

TI_GERICHTE 35.2014.51 vom 20. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.51

FR: TI_GERICHTE 35.2014.51 du 20 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2014.51 del 20 ottobre 2014

Regeste

Caduta con frattura dell'articolazione tibiotarsica piede dx nel 04.2010. Negato nesso causale con dolori al ginocchio dx insorti nel 02.2014. Stato di salute inf. stabiliz. dal 11.2013 malgrado necessità di interventi futuri di AMO e artrodesi. Confermato grado rendita inv. 23% e IMI del 15%

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Innanzitutto, il TCA è chiamato a valutare se a ragione oppure a torto l'CO 1 abbia escluso la propria responsabilità relativamente ai problemi al ginocchio destro. In secondo luogo, esso dovrà stabilire se l'Istituto assicuratore era legittimato a ritenere stabilizzato lo stato di salute infortunistico a far tempo dal 31 ottobre 2013. Nell'affermativa, questa Corte dovrà determinare il grado dell'invalidità e quello della menomazione all'integrità. 2.3. Nesso di causalità tra i disturbi al ginocchio destro e l'infortunio del 20 aprile 2010? 2.3.1 Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (cfr. art. 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. Ghèlew, 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). 2.3.2. 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. RDAT 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). 2.3.3. 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: Ghèlew, 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. Frèsard, *L'assurance-accidents obligatoire*, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.3.4. In virtù dell'art. 11 OAINF, l'assicuratore LAINF è tenuto a riprendere l'erogazione delle prestazioni assicurative in caso di ricadute o conseguenze tardive (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 71 e A. Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berna 1985, p. 277). Né la LAINF né l'OAINF prevedono, al riguardo, un limite temporale. Pertanto, la pretesa potrà essere fatta valere anche qualora la ricaduta o le conseguenze tardive appaiono, per la prima volta, dieci o vent'anni dopo l'infortunio assicurato, e ciò indipendentemente dal fatto che, a quel momento, l'interessato sia o meno ancora assicurato. Rilevante è soltanto l'esistenza di un nesso di causalità (cfr. STFA U 122/00 del 31 luglio 2001). Nella sentenza pubblicata in RAMI 1994 U 206, p. 326ss., il TFA ha precisato che, trattandosi di una ricaduta, la responsabilità dell'assicuratore infortuni non può essere ammessa soltanto sulla base del nesso di causalità naturale riconosciuto in occasione del caso iniziale. Spetta piuttosto a colui che rivendica le prestazioni dimostrare l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra i "nuovi disturbi" e l'infortunio assicurato. Soltanto qualora il nesso di causalità è provato secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, può essere riconosciuto un ulteriore obbligo prestativo a carico dell'assicuratore infortuni. In assenza di prove, la decisione sarà sfavorevole all'assicurato, il quale intendeva derivare diritti da un nesso di causalità naturale rimasto indimostrato. Ricadute e conseguenze tardive configurano dei casi particolari di revisione (cfr. DTF 127 V 456 consid. 4b pag. 457; 118 V 293 consid. 2d pag. 297; SVR 2003 UV no. 14 pag. 43 [sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 86/02 del 20 marzo 2003] consid. 4.3). Ciò significa che un'eventuale ricaduta o conseguenza tardiva non può dare luogo a un riesame incondizionato. Partendo dalla situazione esistente alla crescita in giudicato del provvedimento originario, l'ammissione di una ricaduta o di conseguenze tardive presuppone una modifica successiva delle circostanze rilevanti per il riconoscimento del diritto invocato. Per contro, il diverso apprezzamento di fatti essenzialmente rimasti invariati non costituisce motivo sufficiente per ammettere una ricaduta o delle conseguenze tardive (cfr. STF 8C_603/2009 del 1° febbraio 2010 consid. 4.2.; STF U 34/07 del 4 marzo 2008 consid. 4.3.; RAMI 2003 no. U 487 pag. 341 consid. 2; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 98/05 del 19 luglio 2005, consid. 2.2). 2.3.5. Nel caso di specie, con la decisione su opposizione impugnata, l'amministrazione ha negato l'esistenza di un nesso causale naturale tra i disturbi al ginocchio destro e l'evento infortunistico del 20 aprile 2010, facendo capo al parere espresso al riguardo dal medico

