

TI_GERICHTE 35.2015.59 vom 4. Februar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-02-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2015.59

FR: TI_GERICHTE 35.2015.59 du 4 février 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2015.59 del 4 febbraio 2016

Erwägungen

E. 19

cpv. 1 LAINF, é tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata e con esame del diritto a una rendita di invalidità e a un■IMI). Tale momento é dato quando dalla continuazione della cura medica non vi é più da attendersi dei notevoli miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell■assicurazione per l■invalidità si sono conclusi(cfr.DTF 134 V 109consid.4.3 con riferimenti).

Nel caso concreto, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell■AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell■insorgente.

Nel rapporto del 2 ottobre 2013, a margine della visita medica di chiusura di medesima data, la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha proposto di attendere il più a lungo possibile per un intervento di protesi totale all■anca sinistra (come indicava anche il Dr. _____), mentre per il ginocchio sinistro non ha ritenuto necessario indicare terapie specifiche. Ella ha quindi ritenuto stabilizzata la situazione e considerato l■assicurato abile al 100% nei limiti funzionali indicati (doc. 315).

2.4.10.Nel valutare l'adeguatezza del legame causale ai sensi della prassi sviluppata nella DTF 115 V 133, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell■infortunio di cui l■assicurato é rimasto vittima il 12 luglio 2009.

Dal rapporto di polizia agli atti risulta la seguente dinamica:

Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_746/2008 del 17 agosto 2009 consid. 5.1.2, ha giudicato allo stesso modo l■incidente della circolazione in cui un assicurato, in sella alla propria motocicletta, si era scontrato frontalmente con un■autovettura che circolava in senso opposto. In quella pronunzia, l■Alta Corte ha in particolare precisato che la classificazione fra gli infortuni di grado medio al limite di quelli gravi si giustificava soprattutto poichè, a differenza della collisione tra due automobili aventi circa la stessa massa, in caso di scontro frontale tra un■autovettura e una moto, quest■ultima assorbe la stragrande maggioranza della velocità d■impatto, con trasmissione al motociclista delle forze che ne derivano.

Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione é da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non é tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell■infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne é conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1).

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'espletto delle 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, laSTFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e laSTFA 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).

Specifiche 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.

2.7. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata l'assicuratore LAINF ha negato all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità fondandosi - dal profilo medico - sulla valutazione del 2 ottobre 2013 della Dr.ssa _____ (doc. 315).

In occasione della visita medica di chiusura del 2 ottobre 2013 la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha posto la seguente diagnosi:

■()

La Dr.ssa _____ ha quindi indicato che l'assicurato è abile al lavoro al 100% da subito, con le seguenti limitazioni:

"()

2.8. Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ha alcun valido motivo per discostarsi dalla valutazione dell'esigibilità lavorativa enunciata dal chirurgo ortopedico Dr.ssa _____ (e fatta propria dall'amministrazione), ragione per la quale tenuto conto del danno infortunistico di natura ortopedica, RI 1 va ritenuto totalmente abile

in attività leggere adeguate.

Il ricorrente ha contestato la valutazione del medico _____ sulla base del certificato medico del 27 maggio 2014 del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e dunque non specialista nella materia che qui ci occupa, il quale non ha in sostanza posto una diagnosi divergente da quella della Dr.ssa _____ indicando che il paziente soffre di dolori cronici al ginocchio e all'anca sinistra, oltre che della psicopatologia post-traumatica. Egli ha quindi indicato una capacità lavorativa del 50% dal solo profilo ortopedico (doc. F).

Le conclusioni del medico curante, seppur divergenti unicamente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa residua, non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico di circondario e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessato ha sulla sua capacità di lavoro.

L'insorgente ha quindi menzionato il rapporto medico del 18 giugno 2013 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha indicato una capacità lavorativa del 50% per le cefalee (cfr. doc. I, pag. 7). Tuttavia, lo specialista, dal punto di vista ortopedico, ha precisato che sia a livello di ginocchio che di anca la capacità lavorativa è piena in attività adeguata:

Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera.

2.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico.

2.9.1. Quanto all'reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute RI 1, quale scalpellino, nel 2013 avrebbe realizzato un reddito annuo di fr. 65'189.-- (doc. 337, 346).

Questo dato, non contestato (doc. I), e desunto dalle informazioni fornite direttamente dal datore di lavoro, può senz'altro essere fatto proprio dal TCA.

2.9.2. 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.

2.9.3. Dalle tavole processuali risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 65'633.34 il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1 2012, livello di qualifica 1, aggiornato al 2013, e operando successivamente una decurtazione del 6,37% per il gapsalariale e del 15% a titolo di deduzione sociale, giungendo così all'importo di fr. 52'034.-- (doc. 408).

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 2012 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. 5'210.--.

Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 6-2013, p. 90) esso ammonta a fr. 5'431.42 mensili oppure a fr. 65'177.10 per l'intero anno (fr. 5'431.42 x 12).

Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2013 (+0,7% cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), un reddito annuo di fr. 65'633.34.

L'assicurato, quale scalpellino avrebbe realizzato nel 2013 un reddito annuo di fr. 65'189.-- per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 73'554.60; cfr. Tabella TA1 2012, p.to 05-09 Attività estrattiva, livello di qualifica 1: fr. 5'810.-- riportato su 42.2 ore/settimana = fr. 6'129.55 x 12 mesi = fr. 73'554.60 e aggiornato al 2013 (l'indice nominale non ha però subito variazione, cfr. doc. 408).

In casu, in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 2.9.2. in fine, il reddito statistico da invalido (fr. 65'633.34) va ridotto del 6,37%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%) e si attesta pertanto a fr. 61'452.49 (risultato intermedio).

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 (doc. 408, 409), mentre il ricorrente ha postulato una riduzione del 20% viste le gravi limitazioni e la necessità di cambiare professione (cfr. doc. I, pag. 10).

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. 61'452.49, tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta dunque a fr. 52'234.61

Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 52'234.61 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 65'189.-- (cfr. consid. 2.9.1.) risulta del 19,8%, arrotondato al 20% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41).

2.10. Diritto all'indennità per menomazione all'integrità

2.10.1. 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).

2.10.2. 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).

2.10.3. 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 48p. 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).

2.10.4. 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).

2.10.5. L■assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____ Dr.ssa _____ ha attribuito al ricorrente un■IMI del 15% (cfr. doc. 314, 409).

In occasione della visita medica di chiusura del 2 ottobre 2013, la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha espresso la seguente valutazione:

■()

Nel caso di specie, ricordato che entra in linea di conto il danno infortunistico all■anca e al ginocchio sinistro, questa Corte, chiamata a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, non vede alcun valido motivo per scostarsi dalla valutazione formulata dalla Dr.ssa N_____t_____er.

