Anche in questo caso l'Alta Corte non ha ritenuto una particolare spettacolarità dell'incidente (STF 8C_949/2008 del 4 maggio 2009, consid. 4.1. e 4.2.1.). In tale eventualità, il giudice è tenuto a valutare le circostanze connesse con l'infortunio, secondo i criteri elaborati dal Tribunale federale e qui evocati al consid. 2.6.3. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, è necessario che un fattore fosse presente in maniera particolarmente incisiva oppure l'intervento di più criteri. In una sentenza 8C_897/2009 del 29 gennaio 2010 consid. 4.5., pubblicata in SVR 10/2010 UV 25 p. 100ss., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni di media gravità ma che si trovano al limite della categoria di quelli leggeri - devono essere adempiuti quattro dei sette criteri di rilievo, affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. L'incidente della circolazione stradale dell'agosto 2009 non si è svolto secondo circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o spettacolari. In proposito, occorre evidenziare che nella DTF 129 V 323 (= RAMI 2003 p. 203), il TFA, nel caso di un infortunio in cui un'automobile, a causa dell'esplosione di un pneumatico a una velocità di circa 95 km/h, si era capovolta in autostrada ed era rimasta a giacere sul tetto, nonostante abbia riconosciuto che il sinistro da un certo punto di vista era stato impressionante, ha negato il carattere particolarmente drammatico dal profilo oggettivo. Nemmeno gli altri criteri (cfr. consid. 2.6.3.) sono realizzati. L'assicurato non ha lamentato lesioni che, per gravità o particolare caratteristica, risultino idonee, secondo l'esperienza, a determinare disturbi psichici. Nella fattispecie si tratta infatti di un trauma contusivo del ginocchio destro (cfr. diagnosi doc. 2). Insoddisfatto appare pure il criterio della specifica cura medica protratta e gravosa. L'assicurato, dopo l'intervento del 20 agosto 2009 di revisione della ferita con sutura meniscale e retinacolo mediale (cfr. doc. 2), ha beneficiato di trattamenti medicamentosi (anti-infiammatori), infiltrazioni, un'artroscopia nel 2011 e si è sottoposto a cicli di fisioterapia e ad una presa a carico psichiatrica (cfr. doc. 184, doc. AI 79-14/15). Conformemente alla giurisprudenza, provvedimenti diagnostici e semplici visite di controllo (cfr. STF 8C_327/2008 del 16 febbraio 2009 consid. 4.2), come pure la somministrazione di farmaci antidolorifici (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4), non fanno parte della cura medica ai sensi del criterio in discussione. Inoltre, provvedimenti quali la fisioterapia, la chiropratica, l'agopuntura, la terapia cranio-sacrale, l'osteopatia, nonché le sedute di neuropsicologia/psicoterapia, non possono essere definiti come particolarmente gravosi (cfr. STF 8C_726/2010 del 19 novembre 2010 consid. 4.1.3 e 8C_655/2010 del 15 novembre 2010 consid. 4.2.4 e riferimenti). Il TF ha del resto deciso in questo senso in una sentenza 8C_401/2009 del 10 settembre 2009 consid. 3.4.3, riguardante un assicurato, vittima di un trauma distorsivo cervicale, che aveva beneficiato, oltre a una terapia antidolorifica medicamentosa, di una riabilitazione stazionaria e di fisioterapia ambulatoriale, nonché, in seguito, anche di cure psichiatriche/psicoterapiche, e in una sentenza 8C_387/2011 del 20 settembre 2011 consid. 3.3.3, concernente un assicurato, vittima di un incidente stradale con commotio cerebri e contusione del rachide lombare, il cui trattamento era consistito essenzialmente in controlli presso il medico curante e in sedute di fisioterapia. L'Alta Corte ha ritenuto che nemmeno la degenza in clinica nel