_____, dott.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica. Dalle carte processuali emerge che, nel febbraio 2014, RI 1 si è rivolto al dott. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, suo medico curante specialista, lamentando dei dolori al compartimento mediale del ginocchio destro. In proposito, il medico appena citato ha indicato la necessità di effettuare una RMN al fine di ricercare possibili alterazioni di sovraccarico o meniscali. Egli ha tuttavia affermato che "... una relazione diretta con l'evento traumatico non è evidentemente ritrovata vista l'apparizione ritardata, ma non escludo un possibile sovraccarico vista la deambulazione alterata imposta dalla caviglia." (cfr. doc. 213 pag. 2). Il medico _____, con apprezzamento del 4 marzo 2014, si è espresso nei seguenti termini: " per quanto riguarda i dolori al ginocchio destro annunciati in visita del 05.02.2014 al dott. _____ una relazione tra l'infortunio e tali dolori è improbabile, in base alle diagnosi, agli interventi e al decorso riportati negli atti medici. Per questo motivo vi chiedo di annunciare il caso del ginocchio alla cassa malati." (cfr. doc. 220, pag. 2) Il 26 febbraio 2014, l'assicurato ha eseguito un esame RM presso la Casa di cura _____, il cui referto indica: " Non lesioni capsulo legamentose compartimento interno esterno di interesse attuale. Sfumate alterazioni di meniscosi interessano il tratto medio corno posteriore del menisco mediale, ancora nei limiti il menisco laterale. Non segni di avulsione dei legamenti del pivot centrale, modesta reazione sinoviale abbraccia entrambi i crociati. Tracce di versamento in sede retrorotulea paracondiloidea mediale tracce nella gola intercondiloidea. Note di iperpressione rotulea, non lesioni osteocondrali apprezzabili. Modesto ispessimento plicale in camera anteriore." (cfr. doc. 224, pag. 2) Esaminato tale referto, la dott.ssa _____ ha confermato il suo precedente apprezzamento del 4 marzo 2014, precisando che "la risonanza magnetica del 26.02.2014 conferma tale presa di posizione." (cfr. doc. 233, pag. 2). Con il suo ulteriore apprezzamento del 9 maggio 2014, ella ha definitivamente escluso una relazione causale tra, da un lato, la frattura del pilon tibiale e i conseguenti interventi chirurgici e, dall'altro, i disturbi al ginocchio destro. La dott.ssa _____ ha in effetti rilevato l'assenza di alterazioni patologiche di origine post-traumatica apprezzabili, attribuendo l'eziologia dei disturbi in questione ad alterazioni degenerative, non riconducibili al sovraccarico dell'arto inferiore destro, ma piuttosto a un'anatomia predisposta con ginocchia in varo con conseguente iperpressione del compartimento mediale del ginocchio (cfr. doc. 239, pag. 2). Pendente causa, l'CO 1 ha sottoposto il dossier medico di _____ al proprio Centro di competenza di medicina assicurativa e, più precisamente, al dott. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore. Il medico succitato ha sostenuto che "... i disturbi riferiti al ginocchio destro, d'origine non chiara, non appaiono in nesso di causalità probabile con l'infortunio del 20 aprile 2010 e le sue conseguenze". Nella sua analisi ha anch'egli indicato che tali disturbi non sono sorprendenti in pazienti con ginocchia in varo e, quindi, con un asse di carico concentrato sul compartimento mediale dell'articolazione (cfr. doc. 242, pag. 17). 2.3.6. Chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliata la documentazione medica presente all'inserito e vista anche l'assenza di pareri specialistici divergenti, questo Tribunale ritiene che, a ragione, l'assicuratore resistente ha negato l'esistenza di un nesso causale naturale, sia diretto che indiretto, tra i disturbi al ginocchio destro e l'infortunio dell'aprile 2010. Infatti, esso non ha validi motivi per scostarsi dai pareri espressi al riguardo dalla dott.ssa _____ (cfr. doc. 220, pag. 2; doc. 233, pag. 2; doc. 239, pag. 2) e dal dott. _____ (cfr. doc. 242, pag. 17 e 18) – entrambi specialisti proprio nella materia che qui interessa (chirurgia

