

TI_GERICHTE 35.2016.41 vom 14. Dezember 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2016.41

FR: TI_GERICHTE 35.2016.41 du 14 décembre 2016

IT: TI_GERICHTE 35.2016.41 del 14 dicembre 2016

Regeste

Incidente con ciclomotore. Dolori neuropatici. Causalità naturale negata. Stabilizzazione condizioni di salute. Rendita d'invalidità (TA 1 2012; DPL - 21 - insufficienti). IMI

Erwägungen

E. 5

b/bb, 118 V 286 e 117 V 365 in fine; cfr., pure, U. Meyer-Blaser, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in SZS 2/1994, p. 104s. e M. Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39). 2.2.3. In concreto, con la decisione su opposizione impugnata l'assicuratore resistente sostiene innanzitutto che la sintomatologia denunciata dal ricorrente (" sindrome da dolore neuropatico alla gamba sinistra ") è prevalentemente dovuta alla polineuropatia diabetica e quindi ad un danno alla salute che non ha nulla a che fare con l'infortunio, sulla base dell'apprezzamento medico del 22 marzo 2016 del dr. med. _____, medico _____ e specialista FMH in chirurgia ortopedica (doc. 432). Da parte sua, il ricorrente fa valere, fondandosi in particolare sulle certificazioni agli atti degli specialisti della Clinica _____ di _____ da lui privatamente consultati, che i disturbi di cui soffre sarebbero in relazione solo possibile con la neuropatia diabetica preesistente all'infortunio e con probabilità preponderante con l'evento infortunistico del 23 marzo 2012, posto in particolare che, primo di esso, la polineuropatia diabetica nota dal 2005 non gli avrebbe mai impedito di lavorare al 100% (cfr. doc. I). A proposito di quest'ultima affermazione giova qui ricordare che la regola " post hoc, ergo propter hoc " (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Tale argomento è insostenibile dal profilo della medicina infortunistica e inammissibile da quello probatorio [cfr. STF 8C_725/2012 del 27 marzo 2013 consid. 7.2.2: "Der Versicherte argumentiert weiter, "woher sonst, wenn nicht vom Unfall aus dem Jahre 1993, kommen die erwähnten Beschwerden an der linken oberen Extremität?" Die mit dieser rhetorischen Frage angerufene Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) ist jedoch praxisgemäss unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, ..."; sul tema vedi pure Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41]. 2.2.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209;

STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). E' infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 p. 35 consid. 4b). 2.2.5. Il TCA constata innanzitutto che l'assicurato è stato visitato l'11 giugno 2013 in consultazione privata (cfr. relativo rapporto del 13 giugno 2013; doc. 156) rispettivamente il 6 luglio 2015 su richiesta della CO 1 (cfr. relativo rapporto del 9 luglio 2015; doc. 380), dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, di _____. Per quanto qui maggiormente interessa, nel secondo rapporto menzionato, lo specialista ha osservato quanto segue: "(...) Ricordo (...) che avevo visto il paziente in una prima occasione nel 2005 nell'ambito di una lieve polineuropatia assonale (...). Alla mia visita del 11.06.2013 il paziente descriveva ancora un'ipo e disestesia dal ginocchio sinistro in giù senza distribuzione dermatogena. (...) All'esame ENG reperto nella norme di tutti i nervi esaminati con all'esame EMG segni di una sofferenza neurogena pregressa, cronica ma non sub acuta o acuta. In pratica nessuna evidenza di una neuropatia legata all'infortunio del marzo 2012, ma neanche di una miopatia dopo la sindrome della loggia avuta. (...). Ricordo