Le argomentazioni del ricorrente non possono essere condivise. La richiesta di un■IMI del 40% non è infatti sostenuta da alcun argomento medico-scientifico pertinente.

In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all■insorgente è stata attribuita un■IMI del 15%.

E. 44

LPGA, negli altri casi valendo quanto previsto dall'art. 42 LPGA, che stabilisce che le parti non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione (cfr. Ulrich Meyer, *Ausgewählte Schriften, Verfahrensfragen/Die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht*, 2013). Nel merito 2.3. Oggetto della lite sono l'entità della rendita di invalidità e l'indennità per menomazione dell'integrità spettanti all'assicurato. Preliminarmente, il TCA è tenuto a esaminare se i dolori occipitali e i disturbi psichici, correlano con un danno alla salute oggettivabile e, nella negativa, a valutare l'adeguatezza del nesso causale con il sinistro assicurato. 2.4. Dolori occipitali (neuropatia) e disturbi psichici: 2.4.1. 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 (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: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa 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. 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).

2.4.3. 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 è generalmente ammesso, dal momento in cui è 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 è 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).

2.4.4. In presenza di un infortunio del tipo "colpo di frusta" alla colonna cervicale, di un trauma equivalente oppure di un trauma cranio-cerebrale, senza prova di deficit funzionale organico, i criteri della causalità adeguata devono essere esaminati senza differenziare le componenti psichiche da quelle somatiche, e ciò contrariamente a quanto avviene trattandosi di disturbi psichici insorti a seguito di un infortunio, per i quali vanno considerati unicamente gli aspetti organici (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 e SVR 2007 UV 8 p. 27, consid. 2ss.).

2.4.5. Nella DTF 134 V 109, già citata in precedenza, il Tribunale federale ha precisato, da più punti di vista, la propria giurisprudenza riguardante la valutazione della causalità in caso di disturbi organici non oggettivabili e, specificatamente, quella elaborata in materia di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi

cranio-cerebrali. In quel giudizio, l'Alta Corte ha innanzitutto confermato la necessità di procedere a un esame particolare dell'adeguatezza in presenza di infortuni che hanno comportato tali lesioni (consid. 7-9). Il Tribunale federale ha inoltre stabilito che non vi è ragione di modificare i principi relativi alla classificazione degli infortuni a seconda del loro grado di gravità e all'eventuale presa in considerazione di ulteriori criteri nell'esame dell'adeguatezza a dipendenza della gravità dell'infortunio (consid. 10.1). La Corte federale ha invece accresciuto le esigenze relativamente alla prova dell'esistenza di una lesione in relazione di causalità naturale con l'infortunio (consid. 9) e ha modificato in parte i criteri di rilievo per l'adeguatezza (consid. 10). Per quanto riguarda il nesso di causalità naturale, il TF ha segnatamente ricordato che, accanto ai casi in cui un chiaro miglioramento dello stato di salute subentra già dopo breve tempo e che perciò pongono raramente dei problemi nell'applicazione del diritto, vi sono i casi in cui i disturbi perdurano più a lungo, sino alla loro cronicizzazione. Per questi ultimi, è indicato disporre rapidamente - di regola dopo circa sei mesi di persistenza dei disturbi -, una perizia pluri-/interdisciplinare (di tipo neurologico/ortopedico, psichiatrico e, eventualmente, neuropsicologico; in caso di questioni specifiche e per escludere diagnosi differenziali sono pure indicati accertamenti otoneurologici, oftalmologici, ecc.), allestita da medici specialisti che godono di un'esperienza specifica con questo genere di lesioni. Relativamente alla causalità adeguata, l'Alta Corte ha rielaborato i criteri di rilievo, principalmente quelli che contengono una componente temporale e, in secondo luogo, quelli che nella pratica si sono dimostrati troppo poco chiari. Il relativo nuovo elenco si presenta quindi nel modo seguente: - le circostanze concomitanti particolarmente drammatiche o la particolare spettacolarità dell'infortunio; - la gravità o particolare caratteristica delle lesioni lamentate; - la specifica cura medica protratta e gravosa; - i notevoli disturbi; - la cura medica errata che aggrava notevolmente gli esiti dell'infortunio; - il decorso sfavorevole della cura e le complicazioni rilevanti intervenute; - la rilevante incapacità lavorativa malgrado la dimostrazione degli sforzi compiuti. Nonostante ciò che precede, la giurisprudenza citata al considerando 2.2.4. (DTF 115 V 133 e 403) si applica anche in caso di traumi d'accelerazione al rachide cervicale, di traumi equivalenti oppure di traumi cranio-cerebrali, se i disturbi psichici insorti dopo l'infortunio appaiono chiaramente come un danno alla salute distinto e indipendente dal quadro clinico tipico consecutivo a un trauma d'accelerazione al rachide cervicale, a un trauma equivalente oppure a un trauma cranio-cerebrale (cfr. RAMI 2001 U 421 p. 79 consid. 2b). 2.4.6. La più recente giurisprudenza federale applica la prassi relativa all'evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio nei casi in cui l'esistenza dei disturbi denunciati dalla persona assicurata è sì stata attestata da medici specialisti, ma non oggettivata mediante accertamenti strumentali e radiologici scientificamente riconosciuti. Secondo l'Alta Corte, in quei casi, l'assenza di postumi organici oggettivabili non esclude a priori l'esistenza di un nesso di causalità naturale con l'evento traumatico in questione (cfr. SVR 2012 UV n. 5 p. 17ss. consid. 5.1 e riferimenti ivi menzionati). L'esame della causalità naturale viene però momentaneamente sospeso, per procedere a un esame particolare dell'adeguatezza del nesso causale. Se da tale esame emerge non essere dato il necessario nesso di causalità adeguata, si può rinunciare a esperire ulteriori indagini sulla questione della causalità naturale tra l'infortunio e i disturbi lamentati (DTF 135 V 465 consid. 5.1). Ad esempio, questo principio è stato applicato dall'Alta Corte in una sentenza 8C_267/2009 del 26 gennaio 2010 consid. 4.3, riguardante dei disturbi visivi denunciati da un assicurato che era stato spinto contro un muro da una terza persona. Ammessa l'esistenza del nesso di