ortopedica) - secondo i quali i disturbi accusati dall'insorgente al compartimento mediale del ginocchio destro sono estranei all'evento assicurato. Il TCA non ignora che, a margine della consultazione del 5 febbraio 2014, il dott. _____ ha ipotizzato l'esistenza di un sovraccarico del ginocchio destro dovuto alla deambulazione viziata e, proprio per questa ragione, ha disposto un esame di risonanza magnetica (doc. 213, p. 2). Tuttavia, nella misura in cui egli si è espresso in termini di semplice possibilità - "... non escludo un possibile sovraccarico ..." - ciò non può bastare dal punto di vista probatorio. Del resto, non risulta nemmeno che, posteriormente all'accertamento strumentale in parola, il dott. _____ si sia di nuovo pronunciato in merito all'esistenza di un legame causale indiretto tra la problematica al ginocchio destro e l'infortunio dell'aprile 2010.

2.4. Stato di salute infortunistico stabilizzato a far tempo dal 31 ottobre 2013? 2.4.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGGA) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: 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. art. 19 cpv. 1 LAINF e Ghèlew, 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). In una sentenza 8C_211/2009 del 10 luglio 2009 consid. 4, il TF si è al riguardo espresso nei termini seguenti: " Poichè l'assicurazione sociale contro gli infortuni si riferisce a persone che svolgono attività lavorativa (si confronti l'art. 1 [dal 1° gennaio 2003 art. 1a, con testo invariato] e l'art. 4 LAINF), per interpretare il concetto di "sensibile miglioramento" ("namhafte Besserung" e "sensible amèlioration" 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 sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388, consid. 2, non pubblicato, e U 412/00 del 5 luglio 2001, consid. 2a; cfr. inoltre Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2a ed., Berna 1989, pag. 274). Lo stesso vale per provvedimenti terapeutici che contribuiscono a lenire i sintomi di un danno alla salute stazionario per un periodo limitato nel tempo (v. ancora sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 244/04 del 20 maggio 2005, in RAMI 2005 no. U 557 pag. 388 consid. 1, non pubblicato, e 3).“ Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita di invalidità o un'indennità unica in capitale. L'erogazione di indennità giornaliera cessa comunque con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF. 2.4.2. Nella

