

TI_GERICHTE 35.2014.8 vom 30. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2014.8

FR: TI_GERICHTE 35.2014.8 du 30 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 35.2014.8 del 30 aprile 2014

Regeste

I problemi psichici dell'A. non costituiscono una conseguenza adeguata dell'infortunio. Negata causalità per disturbi a avambracci, spalla sinistra, cervicaglia, cifosi colonna dorsale superiore, scoliosi e lombalgia cronica. Confermata rendita 37% e IMI 20%

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. Oggetto della lite sono l'entità della rendita di invalidità e dell'indennità per menomazione dell'integrità spettanti all'assicurato. Preliminarmente, il TCA è tenuto a esaminare se l'Istituto assicuratore resistente era legittimato a negare la propria responsabilità relativamente ai disturbi psichici, ai dolori agli avambracci, alla spalla sinistra, alla colonna cervicale, alla cifosi della dorsale superiore, alla lieve scoliosi e alla lombalgia cronica, oppure no. 2.3. Disturbi psichici: causalità adeguata con l'infortunio del 16 ottobre 2009? Nella decisione su opposizione l'Istituto assicuratore ha indicato che la " lieve sintomatologia ansioso-depressiva che a mente del dott. _____ e degli specialisti della _____ non comporta delle conseguenze sulla capacità e il funzionamento lavorativo non concerne la CO 1 in quanto in ogni caso la causalità adeguata deve essere negata " (doc. 250). Occorre quindi innanzitutto verificare se i problemi psichici dell'assicurato costituiscono una conseguenza adeguata dell'infortunio del 16 ottobre 2009. 2.3.1. Secondo l'art. 6 cpv. 1 LAINF, per quanto non previsto altrimenti dalla legge, le prestazioni assicurative sono effettuate in caso d'infortuni professionali, d'infortuni non professionali e di malattie professionali. Il diritto alle prestazioni risultante da un infortunio assicurato presuppone l'esistenza di un nesso di causalità naturale tra l'evento dannoso e il danno alla salute. Questa condizione é adempiuta 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 conditio 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 (DTF 129 V 177 consid. 3. p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). 2.3.2. Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata é generalmente ammesso, dal momento in cui é accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). Per contro, la giurisprudenza ha elaborato più criteri per valutare l'adeguatezza del nesso di causalità tra un infortunio e dei disturbi psichici sviluppati successivamente dalla vittima. Essa ha dapprima classificato gli infortuni in tre categorie, a seconda della dinamica: gli infortuni insignificanti o leggeri (per esempio, una caduta o scivolata banale), gli infortuni di media gravità e gli infortuni gravi. Per procedere a tale classificazione, non si deve considerare il modo in cui l'infortunio é stato vissuto dall'interessato ma piuttosto l'evento traumatico in quanto tale da un punto di vista oggettivo. In presenza di un infortunio di media gravità, occorre prendere in considerazione un certo numero di criteri, di cui i più importanti 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. 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. Per contro, in presenza di un infortunio che si situa al limite di quelli insignificanti o leggeri, le circostanze da considerare devono cumularsi oppure rivestire un'importanza particolare affinché si possa ammettere il carattere adeguato del nesso di causalità (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). 2.3.3. Nella presente fattispecie, a proposito della causalità naturale, nel rapporto del 3 gennaio 2011 (esame psichiatrico del 29 dicembre 2010) il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di "Lieve sintomatologia ansioso-depressiva con sintomi somatici (F32.01)" che può essere compresa come reazione al disturbo algico esistente (doc. 105, pag. 4). Secondo lo specialista, dal punto di vista medico psichiatrico, vi è tutt'al più una riduzione del rendimento nella misura del 10-20% (doc. 105, pag. 4). Durante la degenza presso la Clinica di riabilitazione di _____ dal 25 maggio 2011 al 22 giugno 2011, l'assicurato è stato sottoposto ad una valutazione psicosomatica da parte del Dr. _____, psicologo FSP e della Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, i quali hanno diagnosticato un quadro ansioso-depressivo di grado lieve con sindrome somatica (F32.01), sviluppatasi dopo l'infortunio, che non comporta alcuna rilevante riduzione del rendimento lavorativo (doc. 129). La questione della causalità naturale non deve tuttavia essere ulteriormente approfondita dal TCA e può quindi rimanere aperta (cfr., in proposito, SVR 1995 UV 23, p. 67 consid. 3c; STF U 17/07 del 30 ottobre 2007, consid. 3, U 606/06 del 23 ottobre 2007, consid. 4 e U 299/05 del 28 maggio 2007, consid. 5.2), visto che l'obbligo a prestazioni dell'CO 1 va comunque negato facendo difetto l'adeguatezza, come ritenuto dall'assicuratore infortuni (cfr. doc. 250, pag. 8/9). 2.3.4. Nell'esaminare l'adeguatezza del legame causale, bisogna avantutto procedere alla classificazione dell'infortunio occorso al