periodo 20 novembre 2007-17 gennaio 2008, la seguente ergoterapia ambulatoriale e l'ulteriore ospedalizzazione dal 20 luglio al 21 agosto 2008, potevano giustificare la realizzazione di questo criterio, precisato che per la realizzazione del criterio della specifica cura medica protratta e gravosa, la prassi pone delle esigenze decisamente più elevate . Dalle carte processuali non emerge neppure che l'assicurato sia rimasto vittima di una cura medica errata e notevolmente aggravante degli esiti dell'evento traumatico , né del resto il ricorrente ha sostenuto il contrario (cfr. doc. I). Del resto, secondo la giurisprudenza, questo criterio non può già essere considerato realizzato quando un determinato provvedimento medico non si rivela finalmente efficace (cfr. SVR 2009 UV 41 p. 142 consid. 5.6.1). Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è adempiuto . In merito è utile sottolineare che dalla cura medica e dai notevoli disturbi non si può dedurre un decorso sfavorevole e/o delle complicazioni rilevanti. Sono inoltre necessarie delle circostanze particolari che hanno pregiudicato la guarigione, in casu inesistenti. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei notevoli disturbi e quello dell'importante incapacità lavorativa, malgrado i documentati sforzi intrapresi , poiché questi criteri da soli - in presenza di un infortunio di grado medio al limite della categoria degli infortuni leggeri o insignificanti - non potrebbero comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Si deve quindi concludere che i disturbi psichici denunciati da RA 1, non costituivano una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico che l'ha visto vittima il 20 agosto 2009. In conclusione, posto come non si sia potuto accertare, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, un legame causale naturale e adeguato con l'evento assicurato, a giusta ragione l'Istituto assicuratore resistente ha esaminato il diritto alla rendita, tenendo conto unicamente dei problemi legati al ginocchio destro. 2.10. Il ricorrente ha quindi contestato che lo stato di salute di RI 1 sia stabilizzato, sia a livello somatico che psichiatrico, al 1° dicembre 2012 (cfr. doc. I, pag. 35). Occorre dunque valutare se l'Istituto assicuratore convenuto era legittimato a dichiarare l'insorgente abile al lavoro in misura completa a far tempo dal 1° dicembre 2011 e perciò a porre termine al versamento dell'indennità giornaliera e verificare il diritto a prestazioni di lunga durata. 2.10.1. Per l'art. 10 cpv. 1 LAINF l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. In virtù dell'art. 16 cpv. 2 LAINF, il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Secondo l'art. 19 cpv. 1 LAINF, 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 e alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita. Una cura medica è in particolare appropriata ai sensi dell'art. 10 cpv.1 LAINF solo se è in grado di migliorare lo stato di salute, e meglio se si può ammettere che il trattamento non rappresenta unicamente una remota possibilità di miglioramento (sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4). Poiché l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1a e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e