causalità naturale in quanto attestata da due neuro-oftalmologi attivi a livello universitario e constatata la mancata oggettivazione di un danno alla salute organico, il TF ha esaminato il caso dal profilo della causalità adeguata in applicazione della “psico-prassi” (e non di quella relativa ai traumi cranio-cerebrali siccome l’assicurato aveva lamentato una semplice contusione cranica), per giungere alla conclusione che l’adeguatezza non era data. In una sentenza 8C_291/2012 dell’11 giugno 2012, la Massima Istanza ha deciso in questo stesso modo, a proposito di una fattispecie in cui i disturbi lamentati dall’assicurato all’arto inferiore sinistro, riferibili secondo gli specialisti a un dolore neuropatico provocato dall’infortunio, non avevano potuto essere oggettivati né neurologicamente né mediante esami strumentali per immagini. Infine, nella DTF 138 V 248, il Tribunale federale, modificando la propria giurisprudenza, ha stabilito che in presenza di acufeni non attribuibili a un’affezione organica oggettivabile, il nesso di causalità adeguata con l’infortunio non può essere ammessa senza aver fatto l’oggetto di un esame particolare, al pari di quanto avviene per altri quadri clinici senza prova di deficit organico. 2.4.7. Dalle carte processuali risulta che l’assicuratore convenuto ha ritenuto che la neuropatia del nervo occipitale a sinistra e i disturbi psichici non correlano con un danno alla salute oggettivabile (cfr. doc. 409). In occasione dell’infortunio del 12 luglio 2009, RI 1 ha riportato un trauma cranico commotivo (doc. 18). Nel rapporto del 24 novembre 2009 il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, ha ricondotto i disturbi dell’assicurato alla regione parietale sinistra ad una “ lieve neuropatia del nervo grande occipitale, presumibilmente per un danno diretto del nervo durante il trauma ”. Essendo la situazione abbastanza gestibile, il neurologo non ha prescritto un trattamento farmacologico (doc. 97). Nel successivo scritto del 9 agosto 2010 il Dr. _____ ha rilevato una “ ipoestesia abbastanza ben delimitata nel territorio di innervazione del nervo grande occipitale sinistro e parzialmente del nervo piccolo occipitale con in più un dolore alla pressione del nervo al punto di Arnold ” (doc. 119). Il neurologo ha rivisto l’assicurato nel gennaio 2011 e nel referto datato 14 gennaio 2011 ha indicato una ipoestesia nel territorio di innervazione del nervo grande occipitale sinistro ed un chiaro dolore alla palpazione del nervo nel suo punto di fuoriuscita al punto di Arnold. Il Dr. _____ non ha rilevato alcun deficit neuropsicologico e ha concluso ritenendo che “ questi problemi di memoria siano una conseguenza diretta dei dolori e dello stato depresso del paziente, senza base organica ” (doc. 176, la sottolineatura è del redattore). Con lo scritto del 31 maggio 2012 il Dr. _____ ha indirizzato il paziente al Dr. _____ del Centro del dolore dell’Ospedale _____ di _____. Egli è poi ritornato sui dolori sofferti dall’assicurato rilevando come sia possibile anche una sovrapposizione funzionale con i problemi al ginocchio sinistro. Per quanto riguarda la patologia endocranica lo specialista non ha “ nessun riscontro clinico ”. La MRI cerebrale ha messo in evidenza uno “ stato dopo shearing injury con piccoli focolai residuali in sede frontale bilateralmente, quadro che sicuramente non spiega il dolore accusato dal paziente e anche difficilmente i disturbi mnesici accusati, comparsi solo diversi mesi dopo l’incidente e presumibilmente di origine psicologica ” (doc. 191). Su richiesta dell’assicurato (cfr. rapporto di visita medica circondariale del 21 novembre 2012, doc. 275), l’CO 1 ha predisposto un nuovo accertamento medico relativo ai dolori occipitali. Nel rapporto del 21 gennaio 2013 il Dr. _____ della _____ di _____ ha posto la diagnosi di “ Chronische linksseitige Kopfschmerzen mit nahezu täglichen Exazerbationen ausgehend von occipital links und Sensibilitätsstörungen Kopfhälfte links • DD Nervus occipitalis Neuropathie, aufgetreten im Anschluss an Motorradunfall mit comotio cerebri am 12.07.2009 ” (doc. 287). Lo specialista della _____ ha messo in evidenza

l'impossibilità di chiarire l'origine dei dolori craniali. E meglio: "(...) In der heutigen Untersuchung ist aus neurologischer Sicht der Befund im Bereich des Kopfes normal mit Ausnahme an eine angegebene Berührungshypästhesie, die sich zum einen mit dem Versorgungsgebiet des Nervus occipitalis major und minor deckt, andererseits partiell auch mit dem Versorgungsgebiet des 1. Astes des Nervus trigeminus. Der Verlauf des Nervus occipitalis links ist druckdolent. Die Untersuchung der oberen HWS ist unauffällig, insbesondere ohne Provokation typischer linksseitiger Kopfschmerzen. Der Hirnnervenbefund ist normal. Das MRI vom Schädel, durchgeführt am 27.05.2011 ist normal, vor allem ohne Hinweise auf eine Läsion des N. trigeminus. Die Röntgenbefunde der HWS vom Konsultationstag zeigen keine richtungweisenden Befund. Eine eindeutige diagnostische Zuordnung der Schmerzen ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Eine Neuropathie des Nervus occipitalis major und minor ist unter Berücksichtigung des Untersuchungsbefundes und der Anamnese vorstellbar, auch die Schmerzausstrahlung in das Versorgungsgebiet des 1. Astes des N. trigeminus (Erklärung mit zervikotrigeminalen Komplex?). Ob sich damit jedoch das Vollbild des Kopfschmerzsyndroms links erklären lässt, bleibt offen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind meines Erachtens in dieser Situation ausgeschöpft. Infiltrationen empfehle ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr, zumal solche bereits in den Sommermonaten 2012 durchgeführt wurden. Antineuropathische Schmerzmedikamente (Lyrica, Cymbalta, Opiate) wurden oder werden bereits eingesetzt. Die Arbeitsfähigkeit ist eingeschränkt aus rein neurologischer Sicht durch die Kopfschmerzen nicht" (doc. 287, la sottolineatura è del redattore). In sede di opposizione, l'CO 1 ha interpellato il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale alla domanda se i disturbi alla testa, rispettivamente la neuropatia del nervo occipitale possono essere spiegati dal lato organico ha risposto negativamente: " Eine unfallbedingte organische Grundlage für eine Neuropathie des Nervus okzipitalis links ist abgestützt auf die zur Verfügung stehende Dokumentation nicht nachweisbar. Der Kausalzusammenhang einer Nervus okzipitalis Neuropathie links zum Unfall vom 12.07.2009 ist höchstens möglich" (doc. III1, pag. 9)." Trattandosi dello stato psichico, agli atti figura il referto del 28 marzo 2012 della Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. La specialista è stata interpellata dall'CO 1, in considerazione dei disturbi alla testa che non si spiegano con le lesioni organiche subite dall'assicurato nell'incidente del 12 luglio 2009 (doc. 261). La Dr.ssa _____ ha diagnosticato una " Reazione ansioso-depressiva in Sindrome da disadattamento (ICD-10 F:43.2). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F:45.40). Accentuazione di tratti di personalità (ICD-10 Z:73.1) " (doc. 261). Dal punto di vista della causalità naturale, la specialista ha ritenuto che complessivamente l'infortunio ha contribuito " solo in minima parte, stimabile al 10% allo sviluppo della sindrome da disadattamento e del disturbo somatoforme. Le caratteristiche di personalità sono invece presenti 'da sempre' e quindi estranei all'infortunio " (doc. 261). L'assicurato, da parte sua, ha prodotto il referto del 27 maggio 2014 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha posto anch'egli la diagnosi di " sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.2) ". Secondo lo psichiatra curante il disturbo psichico è direttamente legato all'infortunio (doc. C). Successivamente, l'insorgente ha trasmesso al TCA il rapporto dell'11 giugno 2015 in cui il medesimo specialista ha diagnosticato " un episodio depressivo di media gravità (ICD-10 F32.1) e altri disturbi di personalità e forme miste (ICD-10 F61) " e rilevato un peggioramento della situazione psichica del paziente, a suo parere " in nesso diretto " con l'infortunio (doc. O). 2.4.8. Chiamato a pronunciarsi nel caso di specie, alla luce di quanto