ricorrente. Nel caso concreto l'assicurato si trovava presso l'officina di _____ della _____, quando in piedi su di un sollevatore elettrico (paletta di legno), ad un'altezza di 2 -2.5 metri dal suolo, ha perso l'equilibrio cadendo nel vuoto e riportando un trauma cranico con frattura della base cranica a livello del forame magno, un'emorragia subaracnoidea temporale destra, una contusione frontale a sinistra e una frattura instabile pluri-frammentaria di TH12 senza deficit neurologici (doc. 167). Alla luce della dinamica dell'incidente, l'infortunio occorso a RI 1 deve essere classificato nella categoria intermedia vera e propria, questo a prescindere dalle lesioni riportate dall'assicurato, ovvero un trauma contusivo cerebrale con frattura della base cranica a livello del forame magno, un'emorragia sub aracnoidea temporale destra, una contusione frontale a sinistra e una frattura instabile pluri-frammentaria di TH12 senza deficit neurologici (doc. 167, 219). L'Alta Corte nella sentenza 8C_584/2010 dell'11 marzo 2011 ha infatti evidenziato che per la valutazione della gravità dell'infortunio sono determinanti lo svolgimento evidente degli eventi come pure le forze che si sviluppano in quell'occasione, ma non invece le conseguenze dell'infortunio o le circostanze che lo hanno accompagnato, le quali non possono essere direttamente attribuite all'evento infortunistico: "(...) 4.2.2 Die Schwere des Unfalles bestimmt sich nach dem objektiv erfassbaren Unfallereignis und nicht nach den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 5.3.1). Immerhin können die erlittenen Verletzungen aber Rückschlüsse auf die Kräfte gestatten, die sich beim Unfall entwickelt haben (SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203, 8C_77/2009 E. 4.1.1; Urteil 8C_396/2009 vom 23. September 2009 E. 4.4.2). (8C_584/2010, pag. 3, la sottolineatura è del redattore)" Secondo la giurisprudenza, una normale caduta oppure scivolata va generalmente classificata tra gli infortuni leggeri con la conseguenza che l'adeguatezza del nesso causale tra il sinistro e i disturbi psichici deve essere senz'altro negata (DTF 115 V 133 consid. 6a). Sono per contro stati classificati nella la categoria intermedia propriamente detta sino a quella medio-grave, gli infortuni in cui l'assicurato é caduto da un'altezza di più metri riportando importanti lesioni oppure fratture (per una panoramica sulla giurisprudenza in materia di cadute, si veda la RAMI 1998 U 307 p. 449 consid. 3a). È stato infine classificato fra gli infortuni di media gravità al limite della categoria inferiore, il sinistro in cui un assicurato ha perso l'equilibrio, é caduto da un'impalcatura alta 1,2 metri e ha riportato una frattura calcaneare (cfr. RAMI 1998 U 307 p. 449). Il TFA ha deciso in questo stesso senso trattandosi della caduta di un operaio attraverso un lucernario con contusione dell'anca destra e distorsione del ginocchio destro, della caduta su una scala con una lieve frattura dislocata del setto nasale e grave commotio cerebri (STFA U 141/92 del 19 settembre