concreta evenienza, a margine della visita del 29 novembre 2012, tenutasi a distanza di circa sette mesi dall'ultimo intervento correttivo alla cavaglia destra, il dott. _____ ha indicato quanto segue a proposito dell'ulteriore procedere terapeutico: " (...) Dal punto di vista terapeutico conservativo non ho grosse opzioni supplementari. Consiglio di continuare ancora fino alla fine dell'anno con fisioterapia insistendo sulla mobilizzazione. Aumento fino a un limite possibile delle attività individuali sia nella deambulazione che nel nuoto che nella bicicletta/cyclette. Controllo del peso. Rivedrò il paziente a un anno post-op per valutare il bilancio clinico e radiologico e soprattutto di rimodelling osseo e discutere di un'eventuale ablazione del materiale di osteosintesi. A medio termine ci si dovrà aspettare un progressivo peggioramento anche della tibio-tarsica che necessiterà piuttosto un'artrodesi in questo momento a mio parere non indicata." (cfr. doc. 145) Lo stesso medico, alla consultazione del 16 aprile 2013, non ha introdotto modifiche nella terapia, fatta eccezione per l'introduzione del farmaco Lyrica "... visti i disturbi ad addormentarsi e sensazioni sotto forma di parestesie, formicolii ed irrequietezza (cfr. doc. 162). Nel rapporto relativo alla visita medica di chiusura del 12 giugno 2013, il chirurgo ortopedico dott.ssa _____ ha indicato che l'assicurato non poteva "... più riprendere la sua attività lavorativa assicurata di muratore e quindi possiamo procedere a una temporanea esigibilità lavorativa da rivalutare dopo l'artrodesi." (cfr. doc. 178, pag. 4). In data 11 settembre 2013, a proposito dell'artrodesi della tibio-tarsica da lui prospettata a margine del consulto del 29 novembre 2012, il dott. _____ ha precisato che essa enterebbe in linea di conto solo a medio termine - trascorsi 5-6 anni - a meno di una rapida degenerazione dell'artrosi. In quella sede, egli ha inoltre sostenuto che dall'intervento in questione non vi sarebbe comunque da prevedere un miglioramento sostanziale delle limitazioni descritte dalla dott. _____ (cfr. doc. 190 e 191). Con decisione formale del 21 gennaio 2014, facendo capo al parere del medico _____ e del medico curante specialista, l'Istituto assicuratore ha ritenuto che lo stato di salute dell'assicurato è da ritenere stabilizzato a far tempo dal 31 ottobre 2013 (cfr. doc. 206). 2.4.3. In sede di opposizione, l'assicurato ha contestato la posizione dell'CO 1 facendo riferimento al referto 5 febbraio 2014 del dott. _____ e alla certificazione 24 aprile 2014 del dott. _____, specialista in ortopedia e traumatologia a _____, per il quale la frattura ossea dell'assicurato non sarebbe completamente guarita, posto che dall'esame TAC eseguito il 21 febbraio 2014 emergerebbe una incompleta integrazione dell'innesto osseo che potrebbe causare un'infezione (cfr. doc. 237, pag. 2 e 3) Con apprezzamento dell'8 maggio 2014, il medico _____ ha ribadito che nel frattempo lo stato di salute infortunistico del ricorrente si è stabilizzato, osservando che dai dati clinici e radiologici a sua disposizione si evinceva una completa consolidazione dell'osteotomia. D'altro canto, la dott.ssa _____ ha pure escluso che la rimozione del materiale di osteosintesi a livello della tibio-tarsica avrebbe potuto migliorare notevolmente la capacità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. 239, pag. 2). In corso di causa, l'assicurato ha versato agli atti le risultanze di ulteriori esami medici specialistici. Secondo l'insorgente, l'esame di RMN del 7 giugno 2014, la scintigrafia ossea del 10 giugno 2014, come pure la certificazione 13 giugno 2014 del dott. _____, confermerebbero il sospetto di un'infezione all'arto inferiore destro, donde la necessità di procedere alla rimozione dei mezzi di sintesi (cfr. doc. III + allegati). L'Istituto resistente ha sottoposto questa documentazione al dott. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, attivo presso il Centro di competenza di medicina assicurativa, per una sua presa di posizione. Per quanto qui d'interesse, il medico fiduciario ha espresso le seguenti considerazioni: " (...). Nel caso del signor RI 1, un intervento d'artrodesi entrerà