emerge dalla documentazione che è stata riassunta al precedente considerando, il TCA ritiene dimostrato, perlomeno con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza, che i disturbi occipitali (neuropatia), presentati da RI 1, non correlano con un danno infortunistico oggettivamente. Le argomentazioni del ricorrente secondo il quale i dolori al cranio sarebbero imputabili alla neuropatia, non trova sufficiente conferma negli atti di causa. Sebbene il Dr. _____ abbia indicato che i disturbi dell'assicurato alla regione parietale sinistra sono da ricondurre ad una lieve neuropatia del nervo grande occipitale, presumibilmente per un danno diretto del nervo durante il trauma (doc. 97), il Dr. _____ della _____ e il Dr. _____ dell'CO 1 (doc. III1) hanno puntualmente illustrato, fornendo argomenti convincenti, perché la neuropatia del nervo occipitale non può essere spiegata dal lato organico. La circostanza – sollevata dal ricorrente (cfr. doc. V, pag.2) – che l'assicurato non sia stato visitato dal Dr. _____ non inficia il parere dello specialista. L'Alta Corte ha precisato che i pareri redatti dai medici dell'CO 1 hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l'assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). Non permette una diversa valutazione della fattispecie neppure il rapporto del 18 giugno 2013 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, e dunque non specialista in neurologia, il quale ha indicato una capacità lavorativa del 50% a causa delle cefalee occipitali. Il sanitario tuttavia non si è espresso sulla questione del nesso di causalità limitandosi a riprendere le lamentele soggettive del paziente e a indicare una parziale abilità lavorativa (cfr. doc. 297). In tale contesto va ricordato che, per poter parlare di lesioni traumatiche oggettivamente dal punto di vista organico, i risultati ottenuti devono essere confermati da indagini effettuate per mezzo di apparecchiature diagnostiche o di immagine radiologica e i metodi utilizzati riconosciuti scientificamente (STF 8C_421/2009 del 2 ottobre 2009 consid. 3 e sentenze ivi citate; cfr. pure DTF 134 V 109 consid. 9 p. 122). In questo senso, in una sentenza pubblicata in SVR 4-5/2009 UV 18, p. 69ss., il TF ha precisato che reperti clinici quali miogelosi, dolori alla digitopressione del collo oppure limitazioni nella mobilità del rachide cervicale, non possono di per sé essere qualificati quale chiaro substrato organico dei disturbi (si veda pure la STF 8C_416/2010 del 29 novembre 2010 consid. 3.2). L'Alta Corte ha, altresì, statuito che nemmeno le cefalee costituiscono la prova della presenza di un danno organico di natura infortunistica, sebbene esse possano essere classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) della International Headache Society (cfr. SVR 2008 UV 2 p. 3; STF 8C_680/2010 del 4 febbraio 2011 consid. 3.2). In una sentenza U 273/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.3, il TFA ha confermato che, per costante giurisprudenza, la neuropsicologia non è di per sé atta a dimostrare l'esistenza di disfunzioni cerebrali organiche derivanti da un infortunio. Per quanto riguarda i disturbi psichici, il TCA ritiene che la questione di sapere se i disturbi presentati dall'insorgente costituiscono una conseguenza naturale del sinistro assicurato, possa effettivamente rimanere aperta. Infatti, così come verrà meglio dimostrato qui di seguito, essi non si trovano in nesso causale adeguato con l'infortunio in discussione.

2.4.9. In assenza di un sufficiente substrato organico oggettivamente, come è il caso nella presente fattispecie (si veda il consid. 2.4.8.), occorre effettuare un esame specifico dell'adeguatezza. Secondo la giurisprudenza federale, l'esame dell'adeguatezza del legame causale può però avvenire, al più presto, quando l'assicuratore contro gli infortuni, in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, è tenuto a chiudere un caso (con interruzione delle prestazioni di corta durata e con esame del diritto a una rendita di invalidità e a un'IMI). Tale momento è

dato quando dalla continuazione della cura medica non vi è più da attendersi dei notevoli miglioramenti e quando eventuali provvedimenti integrativi dell'assicurazione per l'invalidità si sono conclusi (cfr. DTF 134 V 109 consid. 4.3 con riferimenti). Nel caso concreto, non vi sono in discussione provvedimenti integrativi dell'AI, motivo per cui è determinante il momento in cui si è stabilizzato lo stato di salute dell'insorgente. Nel rapporto del 2 ottobre 2013, a margine della visita medica di chiusura di medesima data, la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha proposto di attendere il più a lungo possibile per un intervento di protesi totale all'anca sinistra (come indicava anche il Dr. _____), mentre per il ginocchio sinistro non ha ritenuto necessario indicare terapie specifiche. Ella ha quindi ritenuto stabilizzata la situazione e considerato l'assicurato abile al 100% nei limiti funzionali indicati (doc. 315). Assodato dunque che all'amministrazione non può essere rimproverato di aver prematuramente chiuso la pratica, si pone la questione di sapere se l'esame dell'adeguatezza debba avvenire in base alla prassi sviluppata nella DTF 117 V 359ss. relativamente ai "colpi di frusta" (lesione equivalente della colonna cervicale o traumatismo cranio-cerebrale) e precisata nella DTF 134 V 109 oppure secondo i criteri applicabili in caso di evoluzione psichica abnorme conseguente a infortunio (DTF 115 V 133). Secondo una costante giurisprudenza federale, l'applicazione della prassi sui "colpi di frusta" presuppone che il trauma cranio-cerebrale patito abbia raggiunto il limite di una contusio cerebri, non essendo per contro sufficiente che esso abbia presentato la gravità di una commotio cerebri (cfr. STF 8C_754/2011 del 20 agosto 2012 consid. 6.1, 8C_270/2011 del 28 luglio 2011 consid. 2.1, 8C_248/2010 del 17 giugno 2010 consid. 3.1, 8C_837/2009 del 25 febbraio 2010 consid. 2.1 e 8C_476/2007 del 4 agosto 2008 consid. 4.1.3). Nel caso di specie, dalla documentazione medica agli atti, in particolare dal rapporto del Dr. _____ dell'Ospedale _____ di _____ (cfr. doc. 18) nonché dai referti 24 novembre 2009 e 31 maggio 2011 del neurologo Dr. _____ (cfr. doc. 97 e 191), si evince che il trauma cranico riportato da RI 1 ha raggiunto la gravità di una commozione cerebrale, ma non il limite di una contusio cerebri, ciò che non basta per applicare la prassi sui "colpi di frusta". Ne discende che l'adeguatezza deve dunque essere valutata in applicazione della "psico-prassi".