1994), nonché della caduta sulla soglia della porta con contusione dorsale e sospetta compressione vertebrale (DTF 123 V 137). A titolo di confronto il TCA, nella sentenza 35.2013.80 del 13 marzo 2014, ha proceduto ad un'identica classificazione per un assicurato caduto da un'altezza di circa due metri, mentre si trovava su di una scala a pioli con un trapano a percussione, procurandosi un trauma contusivo alla spalla destra. Questa Corte segnala che il Tribunale federale in una sentenza U 11/07 del 27 febbraio 2008 ha classificato nella categoria intermedia vera e propria il caso di un assicurato che, caduto da un'altezza tra i tre e i cinque metri, aveva riportato fratture multiple ai due piedi. Nella sentenza 35.2012.25 del 30 agosto 2012 il TCA ha classificato in questa categoria l'infortunio di un assicurato caduto da un tetto da un'altezza di 3.20 metri (distanza suolo-piedi) procurandosi fratture a livello del terzo prossimale della fibula della gamba destra e della IV e V costola a sinistra, una distrazione del deltoide in sede cucullare della spalla sinistra, nonché un trauma cranico lieve. Si veda anche la STFA U 3/03 del 4 settembre 2003, riguardante il caso di un assicurato che era caduto da un'altezza di 3/4 metri, riportando una frattura da compressione lombare, sinistro che la Corte federale ha inserito nella categoria degli infortuni di media gravità propriamente detta. 2.3.5. Per ammettere l'adeguatezza del nesso causale, secondo i criteri elaborati dall'Alta Corte ed appena esposti al consid. 2.3.2., 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 2010 UV Nr. 25 p. 100 seg., il TF ha ribadito che - in caso di infortuni che fanno parte della categoria di grado medio vera e propria - devono essere adempiuti almeno tre dei criteri di rilievo affinché possa essere riconosciuta l'esistenza del nesso causale adeguato. Nel caso concreto pur potendo riconoscere una certa spettacolarità e drammaticità all'evento in esame, gli atti all'inserto non giustificano di ritenere le circostanze concomitanti come particolarmente drammatiche o spettacolari ai sensi della giurisprudenza (STF 8C_579/2011 del 5 dicembre 2011, c. 3.5.; STF 8C_949/2008 del 4 maggio 2009, consid. 4.1. e 4.2.1.; STFA U 115/05 del 14 settembre 2005, consid. 2.4.). Quelle riportate dal ricorrente - in sostanza un trauma contusivo cerebrale e un trauma della colonna vertebrale (frattura instabile pluri-frammentaria di Th12) - sono da considerare delle lesioni organiche gravi, per le quali il criterio della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate ("die Schwere oder besondere Art der Verletzung") risulta adempiuto, ma non in maniera particolarmente incisiva (cfr. per un caso analogo, la sentenza 8C_137/2013 del 4 luglio 2013, in cui un assicurato, a seguito di un incidente della circolazione, ha riportato diverse fratture fra cui una contusione cerebrale. In quel caso il TF ha considerato adempiuto il criterio della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, ma non ha ritenuto che questo criterio fosse realizzato in maniera particolarmente incisiva: "(...) Angesichts der schweren Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit bei Contusio cerebri mit grosser Rissquetschwunde der Kopfschwarte, Hygrom beidseits und Verdacht auf Schädelbasisfraktur sowie der zusätzlich zugezogenen Verletzungen (offene Femurschaftfraktur links, Patellatrümmerfraktur links, Metacarpalefraktur II und III links) ist die Schwere oder besondere Art der Verletzung zu bejahen (vgl. etwa die Urteile 8C_263/2008 vom 20. August 2008 E. 3.3.3.3 und 8C_484/2007 vom 3. September 2008 E. 6.3.1); allerdings liegt das Kriterium nicht besonders ausgeprägt vor.") Nessun elemento all'inserto consente inoltre di ravvisare gli estremi per ammettere la presenza di una cura medica errata e notevolmente aggravante gli esiti dell'infortunio. Anche il criterio del decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute non è soddisfatto. 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 questo senso, un trattamento che serve unicamente a conservare le condizioni di salute già esistenti, non ha di principio rilevanza nel quadro dell'esame dell'adeguatezza (STFA U 246/03 dell'11 febbraio 2004 consid. 2.4s. e U 37/06 del 22 febbraio 2007 consid. 7.3). 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 e la prescrizione di manipolazioni anche se di una certa durata, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). Per il resto, anche la rilevanza del grado e della durata dell'incapacità lavorativa dovuta alle lesioni fisiche dell'infortunio dev'essere negata, ritenuto che nel rapporto d'uscita del 30 giugno 2011 della Clinica di riabilitazione di _____ (degenza dell'assicurato dal 25 maggio 2011 al 22 giugno 2011) i medici avevano ritenuto esigibile un lavoro di intensità media con richieste cognitive lievi (doc. 129). In tali condizioni, non occorre esaminare se l'ulteriore criterio suscettibile di eventualmente entrare in linea di considerazione, ossia quello della persistenza dei dolori somatici sarebbe realizzato, ritenuto che, alla luce di quanto precede, la sua presenza non basterebbe comunque, unitamente a quello della gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate, per ammettere l'esistenza del necessario nesso di causalità adeguata (cfr. pure RSAS 2001 pag. 431, U 187/95). Ne consegue che i disturbi psichici non vanno considerati in nesso di causalità adeguato con l'infortunio in esame. È quindi a ragione che l'assicuratore LAINF ha proceduto alla valutazione del caso, e alla quantificazione delle prestazioni di lunga durata, tenendo conto delle sole patologie di natura organica. 2.4. Disturbi agli avambracci e alla spalla sinistra, cervicgia cronica, cifosi della colonna dorsale superiore, scoliosi e lombalgia cronica: causalità con l'infortunio del 16 ottobre 2009? 2.4.1. Dalle tavole processuali emerge che l'Istituto assicuratore ha fondato la decisione di negare la propria responsabilità a proposito dei disturbi agli avambracci e alla spalla sinistra, sulla base dell'esame elettroencefalografico del 21 aprile 2010 della Dr.ssa _____ del Servizio di neurologia dell'Ospedale _____ di _____, la quale non ha rilevato, dal punto di vista neurologico, alcun deficit focale neurologico, nessuna debolezza agli arti superiori, nessun segno di mielopatia, né per uno stiramento del plesso. A mente della specialista si tratta probabilmente "di un'affaticabilità e astenia generalizzata, dovuta all'immobilità e al disallenamento" (doc. 67) Il TCA non ha ragione di scostarsi da questa valutazione, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici di senso contrario. Per quanto riguarda i restanti disturbi, il Dr. _____ nel rapporto del 17 febbraio 2012 (visita medica di chiusura del 9 febbraio 2012) ha posto la diagnosi non di competenza dell'assicuratore infortuni di "cervicgia cronica. Cifosi colonna dorsale superiore con deformazione a cuneo di diverse vertebre dorsali probabilmente su morbo di Scheuermann. Lieve scoliosi. Lombalgia cronica con discopatia degenerativa e spondilartrosi L4/L5" (doc. 167). Il medico di circondario ha quindi evidenziato, come postumi traumatici conseguenti al trauma cranico, una "residua cefalea frontotemporale ripetitiva di solo lieve entità e proba bilmente una lieve sindrome del lobo frontale con maggiore irritabilità e comportamento tendenzialmente aggressivo" (doc. 167). La valutazione neuropsicologica ha evidenziato un funzionamento cognitivo nella norma, mentre per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa-depressiva già è stato detto al consid. 2.3.4.. Il medico di circondario, per quanto riguarda la colonna cervicale e anche al passaggio cervicodorsale, nonché a livello della colonna dorsale alta, non ha