che inoltre è stata effettuata una valutazione della pressione a livello della gamba, senza evidenza di una sindrome della loggia cronica. (...). All'attuale stato neurologico riscontro una situazione invariata rispetto a giugno 2013 (...). All'esame ENG vi sono ora delle anomalie molto lievi in tutti i nervi esaminati sia all'arto inferiore destro che sinistro, persistono anche le chiare anomalie di una sofferenza neurogena cronica dei muscoli tibiale anteriore sinistro e destro. (...). In pratica si conferma il quadro di una polineuropatia molto lieve agli arti inferiori la quale avevo già riscontrato nel lontano 2005, con solo lieve progressione nel corso degli anni, presumibilmente nell'ambito di una diabete mellito del paziente. Escludo però che questa polineuropatia sia all'origine dei dolori accusati dal paziente a livello della gamba sinistra, ivi il paziente descrive un dolore molto ben localizzato in sede della frattura e irradiato lungo la gamba anteriore senza però nessun dolore o bruciore a livello del piede. Escludo anche che alla base dei dolori vi sia una mononeuropatia isolata, per esempio quale sequela della sindrome della loggia avuta. (...)" (doc. 380: il corsivo è della redattrice). Il 5 ottobre 2015 l'assicurato è stato sottoposto ad un duplex venoso e arterioso della gamba che è risultato nella norma e, sulla base del quale, il dr. med. _____, flebologo SGP nonché specialista FMH in medicina interna e angiologia, è giunto alla conclusione che " non vi è (...) un'insufficienza venosa, né insufficienza arteriosa o una sindrome post-trombotica che possono spiegare i disturbi " lamentati dall'assicurato (doc. 410). Sulla base degli accertamenti medici (tra cui figurano pure una TAC e una risonanza magnetica del 17 dicembre 2015) eseguiti presso le Cliniche _____ e _____ di _____ (doc. 426, pag. 3, 6, 8, 9, 11 e 12), la dr.ssa med. _____, capoclinica di ortopedia di quest'ultimo Istituto, nei propri rapporti del 17 e 21 dicembre 2015 (doc. 426, pag. 3, 4 e 10) - dopo essersi consultata anche con la dr.ssa med. _____, capoclinica di neurologia, e il dr. med. _____, dirigente medico di neurologia della Clinica _____ di _____ - è giunta alla conclusione che la problematica del ginocchio sinistro dell'assicurato non è all'origine dei suoi disturbi alla gamba sinistra, ritenuto come il tentativo di un'infiltrazione è risultato infruttuoso e anche il risultato della biopsia è stato negativo, ragione per la quale si è potuta escludere un'infezione "Low Grade" (doc. 426, pag. 3, 4 e 10). Dal profilo neurologico, la dr. med. _____ e il dr. med. _____, sulla base dei precitati accertamenti medici (tra cui figura anche un esame elettromiografico del 17 dicembre 2015) eseguiti presso le Cliniche _____ e _____ di _____ (doc. 426, pag. 3, 6, 8, 9, 11 e 12), hanno rilevato quanto segue: "(...) Beurteilung der Elektrophysiologie: Motorische Neurographien des N. peroneus bds.: normalamplitudiges Summenaktionspotential, normale distale Latenz, grenzwertige NLG über dem Unterschenkel. Motorische Neurographien des N. tibialis bds.: kleinamplitudiges Summenaktionspotential, grenzwertige NLG über dem Unterschenkel. Sensibel-orthodrome Nadelneurographie des N. surahs bds.: kleinamplitudiges Aktionspotential. Langsame NLG. Kurz-EMG aus dem M. tibialis anterior und dem M. peroneus longus links ohne Nachweis von pathologischer Spontanaktivität. Willkür mit normal dichtem Interferenzmuster. Befund vereinbar mit einer distal symmetrischen sensomotorischen, vorwiegend axonalen Polyneuropathie. Beurteilung und Vorschlag zum Procedere Wie bereits von Dr. Karau, FMH Neurologie, dokumentiert, bestehen seit dem Verkehrsunfall unverändert Kribbelmissempfindungen und Schmerzen am linken Bein inkl. Fuss. Klinisch neurologisch unveränderter Befund mit zirkulärer Hypästhesie linker Unterschenkel ohne motorisches Defizit. In der heutigen elektrophysiologischen Untersuchung findet sich eine distal symmetrische sensomotorische axonale Polyneuropathie, die aktenanamnestisch bereits seit 2005 bekannt ist und wahrscheinlich

diabetisch bedingt ist. Wir empfehlen bei Therapie mit Matformin eine Bestimmung des Vitamin B12 Spiegels (falls noch nicht erfolgt) und bei Substratmangel um Substitution des Vitamin B12 auf hochnormale Werte. Bezüglich des neuropathischen Schmerzsyndroms, am linken Unterschenkel könnte, falls noch nicht versucht, eine Therapie mit Cymbalta 30mg morgens bzw. im Verlauf eine Dosissteigerung auf 60mg in einer Einmaldosis morgens, durchgeführt werden. Eine neurologische Kontrollvisite wurde nicht vereinbart. (...) " (doc. 426, pag. 6 e 7: n.d.r.: il corsivo e le sottolineature sono della redattrice). Val qui la pena di puntualizzare che il disturbo neurologico di cui soffre RI 1, è stato approfonditamente indagato, da tutti i profili possibili. Non vi è pertanto da attendersi che ulteriori provvedimenti istruttori mettano in luce nuovi e rilevanti elementi di valutazione.