2.4.10. Nel valutare l'adeguatezza del legame causale ai sensi della prassi sviluppata nella DTF 115 V 133, occorre innanzitutto procedere alla classificazione dell'infortunio di cui l'assicurato è rimasto vittima il 12 luglio 2009. Dal rapporto di polizia agli atti risulta la seguente dinamica: " (...). RI 1, alla guida della propria moto, scendeva dal passo del _____ in direzione di _____. Giunto poco prima della galleria che porta all'_____, nell'affrontare una curva piegante a destra, a causa di un'irregolarità del campo stradale, fuoriusciva sulla sinistra. Percorreva una cinquantina di metri nel prato adiacente e terminava la sua corsa contro un dosso presente. Veniva sbalzato qualche metro più avanti. Sul posto interveniva la Rega che lo elitrasportava presso il PS di _____ dove gli riscontravano la frattura del bacino e varie contusioni alla schiena e al collo. Veniva poi ricoverato all'ospedale _____ di _____ per la degenza." (doc. 25). Tenuto conto della dinamica oggettiva dell'evento e precisato che, in questo contesto, non devono essere prese in considerazione le conseguenze dell'infortunio, nè le circostanze concomitanti (cfr. SVR 2008 UV Nr. 8 p. 26), secondo questo Tribunale, il sinistro accaduto al ricorrente può essere classificato tra gli infortuni di media gravità in senso stretto. A titolo di confronto, il TCA segnala che, in una sentenza 8C_949/2008 del 4 maggio 2009 consid. 4.1 - riguardante un motociclista che si era visto tagliare la strada da un'autovettura che stava per svoltare a sinistra, riportando una frattura trasversale del femore -, l'Alta

Corte ha ricordato di aver regolarmente qualificato di grado medio in senso stretto, eventi infortunistici con dinamiche analoghe a quella del caso oggetto di quella pronunzia (citando la STFA U 115/5 del 14 settembre 2005, riguardante un incidente accaduto a un motociclista che stava utilizzando, a una velocità di circa 50 km/h, la corsia riservata al trasporto pubblico per superare dalla parte sinistra una colonna di veicoli fermi, quando un'autovettura é uscita improvvisamente dalla colonna, provocando il tamponamento da parte del centauro, la STF U 78/07 del 17 marzo 2008, concernente un assicurato che, mentre circolava con la propria motocicletta su una strada principale in condizioni di forte pioggia, é entrato in collisione frontale a una velocità di 60-70 km/h con un'autovettura che gli aveva tagliato la strada, nonché la STFA U 88/01 del 24 dicembre 2002, riguardante una motociclista che, dopo essere stata investita da un furgone, era finita sotto il frontale del mezzo e trascinata per circa 9,3 metri). Per contro, in una sentenza del TCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 è stato classificato tra gli eventi di grado medio al limite però della categoria dei casi gravi, il caso di un assicurato che, in sella al proprio motociclo, nel percorrere una curva verso destra, invadeva completamente la corsia opposta andando a collidere con l'autobus che viaggiava in senso opposto. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_746/2008 del 17 agosto 2009 consid. 5.1.2, ha giudicato allo stesso modo l'incidente della circolazione in cui un assicurato, in sella alla propria motocicletta, si era scontrato frontalmente con un'autovettura che circolava in senso opposto. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha in particolare precisato che la classificazione fra gli infortuni di grado medio al limite di quelli gravi si giustificava soprattutto poichè, a differenza della collisione tra due automobili aventi circa la stessa massa, in caso di scontro frontale tra un'autovettura e una moto, quest'ultima assorbe la stragrande maggioranza della velocità d'impatto, con trasmissione al motociclista delle forze che ne derivano. Tutto ben considerato, secondo il TCA, l'infortunio sub judice va giudicato meno grave rispetto a quelli indicati nelle sentenze del TCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 e del TF 8C_746/2008 del 17 agosto 2009. 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. Preliminarmente, occorre sottolineare che i disturbi che si impongono come somatici, ma che non possono però essere spiegati a sufficienza dal profilo organico, non devono essere presi in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza secondo la DTF 115 V 133 (cfr. STF 8C_1044/2010 del 12 maggio 2011 consid. 4.4.4: "Die als körperlich imponierenden organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). "). Innanzitutto, all'infortunio occorso all'assicurato non può essere negata una certa spettacolarità, ma non si può parlare di una particolare spettacolarità. Al riguardo, è utile precisare che, secondo la giurisprudenza, il criterio in questione é da valutare oggettivamente e non in base alle sensazioni soggettive, rispettivamente ai sentimenti di paura provati dalla persona assicurata. In ogni infortunio di media gravità è insita una certa spettacolarità, la quale non é tuttavia ancora sufficiente per ritenere adempiuto il criterio (consid. 3.5.1 non pubblicato della DTF 137 V 199). Occorre considerare la dinamica dell'infortunio in quanto tale e non il danno alla salute che ne é conseguito. Non si tiene conto del successivo processo di guarigione (cfr. STF 8C_738/2011 del 3 febbraio 2012 consid. 7.3.1). Secondo il TCA, l'infortunio in discussione - si é trattato in fondo di un