rilevato segni per postumi traumatici oggettivabili. A suo dire “ i disturbi con cervicalgia cronica recidivante e bloccaggio doloroso del cingolo scapolare e della colonna cervicale non sono oggettivabili e spiegabili con una alterazione strutturale anatomica ” (doc. 167, pag. 7). Anche i riferiti dolori lombosacrali sono solo parzialmente spiegabili tramite RM evidenziata discopatia e spondilartrosi a livello L4/L5. Anche a livello della colonna lombare non si riscontrano segni per postumi traumatici (doc. 167, pag. 7). Secondo il Dr. _____, in assenza di postumi traumatici oggettivabili a livello della colonna cervicale, alla colonna dorsale superiore e alla colonna lombare e al cingolo scapolare non si può più ammettere una relazione causale almeno probabile tra la riferita cervicalgia rispettivamente lombalgia e l'infortunio del 16 ottobre 2009 (doc. 167, pag. 7). Su questo punto va rilevato che secondo una costante giurisprudenza, in materia di assicurazione contro gli infortuni, i disturbi risentiti dall'assicurato vengono di principio presi in considerazione (ad esempio, nell'ambito della valutazione della sua capacità lavorativa) soltanto nella misura in cui procedono da un danno alla salute oggettivamente dimostrabile . Nei casi in cui i dolori avvertiti da un assicurato non possono trovare una sufficiente correlazione sul piano oggettivo, la decisione non può che essere sfavorevole all'interessato (cfr., in questo senso le DTF 139 V 547 e DTF 137 V 64, la STCA 35.2005.94 del 24 aprile 2006, 35.2002.4 del 22 settembre 2003, 35.2003.26 del 28 luglio 2003, 35.1999.90 del 13 settembre 2001, confermata dal TFA con sentenza U 347/01 del 9 gennaio 2003, 35.1998.57 del 21 settembre 2000, confermata dal TFA con giudizio U 429/00 del 13 marzo 2001, 35.1998.61 del 22 febbraio 1999 e 35.1998.10 del 19 febbraio 1999). L'insorgente ha poi sottolineato che le “ patologie sono tutte comparse dopo l'incidente; pertanto appare evidente che sono necessariamente da mettere in relazione con l'evento del 16 ottobre 2009 ” (doc. 193). Il TCA rileva che la regola “ post hoc ergo propter hoc ” (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio (cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: “ Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ... ”; sul tema vedi pure: D. Cattaneo, "Gli errori più frequenti delle perizie mediche nelle assicurazioni sociali", in RtiD II-2013 pag. 505 seg.(513-514); Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 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). Anche le conclusioni della Dr.ssa _____, specialista in medicina legale, quindi non nella materia che qui ci occupa, nel rapporto del 15 gennaio 2014 (doc. A2), non permettono una diversa valutazione del caso. Il medico curante ha ritenuto ascrivibili all'infortunio del 2009 i dolori cervicali e alla spalla sinistra, senza tuttavia fornire argomentazioni mediche tali da mettere in dubbio la valutazione degli specialisti dell'CO 1. 2.5. Entità della rendita di invalidità 2.5.1. Secondo 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. 2.5.2. 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 che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in

generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p. 270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). 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 . 2.5.3. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata, l'assicuratore LAINF ha attribuito all'assicurato una rendita di invalidità del 37%, sulla base della valutazione medica del Dr. _____ (doc. 167) e successivamente del Dr. _____ (doc. 235). Il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e medico di circondario, nel rapporto del 17 febbraio 2012, ha posto la seguente diagnosi: "(...) lieve cefalea frontotemporale a sinistra post-traumatica. Lieve disturbo comportamentale probabilmente su sindrome del lobo fron tale. Dorsalgia cronica. Trauma da caduta (16.10.2009) con trauma cranico con frattura della base cranica a livello del foramen magno, emorragia subaracnoidea temporale destra e contusione frontale a sinistra, con frattura instabile da scoppio D12 senza deficit neurologici. Cifoplastica D12 e stabilizzazione posteriore D11/L1 (26.10.2009)." (doc. 167). Per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa il medico di circondario ha concluso che l'attività lavorativa svolta

prima dell'infortunio non sarà più possibile, ma in un'attività adeguata al deficit funzionale di origine traumatica a livello della colonna dorso-lombare sarebbe esibibile in misura completa. Il medico ha quindi esposto i seguenti limiti: " (...) l'assicurato può sollevare e portare fino all'altezza dei fianchi pesi molto leggeri fino a 5 kg senza limitazione, pesi leggeri da 5 a 10 kg talvolta, pesi medi da 10 a 25 kg di rado e pesi pesanti oltre 25 kg mai. L'assicurato può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg spesso e pesi oltre 5 kg di rado. Il maneggio di attrezzi leggeri rispettivamente lavori di precisione sono possibili senza limitazioni, maneggio di attrezzi medi possibile molto spesso, maneggio di attrezzi pesanti rispettivamente lavoro manuale rozzo possibile solo di rado e maneggio di attrezzi molto pesanti non più possibile. Nessuna limitazione per la rotazione della mano. L'assicurato può eseguire lavori sopra la testa spesso. Rotazione del tronco possibile solo talvolta. L'assicurato può assumere la posizione seduta e inclinata in avanti di rado. Può assumere la posizione in piedi e inclinata in avanti solo di rado. Posizione inginocchiata possibile senza limitazioni e flessione della ginocchia senza limitazioni. L'assicurato può assumere la posizione seduta di lunga durata talvolta e può anche assumere la posizione in piedi e di lunga durata talvolta. Può assumere la posizione di libera scelta molto spesso. L'assicurato può camminare oltre i 50 m senza limitazioni, può camminare per lunghi tratti solo talvolta. Può camminare su terreno accidentato solo di rado. Può salire le scale molto spesso. Può salire su scale a piolo solo di rado. Uso delle due mani possibile senza limitazione. L'assicurato non può più lavorare in ambito rumoroso, non può più eseguire lavori che richiedono un'alta concentrazione o concentrazione di lunga durata." (doc. 167).