di sicuro in considerazione a medio o a lungo termine. Dovessero essere i dolori insopportabili ora, si potrebbe discutere anche di effettuare quest'intervento a breve termine. Tuttavia, attraverso i dati della cartella, la sintomatologia sembra piuttosto stabile e nella presenza di una mobilità conservata, almeno in flessione plantare, sarei propenso a posticipare il più possibile l'intervento di artrodesi del signor RI 1. In esiti di frattura esposta, di osteotomia con interposizione d'osso artificiale e di ripresa d'osteotomia, sarei invece contrario a proporre un intervento di protesi, sempre in considerazione delle particolarità della vascolarizzazione nella tibia distale. Poichè siamo davanti ad un fenomeno evolutivo e che si considera probabilmente un ulteriore intervento di tipo artrodesi, ciò significa naturalmente che non siamo davanti a una situazione medica perfettamente stabile. Tuttavia, al momento della visita medica di chiusura, non era previsto nessun intervento e chiaramente non vi era un'evoluzione dal punto di vista clinico, il dott. _____ avendo chiaramente più volte parlato di situazione invariata. Nell'assenza di trattamento specifico proposto e nella presenza di uno stato senza evoluzione notevole da anni, era sicuramente pertinente di considerare il caso abbastanza stabilizzato dal punto di vista medico per una chiusura amministrativa del caso, soprattutto che era chiaro che l'assicurato non potrebbe più esercitare la sua professione di muratore e che quindi era indicato andare più avanti e senza perdere tempo sulla strada di una riconversione professionale." (cfr. doc. 242, pag. 16) Riguardo alla documentazione prodotta pendente causa, il dott. _____ giudica scarsi gli argomenti a favore di un infetto cronico a livello della tibia. Secondo il citato medico, "... non c'è stato mai clinicamente il sospetto di un infetto e soprattutto non vi è ora il minimo argomento per tale diagnosi, nè su base clinica, nè su base biologica (esami del sangue), nè finalmente su base degli esami complementari (IRM e scintigrafia)". Inoltre, sempre a suo avviso, un intervento di AMO, ritenuto prematuro e imprudente in ragione del non ancora totale assorbimento dell'osso artificiale (processo che, per esperienza medica, potrebbe durare diversi anni), non migliorerebbe comunque sensibilmente lo stato di salute dell'assicurato, "... a parte magari una lieve diminuzione dei dolori sulla tibia anteriore, ricordando che la sintomatologia algica presentata dall'assicurato è perfettamente spiegabile dall'artrosi constatata e altrettanto tipica, poichè i dolori presentati dal signor RI 1 sono di tipo meccanico, ciò che è solito per un problema artrosico ma non classico per un problema infettivo, in cui ci sono anche dolori a riposo, ..." (cfr. doc. 242, pag. 16 e 17). L'assicurato, in data 30 settembre ha trasmesso al TCA un nuovo referto del dott. _____, nel quale è indicato che a causa dei persistenti dolori alla caviglia destra e della conseguente limitata funzionalità della stessa, gli interventi di AMO e di artrodesi sarebbero improcrastinabili (cfr. doc. XI + allegato). 2.4.4. Nella presente fattispecie, attentamente vagliati i referti medici appena riassunti, il TCA non ravvede valide ragioni per scostarsi dalla decisione dell'CO 1 di ritenere lo stato di salute infortunistico stabilizzato a contare dal 1° novembre 2013. Per quanto riguarda l'asserita infezione al piede destro, va innanzitutto osservato che lo stesso dott. _____ si è limitato a definirla, dapprima, un rischio da non escludere (cfr. doc. 237, pag. 3), poi, in esito agli esami da lui disposti, una mera possibilità (cfr. doc. III+B2). Ora, nel settore delle assicurazioni sociali i fatti si ritengono accertati quando sono dimostrati perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, per cui la semplice possibilità enunciata dal dott. _____ non basta per stabilire che l'assicurato soffra effettivamente di un'infezione cronica alla tibia destra. D'altro canto, occorre evidenziare che, in base all'insieme degli atti clinici e radiologici a disposizione, l'esistenza di un'infezione cronica del tipo low-grade è stata esclusa sia dalla dott.ssa _____ (cfr.