2.2.6. Nel proprio apprezzamento medico del 22 marzo 2016, sul quale l'CO 1 ha negato il proprio obbligo a prestazioni per quanto concerne la " sindrome da dolore neuropatico alla gamba sinistra " di cui soffre RI 1, il dr. med. _____, medico _____ e specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha ritenuto che " (...) dalla documentazione fornitaci della Clinica _____ e dal dott. med. _____ risulta che gli attuali disturbi sono in relazione causale solo possibile con l'infortunio e preponderantemente probabile con la neuropatia diabetica preesistente all'infortunio. Ciò è stato ben chiarito soprattutto dalla Clinica _____. Anche un esame ecografico della gamba non ha permesso di evidenziare patologie di carattere circolatorio. In conclusione ritengo che gli attuali disturbi non siano più in relazione causale con l'infortunio e il successivo impianto della protesi, ma prevalentemente della problematica neuropatica diabetica che nulla ha a che fare con l'infortunio stesso (...) " (doc. 432: n.d.r.: il corsivo, il grassetto e le sottolineature sono della redattrice) Nella concreta evenienza, questo Tribunale, chiamato a pronunciarsi su una questione di carattere medico, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.2.5), ritiene che il parere espresso dal dr. med. _____, medico _____ che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, in quanto basato sulla valutazione operata il 17 dicembre 2015 dalla dr.ssa med. _____, capoclinica di neurologia, e il dr. med. _____, dirigente medico di neurologia della Clinica _____ di Zurigo, specialisti della materia che qui ci occupa che hanno visitato personalmente l'assicurato sottoponendolo pure agli accertamenti medici del caso (tra cui una TAC, una risonanza magnetica e un esame elettromiografico, tutti del 17 dicembre 2015), risulta essere dettagliato e approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati (cfr. consid. 2.2.4); ad esso va dunque attribuita piena forza probante e può validamente costituire da base al giudizio che questa Corte è ora chiamata a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori. Del resto, la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. I rapporti del 13 giugno 2013 e del 9 luglio 2015 del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, di _____, (doc. 156 e doc. 380; cfr. consid. 2.2.5) non sono atti a sollevare dubbi circa la fedeltà del referto allestito dettagliatamente il 22 marzo 2016 dal dr. med. _____ che si basa su una valutazione universitaria del 17 dicembre 2015 chiara, esauriente con argomentazioni diffuse e motivate, sviluppate dagli specialisti della Clinica _____, avvalorate da indagini strumentali eseguite il 17 dicembre 2015. Le considerazioni espresse dallo specialista ticinese non appaiono quindi suscettibili di sminuire il valore probatorio attribuito al parere del dr. med. _____. In esito a tutto quanto precede, il TCA non ritiene dimostrato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr.

DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, p. 343), che la " sindrome da dolore neuropatico alla gamba sinistra " (ovvero i disturbi da lui lamentati che non concernono né il ginocchio né il piede sinistro ma piuttosto tutta la parte inferiore della gamba sinistra) di cui soffre RI 1 costituisce una conseguenza naturale dell'infortunio occorso in data 23 marzo 2012, di modo che l'assicuratore era legittimato a negare le relative sue prestazioni. La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dalla componente neurologica che, per i motivi poc' anzi detti, non è di pertinenza dell'assicuratore resistente.

2.3. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° luglio 2015?

2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (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.

2.3.2. Nel caso di specie, dopo aver sentito il parere del 30 aprile 2015 del dr. med. _____ (doc. 353), il 5 maggio 2015 l'CO 1 ha comunicato all'assicurato la sospensione dal 1° luglio 2015 delle prestazioni (spese di cura e indennità giornaliera), ritenuto come, in base alla documentazione medica agli atti, dalla continuazione della cura non vi fosse più da attendersi un sensibile miglioramento nelle sue condizioni post-infortunistiche (doc. 356). Dovendo fare astrazione dalla componente neurologica per i motivi già detti (cfr. considerando 2.2.6), il TCA osserva di non aver motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, dalla documentazione agli atti emerge che il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia (anca-ginocchio-piede) presso la _____ di _____, dopo aver proceduto il 10 ottobre 2014 all'inserimento di protesi totale al ginocchio con rivestimento patellare, il 16 aprile 2015, al termine di una visita di controllo, ha informato l'Istituto assicuratore che " l'evoluzione è stazionaria rispetto all'ultimo " controllo " in un paziente (...) soddisfatto per quanto riguarda il ginocchio che non è doloroso e caricabile. (...) Per quanto riguarda il ginocchio non ho elementi particolari. L'evoluzione direi che è favorevole. Resta un problema di limitazione funzionale stabile attorno al 90° (...) " (doc. 343). Ora, alla luce di quanto precede, questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° luglio 2015, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF convenuto era dunque legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare

il diritto alle prestazioni di lunga durata. 2.4. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla

perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a 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 .