Dopo l'esecuzione di un RM cerebrale, in data 5 febbraio 2013 (doc. 219), e una valutazione neuropsicologica, il 24 gennaio 2013 (doc. 218, 232), il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, nel rapporto del 23 maggio 2013 ha concluso che, in considerazione della lesione cerebrale, l'assicurato è in grado di esercitare un'attività lavorativa medio-pesante, in posizione alternata e senza esigenze importanti dal lato cognitivo, sull'arco di una giornata intera con la diminuzione del rendimento del 10%: " Dem Versicherten ist eine ganztägige wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeit mit leichten kognitiven Anforderungen zumutbar. Eine leichte Minderung des Rendements um 10% wegen eines möglicherweise erhöhten Pausenbedarfes bei Schmerzen ist zuzugetehen " (doc. 235).

2.6. Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ha motivo di dubitare della correttezza delle conclusioni, ben motivate e convincenti, del Dr. _____ e del Dr. _____. Dal profilo ortopedico, l'CO 1 ha interpellato anche il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologica, il quale nella valutazione del 4 dicembre 2013 ha confermato le conclusioni della valutazione ortopedica sia del Dr. _____ che di quella della Clinica di riabilitazione di _____ (doc. 249). Dal punto di vista neuropsicologico, nel rapporto del 30 giugno 2011 della Clinica di riabilitazione di _____ (degenza dal 25 maggio al 22 giugno 2011) viene indicata una riduzione del rendimento di media gravità a seguito di un disturbo neuropsicologico funzionale, la cui causa è una lesione cerebrale organica. Secondo i medici della Clinica di _____ (Dr. _____ e Dr. _____), anche nell'ambito di professioni con ridotte richieste cognitive, la capacità funzionale potrebbe essere nettamente compromessa (doc. 157). Tuttavia, nella propria valutazione neurologica del 23 maggio 2013 il Dr. _____ ha debitamente chiarito le ragioni per le quali egli si distanzia dalle conclusioni dei medici della Clinica di _____: " Bei mehrfach erhobenen neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Testungen konnten allenfalls minimale bis leichte Auffälligkeiten, möglicherweise auch im Kontext einer Reaktion auf