doc. 238) che dal dott. _____ (cfr. doc. 242 pag. 17). In particolare quest'ultimo sanitario ha saputo spiegare in modo convincente le ragioni per le quali i dolori denunciati dal ricorrente non sono tipici per una problematica di tipo infettivo. Pertanto, per quanto riguarda la pretesa infezione alla tibia destra, questa Corte ritiene che l'amministrazione abbia correttamente escluso che ciò potesse giustificare una continuazione delle prestazioni di corta durata. Trattandosi dell'intervento di AMO, è utile dapprima ricordare che, come già esposto in precedenza (cfr. consid. 2.4.1), il diritto alle prestazioni di corta durata cessa al momento in cui dalla cura medica non vi è più da attendersi un sensibile miglioramento dello stato di salute. Il concetto di "sensibile miglioramento" di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutato in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche. Nella concreta evenienza, i dottori _____, _____ e _____ sono concordi nel considerare che l'intervento di AMO non consentirà di migliorare notevolmente lo stato di salute dell'assicurato e, di conseguenza, la sua capacità lavorativa (cfr. doc. 242, pag. 16 e 17; doc. 239, pag. 2; doc. 219). Secondo il loro unanime parere, egli non sarà più in grado, in ogni caso, di svolgere la sua precedente attività lavorativa di muratore (cfr. doc. 242, pag. 14; doc. 178, pag. 4; doc. 213, pag. 2). Inoltre, il dott. _____ ha persino messo in dubbio che sia medicalmente indicato procedere a tale operazione, ritenendola, allo stato attuale, inutilmente rischiosa. Egli ha motivato la sua opinione con una non ancora totale integrazione dell'osso artificiale (processo che per esperienza medica impiegherebbe alcuni anni), riscontrabile dai più recenti esami radiologici. Prima di rimuovere le placche metalliche protettive, il dott. _____ ritiene sia più prudente attendere che l'osso artificiale si sia definitivamente integrato nella struttura ossea della tibia, onde evitare di lasciare scoperta questa zona più fragile rispetto a un osso "normale" (cfr. doc. 242, pag. 17). Infine, deve essere segnalato che, in una sentenza del 30 luglio 1993 nella causa V. non pubblicata, il TFA ha esplicitamente indicato che una futura asportazione del materiale di osteosintesi non giustifica il versamento di ulteriori prestazioni di corta durata (in particolare di ulteriori indennità giornaliere) (in questo senso, si veda pure la STCA 35.2004.56 del 3 dicembre 2004). Per questi motivi, secondo il TCA, lo stato di salute dell'assicurato può ritenersi stabilizzato ai sensi della precitata giurisprudenza, a prescindere dalla necessità, più o meno urgente, di procedere all'intervento di AMO. Per quanto concerne l'intervento di artrodesi, il TCA ritiene che, anche volendo ammettere la necessità di procedere quanto prima a tale operazione, non sarebbe comunque giustificata la continuazione delle prestazioni di corta durata, posto che, anche dopo tale intervento, lo stato di salute dell'assicurato non risulterebbe comunque sensibilmente migliorato rispetto a quello attuale. Si sono espressi in questo senso sia il dott. _____, nel suo apprezzamento 26 agosto 2014 (cfr. doc. 242, pag. 16), che il dott. _____ (cfr. doc. 190). Entrambi gli specialisti sono in effetti dell'avviso che lo stato di salute debba essere considerato stabilizzato, in quanto, anche dopo tale intervento, l'assicurato non potrà più svolgere la sua abituale professione di muratore e le limitazioni funzionali saranno sovrapponibili a quelle descritte dalla dott.ssa _____ in occasione della visita di chiusura del 12 giugno 2013 (cfr. doc. 242, pag. 17; doc. 190; doc. 178, pag. 4 e 5). Anche da questo profilo, la decisione dell'amministrazione di porre fine alle prestazioni di corta durata a contare dal 1° novembre 2013, non presta dunque il fianco a critiche. A questo punto - assodato che l'CO 1 non ha prematuramente chiuso l'evento infortunistico del 20 aprile 2010 -, questo Tribunale deve esaminare se le prestazioni di lunga durata decise dall'amministrazione sono corrette oppure no. 2.5. Entità della rendita di invalidità e

dell'IMI. 2.5.1. Rendita di invalidità 2.5.1.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGa) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, 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 LPGa; l'art. 8 cpv. 1 LPGa, 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 LPGa. Da parte sua, l'art. 16 LPGa prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, 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 LPGa non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGa. 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.