incidente della circolazione analogo a quelli che accadono più di frequente sulle nostre strade - non è comparabile ad altri casi nei quali l'Alta Corte ha ammesso l'esistenza di tale criterio (cfr., ad es., la RAMI 1999 U 335 p. 207: incidente frontale in galleria con il coinvolgimento di tre autoveicoli, il decesso di uno degli interessati e il ferimento di diverse altre persone, la STFA U 260/01 del 28 marzo 2002: assicurato eiettato dall'abitacolo della propria automobile a seguito del ripetuto cappottamento della stessa a una velocità di almeno 140 km/h oppure la STF 8C_257/2008 del 4 settembre 2008: scontro tra un'autovettura e un camion nell'interno di un tunnel autostradale con diversi urti contro le pareti della galleria). Nell'incidente del 12 luglio 2009, l'assicurato ha riportato la frattura della parete posteriore dell'acetabolo a sinistra e un trauma cranico commotivo (doc. 18). In seguito, è stato diagnosticato un trauma distorsivo del ginocchio sinistro con rottura del legamento collaterale laterale (doc. 130). Quelle riportate dal ricorrente, non costituiscono delle lesioni somatiche gravi o particolarmente idonee a provocare un'elaborazione psichica abnorme (in questo stesso senso, si veda ad esempio la STF 8C_52/2008 del 5 settembre 2008 consid. 8.2 riguardante un assicurato che, caduto dopo essere stato urtato da un'autovettura, aveva accusato una commotio cerebri, una contusione toracica a destra con una serie di fratture costali, nonché alcune ferite lacero-contuse alla parte sinistra del volto; neppure nella più volte menzionata STF 8C_254/2009, il criterio in questione è stato giudicato realizzato). 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. Tale non può essere l'infezione alla ferita al ginocchio sinistro, come pretende il ricorrente e attesta il Dr. _____ in data 13 aprile 2012 (cfr. doc. I, pag. 9 e doc. 251). Come rettamente indicato dall'CO 1 (cfr. doc. 409), non vi sono agli atti elementi oggettivi per concludere che l'infezione sia stata determinata da una cura medica errata, né che abbia aggravato gli esiti dell'infortunio. Il TCA ritiene che non si possa nemmeno sostenere che la cura medica dipendente dall'evento infortunistico sia stata eccezionalmente lunga. Per ammettere l'adempimento di questo criterio, non ci si deve basare unicamente sull'aspetto temporale. Occorre parimenti considerare la natura e l'intensità del trattamento e se ci si può attendere un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato (cfr. STF 8C_577/2007 del 23 gennaio 2008 consid. 7 e riferimento ivi citato). 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, sono stati giudicati insufficienti a fondare questo criterio (cfr. STF 8C_507/2010 del 18 ottobre 2010 consid. 5.3.4). In concreto, la cura medica legata alle sequele organiche oggettivabili dell'infortunio del luglio 2009, è consistita nell'iniziale degenza presso il Servizio di chirurgia dell'Ospedale _____ di _____ (dal 12 al 24 luglio 2009), durante la quale è stato sottoposto ad un intervento di osteosintesi all'acetabolo sinistro (doc. 18). L'assicurato è stato quindi sottoposto l'8 ottobre 2009 ad un intervento di artroscopia e rifissazione del legamento collaterale laterale al ginocchio sinistro e il 16 febbraio 2010 a un'artroscopia al ginocchio con débridement cartilagine, microfrattura della rotula, resezione plica medio patellare (doc. 84). Su indicazione del Dr. _____, il ricorrente ha quindi subito una revisione chirurgica al ginocchio (doc. 150). In data 9 dicembre 2010 egli è stato sottoposto ad artroscopia diagnostica al ginocchio sinistro, osteotomia di valgizzazione, revisione laterale con plastica del legamento

collaterale laterale (doc. 169). Il 17 e 19 febbraio 2011 l'assicurato ha subito una revisione della ferita sottogenicolare con debridement al ginocchio sinistro (doc. 178) e il 22 novembre 2011 la rimozione della placca Tomofix alla tibia sinistra e la plastica del legamento crociato anteriore al ginocchio sinistro (doc. 215). La cura medica applicata all'assicurato non ha tuttavia avuto un'intensità tale da giustificare l'adempimento del criterio in discussione. Per un caso in cui questa Corte ne ha per contro ammesso la realizzazione, si veda la STCA 35.2014.2 del 17 settembre 2014 consid. 2.12, riguardante un assicurato, vittima di un incidente della circolazione, le cui conseguenze avevano necessitato di ben dieci operazioni chirurgiche, l'ultima delle quali eseguita a distanza di sei anni e mezzo circa dall'evento traumatico, oppure la sentenza 8C_137/2014 del 5 giugno 2014 consid. 7.3, in cui il TF ha giudicato realizzato il criterio in questione, trattandosi di un assicurato che, a causa del politrauma riportato in un incidente di moto, era rimasto degente circa un mese e mezzo in una clinica di riabilitazione, aveva subito diversi interventi chirurgici al gomito sinistro e alle ginocchia, aveva eseguito fisioterapia ed era stato sottoposto a ripetute iniezioni di acido ialuronico al ginocchio sinistro. 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. L'assunzione di molti medicinali e l'esecuzione di diverse terapie non basta per ammettere questo criterio. Lo stesso vale per il fatto che, nonostante regolari terapie, l'assicurato lamenta ancora disturbi e non ha raggiunto una (completa) capacità lavorativa (cfr. STF 8C_80/2009 del 5 giugno 2009 consid. 6.5 e riferimenti). Nel caso di specie, il decorso si è rivelato complicato ma ciò poiché si è ben presto sovrapposta una sintomatologia giudicata priva di substrato organico che, come tale, non può essere presa in considerazione nella valutazione dell'adeguatezza del nesso causale (cfr. STF 8C_1044/2010 succitata). In queste condizioni, può rimanere indeciso se sono adempiuti il criterio dei dolori somatici persistenti e quello del grado e durata dell'incapacità lavorativa, poiché questi due criteri da soli, in presenza di un infortunio di media gravità in senso stretto, non potrebbero comunque giustificare l'adeguatezza del nesso di causalità (cfr. RDAT 2003 II n. 67 p. 276, U 164/02 consid. 4.7; RSAS 2001 p. 431, U 187/95). Si deve quindi concludere che i dolori occipitali (neuropatia) e i disturbi psichici, non costituiscono una conseguenza adeguata dell'evento infortunistico del 12 luglio 2009 e, come tali, non sono nemmeno di pertinenza dell'assicuratore resistente. Visto che il relativo obbligo a prestazioni dell'assicuratore LAINF va negato facendo difetto l'adeguatezza, questa Corte ritiene che la questione relativa all'esistenza del nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno alla salute possa restare insoluta (cfr., in proposito, SVR 3/2012 UV 5 consid. 5.1 e giurisprudenza ivi citata). L'assicuratore LAINF resistente era dunque legittimato a definire il diritto alle prestazioni di lunga durata facendo astrazione da tali disturbi.