"sensible amélioration" nella versione tedesca e francese dell'art. 19 cpv. 1 LAINF) si farà riferimento ad un incremento rispettivamente ad un recupero dell'abilità lavorativa, nella misura in cui si è deteriorata in seguito all'infortunio. L'aggettivo "sensibile" illustra inoltre che il miglioramento dev'essere importante. Progressi trascurabili non bastano, così come neppure la mera possibilità di un risultato positivo (DTF 134 V 109 consid. 4.3 pag. 115; v. pure sentenza citata 8C_211/2009 consid. 4 con riferimenti). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo. Vedi su questo tema la sentenza 8C_518/2012 del 27 maggio 2013 nella quale l'Alta Corte ha concluso che non si poteva ritenere verosimile che da un eventuale nuovo trattamento dell'emicrania, peraltro solo ventilato, ma non concretizzato dal perito, ci si debba attendere un miglioramento importante della capacità lavorativa, bensì è ammissibile concludere che la cura, a cui l'assicurata tra l'altro già si sottopone regolarmente tramite il proprio neurologo, potrebbe rappresentare eventualmente una remota possibilità di miglioramento, che ai sensi della giurisprudenza non è sufficiente per rinunciare a chiudere il caso. 2.10.2. Dal referto peritale del Dr. _____ del 6 febbraio 2012 emerge in maniera chiara che lo stato di salute dell'assicurato poteva essere ritenuto stabilizzato al 1° dicembre 2011: " (...) Nach zweckmässigen Abklärungen steht fest, dass spätestens per 01.12.2011 von weiteren körperlichen Behandlungen am rechten Knie keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden konnte. Nach objektiven Kriterien liegt heute kein erheblicher Integritätsschaden vor. Bei theo retisch möglicher zukünftiger Verschlimmerung bleibt das Rückfallmelderecht aber gewährleistet. Versicherungsmedizinisch wird explizit kein "Status quo sine" behauptet. Unter Abstraktion vom nun im Vordergrund stehenden psychiatrischen Leiden lässt sich jedoch auf dem allgemeinen Markt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr länger rechtfertigen" (doc. 172). Uno stato di salute stabilizzato che era già emerso dalla valutazione medica _____ del 2 settembre 2011 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, nella quale lo specialista, alla luce della scintigrafia e artroscopia effettuate, non aveva evidenziato fattori post-traumatici importanti che giustificassero un'ulteriore inabilità lavorativa al 100% (doc. 154). Sebbene le conclusioni del Dr. Frick in merito alla capacità lavorativa residua nella precedente attività di copritetto (piena abilità) non siano state confermate dal Dr. Speck (che non ritiene più esigibile l'ultima attività), entrambi concordano per una stabilizzazione del quadro clinico (cfr. doc. 154, 172). Anche gli specialisti di _____ nella referto peritale del 12 agosto 2010 hanno concluso per una piena abilità in attività adeguate, riservata la problematica psichiatrica, di cui tuttavia già si è detto al considerando 2.9. (assenza di causalità adeguata). L'assicurato, da parte sua, nel ricorso del 22 aprile 2013 ha fatto riferimento alla perizia del 25 maggio 2012 del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, svolta in ambito AI (inc.32.2013.29). Tale referto peritale non permette tuttavia a questa Corte una diversa valutazione della fattispecie. Il Dr. _____ ha confermato l'inabilità lavorativa nella precedente attività e in altre in ambito edilizio, ritendendo tuttavia che in un'attività leggera e variata rispettosa dei limiti funzionali il paziente sarebbe abile nella misura dei 2/3 (doc. AI 79-47). Va però evidenziato che il reumatologo ha posto una valutazione nella quale la patologia psichica svolge un ruolo centrale: "... vi è stata un'estensione, rispettivamente una generalizzazione dei dolori, nel contesto di una sindrome depressiva e somatoforme, con una tendenza all'amplificazione dei disturbi (...). Questa sintomatologia dolorosa diffusa e di carattere chiaramente funzionale e non organica è tuttora presente, condizionando evidentemente anche quei dolori che possono essere

ricondotti a delle alterazioni obiettive (colonna cervicale, lombare e ginocchio dx) ”. (doc. AI 79-45, la sottolineatura è del redattore). Egli ha concluso ritenendo estremamente difficile una valutazione oggettiva della quadro reumatologico fintanto che non sarà risolta la problematica psichiatrica (doc. AI 79-46). Correttamente dunque il caso è stato chiuso al 30 novembre 2011 e verificato il diritto a prestazioni di lunga durata. La circostanza – sollevata dal ricorrente (cfr. doc. I, pag. 35 in fine) che l’amministrazione con la decisione del 25 novembre 2011 non ha tolto l’effetto sospensivo, ex art. 11 OPGA, è del tutto ininfluenza sulla stabilizzazione dello stato di salute e la chiusura del caso. Rimane da valutare quindi la questione del diritto alla rendita di invalidità.

2.11. Entità della rendita di invalidità

2.11.1. Secondo l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il 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 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.