Schmerzentwicklung bei dem Versicherten gezeigt werden, dieses erscheint mir gut vereinbar mit der minimalen Läsion, welche frontal rechtsseitig als Residuum im MRI vom 05.02.2013 dokumentiert ist. Die Ergebnisse aus der Rehaklinik _____ erklären sich möglicherweise durch die Überlagerung mit diversen Gefühlen, Apathie, auch Druck und Angst den Führerschein zu verlieren, möglicherweise auch einer Verdeutlichungstendenz in einer fremdsprachigen Umgebung (obschon die neuropsychologische Testung selbst italienisch sprachig durchgeführt wurde). Leider sind in der Rehaklinik _____ keine Symptomvalidierungstest durchgeführt worden um tatsächlich Einblick in die Leistungsbereitschaft und Motivation des Versicherten zu diesem Zeitpunkt zu erlangen. Ich gehe davon aus, dass die zuletzt im Ospedale _____ di _____ 04.03.2012 erhobenen neuropsychologischen Befunde valide sind. Die gesehenen Persönlichkeitsveränderungen müssen auch im Kontext und vor dem Hintergrund der vorbestehenden Lebenssituation des Versicherten sowie von chronischen Schmerzen interpretiert werden. Dieses ist bereits vom Psychiater Dr. Daguet festgestellt worden. Grundsätzlich ist eine relevante Verbesserung der kognitiven Funktionen nicht mehr zu erwarten, insoweit ist also ein Endzustand eingetreten" (doc. 235) Queste conclusioni chiare e convincenti possono essere fatte proprie dal TCA. Successivamente alla degenza dell'assicurato presso la Clinica di riabilitazione di _____ (dal 25 maggio al 22 giugno 2011) RI 1 è stato sottoposto ad una risonanza magnetica in data 5 febbraio 2013 presso l'Ospedale _____ di _____ che ha messo in evidenza l'assenza di lesioni ischemiche recenti e segni di masse intracraniche. Non sono stati evidenziati processi edemigeni encefalici, mentre si sono riscontrati " minimi esiti gliotico-malacici cortico-sottocorticali in corrispondenza della porzione più anteriore del giro retto di destra e minuti esiti contusivi corticali nel giro sovraorbitario di destra (5 mm) ". Dal referto non emergono inoltre raccolte extra-assiali o lesioni assonali. Risultano normali i ventricoli e gli spazi liquorali periencefalici. Non vi sono ernie cerebrali (doc. 219). Il Dr. _____, vice-primario di neurologia, ha concluso indicando che i reperti descritti nel giro retto di destra e nel giro sovra orbitario frontale di destra sono compatibili con esiti traumatici contusivi cerebrali in fase cronica (doc. 219). Come visto, nella propria valutazione neurologica del 23 maggio 2013, il Dr. _____ ha fatto riferimento alla valutazione del 5 febbraio 2013 dell'Ospedale _____ di _____, ritenuta più attendibile di quella della Clinica di riabilitazione di _____, per concludere che l'assicurato è in grado di svolgere sull'arco di un'intera giornata un'attività adeguata con una riduzione del rendimento del 10%. Non permette una diversa valutazione della fattispecie la relazione medica della Dr.ssa _____, la quale ha stimato un danno alla capacità lavorativa " che non può stimarsi in misura inferiore al 50% della totale " (doc. A2). Il medico curante non ha tuttavia esposto argomenti medico-scientifici tali da mettere in dubbio le valutazioni del Dr. _____ e del Dr. _____. Il ricorrente ha poi criticato le conclusioni dell'CO 1, alla luce anche del rapporto del 18 giugno 2012 del Centro d'accertamento professionale (CAP) di _____, secondo cui RI 1 potrebbe concretizzare un reinserimento lavorativo " attorno al 50%" (doc. 193). Su questo punto, come indicato anche dall'CO 1 nella risposta di causa (cfr. doc. III), la giurisprudenza del TF ritiene più oggettive le valutazioni mediche piuttosto che le constatazioni svolte nell'ambito di un stage professionale (cfr. su questo punto la sentenza 9C_854/2010 del 30 dicembre 2010 e I 762/02 del 6 maggio 2003: " (...) Au demeurant, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments

subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage."). Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, un'attività lavorativa medio-pesante, in posizione alternata e senza esigenze importanti dal lato cognitivo, sull'arco di una giornata intera con la diminuzione del rendimento del 10%. 2.7. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. 2.7.1. Quanto al reddito da valido , secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute RI 1, quale carrozziere , nel 2012 avrebbe realizzato un reddito annuo di fr. 75'400.--. Questo dato, non contestato (doc. I) e desunto dalle informazioni fornite direttamente dal datore di lavoro (cfr. scritto 24 febbraio 2012, doc.174), può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. 2.7.2. 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.

2.7.3. Dalle tavole processuali risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 62'420.02 il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1, livello di qualifica 4, aggiornato al 2012, e operando successivamente una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale sul salario di fr. 56'178.-- (90% di fr. 62'420.02), giungendo così all'importo di fr. 47'751.30 (doc. 250). 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 da quantificare, come fatto dall'amministrazione, in +1,0% per il 2011 e +1,0% per il 2012, si ottiene un reddito annuo di fr. 62'393.89. L'assicurato, quale carrozziere, avrebbe realizzato nel 2012 un reddito annuo di fr. 75'400.-- per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente: Tabella TA 1 2010, p.to 45 " Commercio e riparazione di autoveicoli ", livello di qualifica 4: fr. 4'635.-- riportato su 41.6 ore/settimana = fr. 4'820,4 x 12 mesi = fr. 57'844,8 che aggiornato al 2012 è pari a fr. 59'007.48. Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008. 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 15% sul reddito statistico da invalido per la necessità di pause aggiuntive (vedi Dr. _____). 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 15%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il reddito da invalido di fr. 62'393.89

ridotto del 10% (diminuzione del rendimento) e tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta dunque a fr. 47'731.32. Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 47'731.32 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 75'400.-- (cfr. consid. 2.7.1.) - è del 36,6%, arrotondato al 37% 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 37%, il suo ricorso deve essere respinto su questo punto.