2.5. Entità della rendita di invalidità 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 previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della 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. 2.6. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti ch'egli incontra nell'espletare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non ad un salario sociale (RAMI 1991 U 130, p.

270ss. consid. 4a; conferma di giurisprudenza). Le ragioni, inerenti l'azienda, che rendono impossibile l'utilizzazione ottimale della rimanente capacità di produzione, devono essere considerate soltanto se, sul mercato del lavoro generale, non esiste una possibilità d'impiego, esigibile dall'assicurato, che gli permetterebbe di valorizzare meglio la propria residua capacità di lavoro (RAMI 1991 succitata, consid. 4d). I. Termine: reddito da invalido La misura dell'attività che si può ragionevolmente esigere dall'invalido va valutata in funzione del danno alla salute, avuto riguardo alle circostanze personali come l'età, le attitudini psico-fisiche, l'istruzione, la formazione professionale. Secondo la giurisprudenza, per la fissazione dei redditi ipotetici, non vanno considerate circostanze che non riguardano l'invalidità vera e propria. Particolarità quali formazione professionale o conoscenza linguistiche carenti hanno, in quest'ambito, rilevanza se sono causa di un reddito inferiore alla media. In tal caso, esse vanno o considerate nella determinazione dei due redditi da porre a confronto o non considerati affatto (RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5a, b). Nel valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si terrà conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma ci si collocherà nell'ipotesi di un mercato equilibrato, nella situazione, cioè, in cui offerta e domanda sostanzialmente si controbilancino (cfr. RAMI 1994 U 187, p. 90 consid. 2b; DTF 115 V 133; STFA del 30 giugno 1994 succitata). 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 . 2.7. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata l'assicuratore LAINF ha negato all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità fondandosi - dal profilo medico - sulla valutazione del 2 ottobre 2013 della Dr.ssa _____ (doc. 315). In occasione della visita medica di chiusura del 2 ottobre 2013 la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha posto la seguente diagnosi: "(...) coxartrosi postero centrale con/su Stato dopo riduzione aperta e osteosintesi dell'acetabolo sinistro il 17.07.2009 per Frattura della colonna posteriore dell'acetabolo sinistro il 12.07.2009. Lassità anteriore del ginocchio sinistro con Ipotrofia della coscia sinistra. Stato dopo AMO e plastica del legamento crociato anteriore il 22.11.2011. Stato dopo due revisioni ferita sotto genicolare il 17 e 19.02.2011. Stato dopo artroscopia diagnostica, accesso mediale, osteotomia di valgizzazione e osteosintesi con placca Tomofix, prelievo del tendine semitendinoso, accesso laterale, revisione laterale con plastica del legamento collaterale laterale con semitendinoso, fissazione prossimale con vite d'interferenza, reinserzione del legamento collaterale laterale il 09.12.2010. Stato dopo artroscopia ginocchio sinistro, refissazione del legamento collaterale laterale il 08.10.2010. Stato dopo artroscopia, débridement cartilagineo, microfratture della rotula, resezione della

plica mediopatellare il 16.02.2010 per piccola lesione condrale grado IV bordo mediale della rotula su Trauma distorsivo del ginocchio sinistro il 12.07.2009. Sospetto di nevralgia nervi occipitali maggiore e minore di sinistra con/su Stato dopo commozione cerebrale il 12.07.2009. Reazione ansioso-depressiva in Sindrome di disadattamento e accentuazione di tratti di personalità” (doc. 315) La Dr.ssa _____ ha quindi indicato che l’assicurato è abile al lavoro al 100% da subito, con le seguenti limitazioni: " (...) di rado possibile sollevare e portare pesi molto leggeri fino all'altezza dei fianchi. Mai più possibile sollevare e portare pesi leggeri oltre i 5 kg. Di rado possibile sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg, mai più possibile sollevare oltre l'altezza del petto pesi oltre i 5 kg. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri/di precisione e per maneggio di attrezzi medi. Mai più possibile il maneggio di attrezzi pesanti e molto pesanti. Nessuna limitazione per la rotazione della mano, lavori sopra la testa, rotazione del tronco, posizione seduta/in piedi e inclinata in avanti. Mai più possibile la posizione inginocchiata. Talvolta possibile la flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta/in piedi a lunga durata, molto spesso possibile posizione a libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino a 50 m, talvolta possibile camminare oltre i 50 m. Mai più possibile camminare per lunghi tratti, camminare su terreno accidentato. Mai a di rado possibile salire le scale. Mai più possibile salire su scale a pioli. Nessuna limitazione per l'uso delle due mani, equilibrio e stare in equilibrio” (doc. 315).

2.8. Attentamente vagliata la documentazione agli atti, questa Corte non ha alcun valido motivo per discostarsi dalla valutazione dell’esigibilità lavorativa enunciata dal chirurgo ortopedico Dr.ssa _____ (e fatta propria dall’amministrazione), ragione per la quale tenuto conto del danno infortunistico di natura ortopedica, RI 1 va ritenuto totalmente abile in attività leggere adeguate. Il ricorrente ha contestato la valutazione del medico _____ sulla base del certificato medico del 27 maggio 2014 del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e dunque non specialista nella materia che qui ci occupa, il quale non ha in sostanza posto una diagnosi divergente da quella della Dr.ssa _____ indicando che il paziente soffre di dolori cronici al ginocchio e all’anca sinistra, oltre che della psicopatologia post-traumatica. Egli ha quindi indicato una capacità lavorativa del 50% dal solo profilo ortopedico (doc. F). Le conclusioni del medico curante, seppur divergenti unicamente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa residua, non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico di circondario e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell’interessato ha sulla sua capacità di lavoro. L’insorgente ha quindi menzionato il rapporto medico del 18 giugno 2013 del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha indicato una capacità lavorativa del 50% per le cefalee (cfr. doc. I, pag. 7). Tuttavia, lo specialista, dal punto di vista ortopedico, ha precisato che sia a livello di ginocchio che di anca la capacità lavorativa è piena in attività adeguata: " (...) Théoriquement, sur le plan orthopédique, tant au niveau du genou que de la hanche, la capacité de travail reste à 100% dans une activité de type bureau, avec alternance assis/debout et marche” (doc. 297). Le cefalee (neuropatia), per contro, (cfr. consid. 2.4.10.) non costituiscono una conseguenza adeguata dell’evento infortunistico del 12 luglio 2009. Questa Corte ritiene quindi che non vi sia la necessità di dar seguito alla richiesta dell’insorgente di rinviare gli atti all’amministrazione per compiere ulteriori accertamenti medici (cfr. doc. V). Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno, un’attività lavorativa leggera.

2.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico.