2.5.1.2. 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, poichè l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'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 perchè concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benchè 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 conoscenze 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 . 2.5.1.3. Nella concreta evenienza, dalle carte processuali si evince che, per chiarire la questione della capacità/esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore si è basato sul rapporto 13 giugno 2013, della dott.ssa _____, relativo alla _____ che ha avuto luogo il 12 giugno 2013 (cfr. doc. 178). In quella sede, RI 1 è stato dichiarato non più in grado di riprendere il suo precedente lavoro di muratore (cfr. doc. 178, pag. 4). Il medico _____ ha però ammesso una sua completa capacità lavorativa in attività compatibili con il danno alla salute infortunistico, così descrivendo l'esigibilità lavorativa: " Esigibilità del lavoro: sollevare e portare pesi

molto leggeri fino a 5 kg talvolta possibile, sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg oltre l'altezza del petto talvolta possibile. Mai più possibile sollevare pesi oltre i 5 kg fino all'altezza dei fianchi e oltre l'altezza del petto. Nessuna limitazione per maneggio di attrezzi leggeri, di precisione e di attrezzi medi. Mai più possibile il maneggio di attrezzi pesanti e molto pesanti. Nessuna limitazione per la rotazione delle mani. Nessuna limitazione per lavori sopra la testa e per la rotazione del tronco. Talvolta possibile la posizione seduta e inclinata in avanti, la posizione in piedi/inclinata in avanti, posizione inginocchiata. Nessuna limitazione per la flessione delle ginocchia. Posizione seduta di lunga durata da talvolta a spesso possibile, posizione in piedi a lunga durata talvolta possibile, molto spesso possibile posizione a libera scelta. Di rado a talvolta possibile camminare fino e oltre 50 m, di rado possibile salire le scale, mai più possibile camminare per lunghi tratti, camminare su terreno accidentato e salire su scale a pioli. Nessuna limitazione per l'uso delle due mani, possibile a condizione stare in equilibrio. L'assicurato è considerato abile nell'esigibilità da subito al 100% da rivalutare dopo l'artrodesi prevista." (cfr. doc. 178, pag. 4 e 5) Sebbene durante la visita di chiusura l'esigibilità lavorativa fosse stata definita in modo provvisorio in considerazione della prospettata operazione di artrodesi, il dott. _____ ha, in seguito, precisato che tale intervento sarebbe da prevedere solo a medio termine (5-6 anni) e che comunque, anche dopo di esso, l'esigibilità lavorativa non sarebbe diversa da quella descritta dalla dott.ssa _____ (cfr. doc. 190). In questo senso si è pure pronunciato il dott. _____, nel suo apprezzamento 26 agosto 2014 (cfr. 242, pag. 16 e 17). L'insorgente, né con l'opposizione né con il ricorso, ha sollevato obiezioni in merito all'esigibilità lavorativa stabilita dall'CO 1 (cfr. doc. I; doc. 217; doc. 224).

2.5.1.4. Tutto ben considerato, attentamente vagliati gli atti, il TCA non ha motivo per scostarsi dall'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciato dal medico _____ dell'CO 1. Innanzitutto, va sottolineato che tale valutazione risulta fondata su accertamenti medici approfonditi e completi. In effetti, dal rapporto afferente alla visita medica di chiusura emerge che la dott.ssa _____ ha tenuto conto, oltre che dei referti specialistici agli atti, delle dichiarazioni soggettive dell'assicurato (anamnesi) e dei reperti oggettivi emersi dagli esami strumentali e dai test di mobilità eseguiti dall'assicurato in quell'occasione (cfr. doc. 178 pag. 2-4). D'altro canto, va segnalato che tali limitazioni sono state condivise anche dal dott. _____ nel suo referto del 5 febbraio 2014, dal quale si evince che l'assicurato, in un'attività leggera più sedentaria, senza necessità di camminare su terreni irregolari e di trasportare pesi, sarebbe abile al lavoro al 100% (cfr. doc. 213, pag. 2). Secondo questo Tribunale, non sussiste, quindi, nessun dubbio circa la correttezza delle conclusioni contenute nel rapporto della dott.ssa _____, di modo che RI 1, nonostante il danno infortunistico, va ritenuto in grado di esercitare, a tempo pieno e con rendimento completo, attività lavorative adeguate che rispettino le limitazioni descritte in quella sede.