2.8. Diritto all'indennità per menomazione all'integrità 2.8.1. 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).

2.8.2. 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. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.8.3. 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). 2.8.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.8.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____, ha, in un primo momento, valutato in un 10% la menomazione all'integrità di cui è portatore il ricorrente. Il Dr. _____ ha espresso la seguente valutazione: "Considerando la sintomatologia algica anche a riposo e aumento dei dolori sotto carico nonché il buon allineamento della spondilodisi la situazione è compatibile secondo la tabella 7.2 con un disturbo algico ++ sotto cifra 1 frattura inclus spondilodisi con deformazione fino a 10° corrisponde ad un tasso tra il 5% e il 10% e a causa della componente algica si sceglie il valore massimo del 10% per i postumi traumatici alla colonna dorsale" (doc. 166). Valutazione confermata anche dal Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, nella valutazione ortopedica-traumatologica del 4 dicembre 2013 (doc. 249): "Die Integritätseinbusse bezogen auf die Wirbelsäulenbeschwerden, wie sie Dr. _____ im Rahmen der Abschlussuntersuchung am 09.02.2012 einschätzte, nämlich 10%, ist aus orthopädisch-chirurgischer und traumatologischer nachvollziehbar und begründet. Mit der Berücksichtigung der Schmerzstufe ++ ist die Schätzung der tabellarischen Obergrenze (5-10%) beim Zustand nach Spondylodese und nur geringem Kyphosewinkel unter 10° maximal ausgeschöpft" (doc. 249). Il tasso complessivo dell'IMI è quindi stato portato al 20%, in considerazione della valutazione neurologica del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, che nel rapporto del 23 maggio 2013 ha rilevato una disfunzione cerebrale da minima a moderata che giustifica un ulteriore 10%: "Der Versicherte hat eine traumatische Hirnverletzung mit einer frontalen kleinen Kontusionsblutung, Schädelbasisfraktur und traumatischer Subarachnoidalblutauflagerung rechts temporal erlitten. Als dauerhafte Folge lassen sich heute allenfalls noch minimale bis leichte neuropsychologische Störungen als Folge der erlittenen Hirnverletzung dokumentieren, diese entspricht einem entschädigungspflichtigen Integritätsschaden von 10%. Zusammen mit dem aus orthopädischer Sicht vorformulierten Integritätsschaden ergibt sich ein Gesamtintegritätsschaden zum heutigen Zeitpunkt zu 20%" (doc. 235).

2.8.6. Deve innanzitutto essere precisato che l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche. Ciò significa che per tutti quegli assicurati che presentano uno stesso status medico, la menomazione all'integrità sarà la medesima; essa è, in effetti, stabilita in maniera astratta, uguale per tutti. In altri termini, l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.). In questo senso le sofferenze soltanto soggettive patite dall'assicurato, non possono essere prese in considerazione nella valutazione dell'indennità per menomazione all'integrità. Nel caso di specie, questa Corte, chiamata a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, non vede alcun

valido motivo per scostarsi dalla valutazione formulata dal Dr. _____ e da quella del Dr. _____. La Dr.ssa _____, nella relazione medica del 15 gennaio 2014, ha quantificato al 40% l'indennità per menomazione all'integrità, senza tuttavia portare argomenti medico-scientifici sufficienti a far dubitare della fondatezza delle conclusioni dei medici dell'CO 1. Infatti, il Dr. _____ e il Dr. _____ hanno diffusamente spiegato le ragioni per le quali si giustifica un'IMI del 20%. A titolo abbondanziale, va rilevato a titolo di esempio, che un'indennità del 35% viene corrisposta in caso di amputazione di una gamba sotto l'altezza del ginocchio, mentre un'indennità del 30% viene corrisposta in caso di perdita completa di un piede sotto la caviglia (cfr. Tabella 4, edita dalla Divisione di medicina assicurativa dell'INSAI), menomazioni decisamente più importanti rispetto a quella presentata dall'assicurato. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata deve essere confermata anche per quanto riguarda l'entità dell'IMI assegnata all'assicurato.

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