2.4.3. Nel caso di specie, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore ha fatto capo al parere espresso dal del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, al termine della visita medica _____ del 28 aprile 2015 (doc. 353), giusta il quale: " (...) Aspetti medico assicurativi. L'assicurato viene giudicato abile nella misura massima possibile. L'ufficio competente sarà più esplicito al riguardo. (...) Esigibilità del lavoro. L'assicurato può molto spesso sollevare fino all'altezza dei fianchi pesi fino a 5 kg ma mai

più pesi oltre i 5 kg. Non vi sono problemi con le spalle, l'assicurato quindi può sollevare pesi anche oltre i 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso fare leggeri lavori e lavori di precisione. Di rado lavori medi ma mai più lavori pesanti e molto pesanti. Molto spesso può fare attività che comportano la rotazione della mano. Molto spesso può fare lavori sopra la testa e lavori che comportano la rotazione del busto. Spesso può fare lavori in posizione seduta e inclinata in avanti. Di rado in posizione in piedi e inclinata in avanti. Mai più lavori in posizione inginocchiata e con ginocchia in flessione. Spesso può mantenere la posizione seduta, di rado la posizione in piedi. Molto spesso può spostarsi per tragitti fino a 50 m di rado oltre i 50 m. Mai camminare per tragitti lunghi. Di rado può spostarsi su terreni accidentati e salire le scale ma mai spostarsi su scale a pioli (...). Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio specialista di fiducia nella visita medica _____ di chiusura del 28 aprile 2015 (doc. 353), con decisione del 22 ottobre 2015 (doc. 396), l'CO 1 ha quindi negato a RI 1 l'attribuzione di una rendita d'invalidità, in quanto (a fronte di un reddito annuo da valido di fr. 57'321.- rispettivamente da invalido, determinato secondo la tabella TA1 2012 ed applicando una decurtazione del 15% a titolo di deduzione sociale - di fr. 53'846.-) i postumi infortunistici non influivano in modo apprezzabile sull'incapacità di guadagno, pari al 6%. Dopo aver raccolto l'apprezzamento medico del 22 marzo 2016 del dr. med. _____ (doc. 432), che ha ritenuto che " per quanto riguarda solo i postumi infortunistici cioè la problematica protesica (...) il paziente potrebbe camminare normalmente senza particolari limiti " e che ha confermato l'esigibilità posta al momento della visita di chiusura del 28 aprile 2015 come pure che in un'attività adatta l'assicurato è abile al 100% con orario e rendimento completo, in data 30 marzo 2016 l'CO 1 ha confermato il contenuto della sua prima decisione (doc. 433).

2.4.4. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti (cfr. consid. 2.3.2), questo Tribunale ritiene che il parere espresso dal dr. med. _____ (ovvero di uno specialista nella materia che qui ci occupa che peraltro vanta un'ampia esperienza in medicina assicurativa e infortunistica) - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.2.4) - possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori atti istruttori (in particolare, all'esperimento di una valutazione delle capacità funzionali - FCE - secondo _____ presso la Clinica di riabilitazione dell'CO 1 a _____, così come postulato dalla rappresentante della ricorrente nel gravame: cfr. doc. I a pag. 2). Del resto, la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale, ma solo attraverso il parere della rappresentante legale dell'assicurato che medico non è. Quest'ultima, in particolare, ha rilevato che " dopo l'incidente del 23 marzo 2012 (...) il ricorrente ha riportato la sindrome da dolore neuropatico con un peggioramento significativo e presumibilmente duraturo dell'artrosi preesistente " (doc. I, pag. 23). Ora, tale affermazione non trova fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, ed ha pertanto il valore di una semplice dichiarazione di parte. Non può quindi essere condivisa dal TCA. Dal canto loro, pure le contestazioni mosse dalla rappresentante del ricorrente nel gravame all'esigibilità lavorativa del suo assistito determinata dal medico _____ non trovano fondamento in alcun rapporto medico, tantomeno specialistico, ed hanno pertanto il valore di una semplice dichiarazione di parte. Non possono quindi essere condivise dal TCA. Del resto, la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che

accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti inferiori. In una sentenza 35.2015.119 del 9 agosto 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione carpentiere, al quale era rimasta schiacciata l'estremità inferiore sinistra sotto un manufatto di cemento posizionato a lato dei binari di un treno, riportando una frattura complessa della caviglia sinistra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata, ovvero un lavoro leggero dal punto di vista del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, da esercitare in posizione prevalentemente seduta e che non implichi (in particolare) la deambulazione su terreno sconnesso o su lunghi tratti e l'utilizzo di scale a pioli. In una sentenza 35.2016.3 del 27 settembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione manovale, al quale era rimasta schiacciata l'estremità inferiore sinistra sotto il tetto di un escavatore che si era ribaltato, riportando la lussazione dell'articolazione di Chopard, la frattura della base del II. e III. metatarso con distacco della base del I. metatarso, nonché la frattura parzialmente dislocata del calcagno sinistro) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata, ovvero un lavoro in posizione prevalentemente seduta, che non implichi spostamenti frequenti o prolungati, l'utilizzo di scale, né la deambulazione su terreno sconnesso. Del resto, va anche segnalato che, in una recente sentenza 8C_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residuali localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure la STFA U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, concernente un assicurato che presentava le sequele di una frattura del calcagno destro e la STFA U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, inerente un assicurato che, a seguito di un'importante frattura comminuta del pilone tibiale con frattura del malleolo laterale, aveva reliquato una grave artrosi alle articolazioni tibiotarsica e sottoastragalica, così come un'artrodesi della tibiotarsica sinistra). Riguardo alla possibilità per l'insorgente di esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute, giova qui ricordare che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4 fino alla TA1 2010, poi divenuto livello 1 con la TA1 2012), vi è un numero significativo di attività di natura leggera, che permettono di alternare la posizione e che sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato. Come ripetutamente statuito dall'Alta Corte in casi con limitazioni funzionali analoghe, esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3., che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3; 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). È peraltro utile aggiungere che

se è vero che, secondo la giurisprudenza, vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. sentenza 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti; sentenza 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; sentenza U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (cfr. DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata (di magazziniere). Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schultess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se - ipotesi non realizzata nella fattispecie - l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 114). In concreto questo Tribunale ritiene che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa (per due casi analoghi, cfr. le già citate STCA). In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e