2.11.2. 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'eseguire 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 LPGGA). 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). Specifica dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF: " Se a causa della sua età l'assicurato non riprende più un'attività lucrativa dopo l'infortunio o se la diminuzione della capacità di guadagno è essenzialmente dovuta alla sua età avanzata, sono determinanti per valutare il grado d'invalidità i redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità." II. Termine: reddito conseguibile senza invalidità : Nel determinare il reddito conseguibile senza invalidità ci si baserà per quanto possibile sulla situazione antecedente l'infortunio. Se ne ipotizzerà l'evoluzione futura partendo dall'assunto che senza di esso la situazione si sarebbe mantenuta sostanzialmente stabile (cfr. 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 . 2.11.3. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata, l'assicuratore LAINF ha attribuito all'assicurato una rendita d'invalidità del 14% dal 1° dicembre 2011 fondandosi - dal profilo medico - sulla valutazione del 6 febbraio 2012 del Dr. _____ (cfr. doc. 172) e sulla valutazione pluridisciplinare del 12 agosto 2010 della Rehaklinik di _____ (doc. 95). Il Dr. _____, nel rapporto del 6 febbraio 2012, dopo avere riassunto l'anamnesi patologica successiva all'evento infortunistico del 20 agosto 2009 ha concluso – riferendosi alla valutazione della Rehaklinik di _____ – che l'assicurato non è più abile a svolgere la precedente attività di copritetto, mentre in attività adeguate la capacità al lavoro è piena: “ Gemäss der Rehaklinik _____ ist zwar unfallbedingt die bisherige Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr möglich. Hingegen bleibt körperlich jede leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ganztags und mit normaler Leistung zumutbar ” (doc. 172). Nell'ambito della valutazione specialistica del 12 agosto 2010, svolta presso la Rehaklinik di _____, il Dr. _____ e il Dr. _____ avevano posto la seguente diagnosi: " (...) A. Unfall vom 20.08.2009: PW-Auffahrunfall (Selbstverschulden) Traumatische anteromediale Arthrotomie Knie rechts mit Kontusion am antero-medialen Tibiaplateau, Riss des medialen Meniskusvorderhorns, des medialen Retinakulums und der Gelenkskapsel. - 20.08.2009 Meniskusnaht, Naht des medialen Retinakulums und Kapsel, Débridement und Hautverschluss. - 08.01.2010 CT Knie rechts: Knochendefektbildung am _____ antero-medialen Tibiaplateau sowie Impaktion des Knorpels _____ des medialen Femurkondylus - 26.07.2010 Neurologisches Konsil: Eher keine Neuropathie _____ des R. infrapatellaris rechts. - 04.08.2010 MRI-Kniegelenk rechts : ossärer Substanzdefekt _____ im ventromedialen Anteil des Tibiaplateaus, bekannte _____ Veränderungen des Vorderhorns am medialen Meniskus. Narbige Veränderungen im Hoffa'schen Fettkörper. Diskretes, reaktives Knochenmarködem im medialen _____ Kompartiment. Verdicktes, nicht signalalteriertes, proximales _____ mediales Kollateralband, DD ebenfalls posttraumatisch. A1 Schmerzhaft funktionseingeschränkte Knie rechts B. Psychiatrische Diagnose RK Bellikon 08/2010: -ICD-10:F32.1 Mittelgradige depressive Episode -ICD-10:F10.6 Verdacht auf amnestisches Syndrom infolge _____ Alkoholabusus -ICD-10:F10.2 Verdacht auf Alkoholabhängigkeit und F13.1 _____ Benzodiazepinabusus -ICD-10:F44.7 Verdacht auf Dissoziative Störung gemischt mit Schmerzgeneralisierung, Amnesie und Zuständen, Derealisation, _____ Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen C. Anamnestisch beide Knie (Menisci) operiert ca. 2003 D. Unfall von 1991: Sturz von Dach - Damals Arbeitsunfähigkeit für 3 Monate” (doc. 95). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua gli specialisti interpellati della Rehaklinik di _____ hanno concluso per un'inabilità completa nella precedente attività lavorativa di copritetto, ma per una piena abilità in attività adeguate, e meglio: " (...) Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Dachdecker/Zimmermann (Arbeitsvertrag ist nicht vorhanden): Tätigkeit nicht zumutbar. Anforderungen zu hoch: Häufiges Hantieren bis sehr schwerer Lasten, Tätigkeiten in kniebelastenden Zwangshaltungen, Ersteigen von Leitern, Gerüsten und Dächern. Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten : Zumutbarkeit in körperlicher Hinsicht: Leichte bis mittelschwere Arbeit. Arbeitszeit: ganztags. Spezielle Einschränkungen: Wechselbelastende Tätigkeiten, ohne kniebelastende Tätigkeiten, keine häufigen Zwangshaltungen für das Knie rechts, ohne häufiges Treppensteigen oder Leitersteigen. Keine Arbeit an sturzexponierten Stellen wie auf hohen Leitern oder

ungesichertem Baugerüst oder einem Dach (ungesichert). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychischen Problematik ergeben sich noch folgende Einschränkungen (unfallfremd): Aktuell 100% AUF aus psychischen Gründen” (doc. 95). 2.11.4

Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ha motivo di dubitare della correttezza dell’apprezzamento espresso dal Dr. _____ e dai sanitari della Clinica di riabilitazione di _____, per i quali l’assicurato è in grado di esercitare un’attività leggera adeguata a tempo pieno. Al riguardo, va sottolineato che questi specialisti hanno avuto il vantaggio di osservare il ricorrente durante un periodo prolungato di tempo (dal 29 giugno al 10 agosto 2010) (cfr. doc. 95). Le certificazioni del Dr. _____, medico generalista e dunque non specialista in reumatologia/ortopedia non appaiono atte a sminuire il valore probatorio attribuito alla valutazione del Dr. _____ e a quella dei sanitari della Clinica di riabilitazione di _____. Nella valutazione del 15 marzo 2010 (antecedente di quasi due anni alla valutazione del Dr. _____) il Dr. _____ ha indicato stringatamente e senza alcuna motivazione che vi sarà presumibilmente un danno permanente (doc. 64), mentre nel certificato del 10 gennaio 2012 (doc. AI 64-20, inc. 32.2013.20), il medico curante si è limitato ad indicare un’inabilità al lavoro completa a causa di un infortunio senza ulteriori indicazioni. Nel ricorso l’avv. RA 1 ha ripreso il referto del 3 maggio 2010 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale aveva ritenuto il quadro clinico estremamente difficile con danni strutturali nella parte antero-mediale femoro-tibiale e una neuropatia del ramo infra-patellare del nervo safeno. Egli ha quindi proposto un’infiltrazione ed eventualmente un impianto di protesi unicondylare. Egli suggeriva ulteriori approfondimenti diagnostici da svolgersi presso una clinica specializzata (doc. 79). Tali approfondimenti sono quindi stati messi in atto presso la Clinica di riabilitazione di _____, le cui conclusioni sono state confermate dal Dr. _____ nella propria valutazione (doc. 172). Il legale ha quindi fatto riferimento alle certificazioni del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale nel rapporto del 6 dicembre 2010 aveva descritto la situazione come “ estremamente difficile ” per quanto riguarda la sintomatologia dolorosa e “ l’assenza di correlazione diretta con le lesioni che abitualmente si manifestano in modo differente rispetto a quanto manifesta il paziente e una possibile neuropatia dell’infrapatellare ”. Lo specialista ha suggerito una scintigrafia e successivamente una nuova rivalutazione della situazione (doc. 113). Dopo la scintigrafia ossea svolta in data 9 dicembre 2010 (doc. 117) il Dr. _____ ha indicato che l’esame non ha rivelato delle alterazioni perfettamente correlabili con delle anomalie intra-articolari in relazione con la sintomatologia dolorosa e di bloccaggio manifestate dal paziente. Egli ha quindi suggerito un’artroscopia diagnostica, eventualmente una revisione cicatriziale (doc. 118). A seguito dell’artroscopia diagnostica – svolta in data 11 febbraio 2011 (doc. 128) – il Dr. _____ ha rivisto il paziente il 24 maggio 2011 descrivendo una “ situazione stabile nel tempo, senza segni di complicazioni particolari ”. Lo specialista ha riferito che persiste una sintomatologia dolorosa di difficile valutazione, ma ha comunque invitato l’assicuratore infortunati a definire il caso (doc. 145). A margine della visita circondariale del 2 settembre 2011 il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, - vista la scintigrafia e l’artroscopia svolte - ha quindi concluso per una piena abilità lavorativa anche nell’ultima attività lavorativa rilevando un’importante discrepanza tra il reperto soggettivo e l’oggettività (doc. 154). Come visto (cfr. consid. 2.11.3.) il Dr. _____, nel rapporto del 6 febbraio 2012, ha ritenuto invece l’assicurato non più abile a svolgere la precedente attività di copritetto, mentre ha confermato una piena capacità in attività adeguate (doc.

172). Infine, il ricorrente a fondamento delle proprie argomentazioni ha ripreso anche la perizia del Dr. _____, svolta in ambito AI, (cfr. consid. 2.10.2.), nella quale RI 1 è considerato abile nella misura dei 2/3 in un'attività adatta. Il perito ha tuttavia sottolineato come la patologia psichiatrica svolga un ruolo centrale condizionando anche quei dolori che possono essere ricondotti a delle alterazioni obiettive (doc. AI 79-47). Per queste ragioni la perizia del Dr. _____ non può inficiare le conclusioni del Dr. _____ e quelle dei sanitari della Clinica di riabilitazione di _____. Alla luce di quanto precede, è dunque lecito concludere che il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera.