2.5.1.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2013 (su questo aspetto si veda la DTF 128 V 174) – qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato – un importo annuo di fr. 69'646.72 (cfr. doc. 201, pag. 1; doc. I+A, pag. 7). Questo dato, non contestato dall'assicurato, può essere fatto proprio dal TCA.

2.5.1.6. 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). 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 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.

2.5.1.7. Dalla decisione su opposizione impugnata risulta che l'amministrazione ha

quantificato in fr. 53'428.-- il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1, livello di qualifica 4 (fr. 62'856.95), e operando successivamente una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale (cfr. doc. 201, pag. 2; doc. I+A, pag. 7). 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 pubblicata sul sito web dell'Ufficio federale di statistica), 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, si ottiene, per il 2013 (cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), un reddito annuo di fr. 62'856.95. L'assicurato, se avesse continuato a lavorare in qualità di muratore non qualificato, avrebbe guadagnato, nel 2013, fr. 69'646.72 per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa leggermente al di sopra della media dei salari per un'attività equivalente (tabella TA 1 2010, p.to 41 "lavori di costruzione di edifici", livello di qualifica 4: fr. 5'420.-- riportato su 41.8 ore/settimana = fr. 5'663.90 x 12 mesi = fr. 67'966.80 + adeguamento all'indice dei salari nominali per il 2013 = fr. 69'606.09), motivo per cui non entra in linea di conto una decurtazione del reddito statistico da invalido a titolo di gap salariale (cfr. consid. 2.3.7. in fine).

2.5.1.8 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'assicuratore resistente ha operato una decurtazione del 15% sul reddito statistico da invalido, per tenere conto del danno alla salute (doc. I+A, pag. 7). 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) e del fatto che l'assicurato nella sua impugnativa non ha sollevato alcuna censura in merito alla deduzione sociale applicata dall'CO 1, questo Tribunale ritiene che, operando una decurtazione del 15%, la parte convenuta non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare, il TCA ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'CO 1 abbia adeguatamente considerato gli effetti legati alla menomazione infortunistica, come pure lo statuto di frontaliere dell'insorgente. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta quindi a fr. 53'428.40 (85% di fr. 62'856.95).

2.5.1.9. Il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 53'428.40 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 69'646.72.-- , risulta essere del 23.29%, arrotondato al 23% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. (= SVR 2004 UV Nr. 11 p. 41). Visto che con la decisione su opposizione impugnata all'assicurato è stata accordata proprio una rendita d'invalidità del 23%, il suo ricorso non merita di essere accolto nemmeno su questo aspetto.

2.5.2. Entità dell'IMI 2.5.2.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale.

Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.5.2.2. 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 o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghèlew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

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

2.5.2.4. L'INSAI ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.5.2.5. Dalle tavole processuali risulta che l'CO 1 ha concesso all'assicurato un'IMI del 15% facendo riferimento al parere espresso al riguardo dalla dott.ssa _____ (cfr. doc. 179; doc. 206, pag. 3; doc. I+A pag. 8). Il medico _____ ha espresso il proprio parere già tenendo conto dell'intervento di

artrodesi, al quale l'assicurato dovrà verosimilmente sottoporsi a medio termine. Ella ha dunque quantificato l'IMI fondandosi sulla tabella n. 5.2. edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'INSAI, la quale prevede che una persona sottoposta ad artrodesi della tibiotarsica, ha diritto a un'IMI del 15% (cfr. doc. 206, pag. 3; doc. 179). Al riguardo, giova rilevare che la valutazione dell'entità della menomazione all'integrità espressa dalla dott.ssa _____, è stata condivisa anche dal dott. _____ nel suo apprezzamento del 26 agosto 2014 (cfr. doc. 242, pag. 16). Pertanto, il TCA non ha validi motivi per non confermare il dato espresso dal medico fiduciario dell'CO 1, peraltro nemmeno contestato dall'insorgente (cfr. doc. I). Ne consegue, quindi, che la decisione su opposizione impugnata merita di essere confermata anche per quanto riguarda l'entità dell'IMI riconosciuta all'assicurato.

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