2.9.1. Quanto al reddito da valido, secondo l’assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla

salute RI 1, quale scalpellino, nel 2013 avrebbe realizzato un reddito annuo di fr. 65'189.-- (doc. 337, 346). Questo dato, non contestato (doc. I), e desunto dalle informazioni fornite direttamente dal datore di lavoro, può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. 2.9.2. 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.

2.9.3. Dalle tavole processuali risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 65'633.34 il reddito da invalido, applicando la tabella TA 1 2012, livello di qualifica 1, aggiornato al 2013, e operando successivamente una decurtazione del 6,37% per il gap salariale e del 15% a titolo di deduzione sociale, giungendo così all'importo di fr. 52'034.-- (doc. 408). 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 2012 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. 5'210.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2013, p. 90) esso ammonta a fr. 5'431.42 mensili oppure a fr. 65'177.10 per l'intero anno (fr. 5'431.42 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2013 (+0,7% cfr. la relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS), un reddito annuo di fr. 65'633.34. L'assicurato, quale scalpellino avrebbe realizzato nel 2013 un reddito annuo di fr. 65'189.-- per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 73'554.60; cfr. Tabella TA1 2012, p.to 05-09 " Attività estrattiva ", livello di qualifica 1: fr. 5'810.-- riportato su 42.2 ore/settimana = fr. 6'129.55 x 12 mesi = fr. 73'554.60 e aggiornato al 2013 (l'indice nominale non ha però subito variazione, cfr. doc. 408). In casu , in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 2.9.2. in fine , il reddito statistico da invalido (fr. 65'633.34) va ridotto del 6,37%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%) e si attesta pertanto a fr. 61'452.49 (risultato intermedio). 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 (doc. 408, 409), mentre il ricorrente ha postulato una riduzione del 20% " viste le gravi limitazioni e la necessità di cambiare professione " (cfr. doc. I, pag. 10). 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. La necessità di cambiare professione non giustifica un'ulteriore decurtazione, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 1, attività semplici di tipo fisico o manuale) non richiedono un'esperienza professionale diversificata (cfr., in questo senso, la DTF 137 V 71 consid.

5.3). Il reddito da invalido di fr. 61'452.49 , tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta dunque a fr. 52'234.61 Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 52'234.61 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 65'189.-- (cfr. consid. 2.9.1.) – risulta del 19,8% , arrotondato al 20% 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 20%, il suo ricorso deve essere respinto anche su questo punto.

2.10. Diritto all'indennità per menomazione all'integrità 2.10.1. 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).

2.10.2. 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).

2.10.3. 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). 2.10.4. 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). 2.10.5. L'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____ Dr.ssa _____ ha attribuito al ricorrente un'IMI del 15% (cfr. doc. 314, 409). In occasione della visita medica di chiusura del 2 ottobre 2013, la Dr.ssa _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha espresso la seguente valutazione: "(...) 1. Reperti In data odierna siamo in presenza di una coxartrosi dell'anca sinistra con dolori quantificati sulla VAS con 6/10 punti. Nel reperto dell'artroscopia del ginocchio sinistro del 08.10.2009 viene descritta una condropatia di II grado retro rotulea, a livello del condilo femorale mediale e del piatto tibiale laterale. I dolori accusati dall'assicurato sotto sforzo vengono descritti in sede perirrotulea mediale e quantificati sulla VAS tra 6 a 7/10 punti. 2. Valutazione del danno all'integrità 15 % 3. Motivazione Secondo la tabella 5.2 un'artrosi di entità media dà diritto ad una IMI tra il 10 e il 30%, un'artrodesi dà diritto ad una IMI tra il 20 e il 40%. Non siamo in nessun modo vicino ad un'artrodesi quindi il massimo valore da retribuire è il 10%. Per il ginocchio sinistro un'artrosi femorotibiale di entità media dà diritto ad una IMI tra il 5 e 15%, si sceglie il valore del 5%. $10\%+5\%=15\%$ " (doc. 314). Con la propria impugnativa, l'insorgente ha ritenuto che la percentuale del 15% " valuta in modo solo parziale e insufficiente il danno alla salute ". L'avv. RA 1 ha fatto riferimento, nel suo ricorso, al rapporto del medico di circondario Dr. _____ che il 22 ottobre 2010 aveva indicato un'IMI del 25% (doc. 135). Egli ha quindi postulato globalmente un'IMI del 40% (cfr. doc. I, pag. 10). Nel caso di specie, ricordato che entra in linea di conto il danno infortunistico all'anca e al ginocchio sinistro, questa Corte, chiamata a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, non vede alcun valido motivo per scostarsi dalla valutazione formulata dalla Dr.ssa N_____ t_____er. Le argomentazioni del ricorrente non possono essere condivise. La richiesta di un'IMI del 40% non è infatti sostenuta da alcun argomento medico-scientifico pertinente. Per quanto riguarda il rapporto del 22 ottobre 2010, il medico di circondario Dr. _____ aveva indicato un'IMI del 20% per l'anca sinistra e un'IMI del 5% per il ginocchio sinistro (doc. 135). Va sottolineato, tuttavia, che la valutazione del Dr. _____ è antecedente di tre anni a quella della Dr.ssa _____ inoltre egli giustificava così l'IMI del 20%: " Anca sinistra Incipiente coxartrosi post-traumatica attualmente con solo minima sintomatologia. Da prevedere progressione delle alterazioni artrosiche con peggioramento della sintomatologia algica e della funzionalità dell'anca sinistra e formazione di una coxartrosi centrale di moderata entità che corrisponde, secondo la tabella 5.2, ad un valore da 10 a 30%. Visto che probabilmente la situazione in futuro anche se saranno indicati interventi di artro-plastica sarà sempre migliore paragonata ad un'artrodesi che secondo la tabella 5.2 corrisponde al 25%, il valore IMI viene considerato del 20%" (doc. 135). Il TCA osserva che, secondo la giurisprudenza federale, aggravamenti futuri giustificano un aumento della menomazione all'integrità soltanto se l'intervento di un peggioramento è probabile . Per contro, non possono essere presi in considerazione peggioramenti che sono semplicemente possibili (cfr. RAMI 1998 U 320, p. 600 consid. 3b e riferimenti ivi citati; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach

Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 50). Alla luce di quanto sopra e del fatto che la Dr.ssa _____ ha indicato che vi è stato un miglioramento dopo l'infiltrazione all'anca sinistra e di conseguenza il dolore sulla VAS è stato quantificato 6/10 punti (cfr. rapporto del 2 ottobre 2013, pag. 4, doc. 315), il TCA non ha ragioni per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione che nella decisione impugnata ha confermato la valutazione della Dr.ssa _____ (doc. 409). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata attribuita un'IMI del 15%.

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