2.11.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Quanto al reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute RI 1 quale copritetto, nel 2011 avrebbe realizzato un reddito annuo di fr. 59'998.70. Questo dato, non contestato (doc. I) e desunto dalle informazioni fornite direttamente dal datore di lavoro (cfr. scritto 6 settembre 2012, doc. 184, 193), può senz'altro essere fatto proprio dal TCA.

2.11.6. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione 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 infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, 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 8/07 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 con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali.

2.11.7. Dalle tavole processuali risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 61'776.12.-- il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1, livello di qualifica 4, aggiornato al 2011, e operando successivamente una decurtazione del 10% a titolo di deduzione sociale, giungendo così all'importo di fr. 51'607.-- (doc. 193). Conformemente alla giurisprudenza federale di cui si è detto al precedente considerando, per la determinazione del reddito ipotetico da invalido tornano applicabili i dati statistici nazionali contenuti nella Tabella TA 1. Utilizzando i dati forniti da questa tabella, l'assicurato, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'901.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2013, p. 90) esso ammonta a fr. 5'097.04 mensili oppure a fr. 61'164.48 per l'intero anno (fr. 5'097.04 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2011 (+1%), un reddito mensile di fr. 5'148.01 oppure di fr. 61'776.12 per l'intero anno (fr. 5'148.01). L'assicurato, quale copritetto, avrebbe realizzato nel 2011 un reddito annuo di fr. 59'999.-- per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente: Tabella TA 1 2010, p.to 41 "Costruzione di edifici", livello di qualifica 4: fr. 5'420.-- riportato su 41.6 ore/settimana = fr. 5'636.8 x 12 mesi = fr. 67'641.60 che aggiornato al 2011 è pari a fr. 68'318.02. Pertanto, in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 2.11.5. in fine, il reddito statistico da invalido (fr. 61'776.12) va ridotto del 7.18%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%), e si attesta pertanto a fr. 57'340.60. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid.

5b/cc). Nella concreta evenienza, l'Istituto assicuratore ha operato una decurtazione del 10% sul reddito statistico da invalido " per tenere conto delle variabili personali e professionali " (doc. 196). Per contro, il ricorrente ha postulato una riduzione del 20% (doc. I, pag. 20). Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il reddito da invalido di fr. 57'340.60, tenuto conto di una decurtazione del 10%, ammonta dunque a fr. 51'606.54. Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 51'606.54 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 59'999.-- (cfr. consid. 2.11.4.) - è del 13,9%, arrotondato al 14% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41 . Visto che, con la decisione su opposizione impugnata, l'CO 1 ha riconosciuto a RI 1 una rendita di invalidità proprio del 14%, il suo ricorso deve essere respinto. 2.12. Alla luce di quanto precede inoltre il TCA non ritiene necessario procedere ad ulteriori accertamenti come postulato dall'assicurato (cfr. doc. I). Al riguardo giova osservare 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. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 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., Zurigo 1998, 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). D'altro canto, il TFA ha stabilito che quando, nell'ambito della procedura amministrativa, una perizia ordinata ad un medico indipendente è eseguita da uno specialista riconosciuto, sulla base di investigazioni approfondite e complete, nonché in piena conoscenza dell'incarto, e che l'esperto perviene a delle conclusioni convincenti, il Tribunale non deve scostarsene se non vi è alcun indizio concreto che consenta di dubitare della loro fondatezza (cfr., pure, STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02, consid. 3.2.2 e del 19 aprile 2000 nella causa S., U 264/99, consid. 3b). 2.13. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (cfr. doc. I). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato é necessario o perlomeno indicato e se il processo non é palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In concreto, emerge dagli atti di causa (cfr. doc. VIII+bis) che RI 1, coniugato, è al beneficio di prestazioni assistenziali. In queste condizioni, la sua

indigenza deve essere ammessa. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; U. Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 4 maggio 2004 nella causa S., K 146/03, consid. 7.1.; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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