con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al ginocchio sinistro. 2.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2015. 2.5.1. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'CO 1, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2015, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo di fr. fr. 57'321.-- (doc. 393). Questo dato - desunto dalle informazioni fornite direttamente dall'ex datore di lavoro (cfr. doc. 362) e non contestato dal ricorrente - può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. 2.5.2. 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. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nella sentenza 8C_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. 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; STF 9C_262/2016 del 30 agosto 2016). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. Grisanti , Nuove regole per la valutazione dell'invalidità., in: RtiD II-2006, p. 311 seg., in particolare p. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione a 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 p. 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. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5 Nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'CO 1, che il salario medio risultante dalle DPL si situava soltanto leggermente sotto quello secondo l'ISS (in questo senso, si veda pure la STF 8C_647/2013 del 4 giugno 2014 consid. 7.2). 2.5.3. Dalle tavole processuali risulta che l'amministrazione ha quantificato in fr. 66'555.36 il reddito da invalido, applicando la tabella TA1 2012, media totale, livello di qualifica 1, uomini, riportato sulle 41.7 ore e aggiornato al 2015, operando successivamente una decurtazione del 4.82% (ovvero della parte percentuale che supera la soglia del 5%) a titolo di gap salariale e del 15% quale deduzione sociale, giungendo così all'importo di fr. 53'846.- (doc. 3). La patrocinatrice dell'assicurato ha, per un verso, contestato la mancata produzione da parte dell'CO 1 delle schede DPL che non hanno potuto essere prese in considerazione dall'Istituto assicuratore, poiché troppo esigue (< 25) per rappresentare adeguatamente il mercato equilibrato del lavoro e, per altro verso, critica l'operato dell'CO 1 per non aver applicato nel caso concreto l'art. 28 cpv. 4 OAINF. In data il 2 dicembre 2016 l'CO 1 ha versato agli atti " un estratto delle schede DPL (...), giusta il quale l'CO 1 ha ritenuto di non poter prendere in considerazione nel caso di specie, poiché troppo esigue (< 25) per rappresentare adeguatamente il mercato equilibrato del lavoro " (doc. X). Innanzitutto, il TCA osserva che l'assicuratore convenuto ha correttamente rinunciato a quantificare il reddito da invalido in base alle DPL, in quanto il numero di schede entranti in linea di conto alla luce dell'esigibilità lavorativa tracciata dal medico _____ (2 – cfr. estratto di cui al doc. X) va considerato insufficiente per rappresentare adeguatamente il mercato equilibrato del lavoro (sul tema, si veda la STCA 35.2014.20 del 28 luglio 2014 consid. 2.7., cresciuta incontestata in giudicato). Utilizzando i dati forniti dalla tabella citata in precedenza, 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. dati pubblicati sul sito web dell'UFS; a questo proposito, si veda la STF 8C_480/2010 del 10 marzo 2012 consid. 3.1.1), esso ammonta a fr. 5'431.42 mensili oppure a fr. 65'177.04 per l'intero anno (fr. 5'431.42 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2015, un reddito annuo di fr. 66'555.36. L'assicurato, quale magazziniere, avrebbe realizzato nel 2015 un reddito annuo di fr. 57'320.58 per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 63'564.76; cfr. Tabella TA 1 2012, ramo economico 10-11 " industrie alimentari ", livello di qualifica 1, uomini: fr. 4'904 riportato su 42.2 ore/settimana x 12 mesi = fr. 63'564.76 e aggiornato al 2015). In casu, in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 3.2 in fine, il reddito statistico da invalido (fr. 66'555.36) va ridotto dell'4,82%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%) e si attesta pertanto a fr. 63'347.40 (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. 390, 396 e 433). La patrocinatrice del ricorrente non ha contestato questa riduzione in sede di ricorso (doc. I). 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'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 15%, ammonta dunque a fr. 53'846.--. Da ultimo, va altresì osservato che è la problematica neuropatica di cui soffre l'assicurato (che, per i motivi già esposti al considerando 2.2.6, non è di pertinenza dell'assicuratore resistente) a rendere chiaramente difficoltoso lo svolgimento di un'attività professionale. D'altra parte, ciò non toglie che, come rattamente rilevato dall'CO 1, il guadagno "da invalido" di fr. 53'846.-- e quello "da valido" di fr. 57'321.- - equivalgono ai redditi che potrebbe eseguire un assicurato di mezza età vittima di un danno alla salute della stessa gravità di quello dell'assicurato ai sensi dell'art. 28 cpv. 4 OAINF. In conclusione, il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 53'846.-- al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto l'infortunio, e cioè fr. 57'321.-- - risulta essere del 6.06%, arrotondato al 6% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. In siffatte circostanze è dunque a giusta ragione che l'CO 1 - con la decisione del 22 ottobre 2015 (doc. 396), confermata con la decisione su opposizione impugnata (doc. 433) - si è rifiutata, a fronte di un discapito economico inferiore al 10% (art. 18 cpv. 1 LAINF), di accordare al ricorrente una rendita d'invalidità. Nulla muta a questo riguardo il fatto che, in ambito LAI, RI 1 sia stato posto a beneficio di una rendita d'invalidità intera dal 1° marzo 2013 (doc. 252 e doc. XII), dal momento che la stessa è riconducibile alla componente neurologica del danno alla salute (" sindrome da dolore neuropatico della gamba sinistra ") di cui soffre l'assicurato che, per i motivi già indicati al consid. 2.2.6, non è di pertinenza dell'assicuratore resistente. 2.6. Diritto a un'indennità per

menomazione all'integrità? 2.6.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a 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).

2.6.2. 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 e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghèlew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.6.3. 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).

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

219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a). 2.6.5. Nel caso di specie, dopo aver sentito il parere del 28 aprile 2015 del dr. med. _____, giusta il quale " (...) L'assicurato già prima dell'intervento era portatore di una grave pangonartrosi che secondo la tabella

E. 5.2

avrebbe dato diritto ad una IMI tra il 30% e il 40%. Con l'impianto della protesi si è ottenuto un leggero miglioramento della funzionalità del ginocchio ed una diminuzione, dei dolori. Ritengo quindi che per quanto riguarda l'artrosi l'assicurato non ha diritto ad una IMI. Persistono tuttavia queste problematiche della gamba in stato dopo fascectomia e insufficienza venosa cronica. Secondo la tabella 16.2 una fibrosi con edema duro in stato dopo infezione locale e dermatite viene indennizzato con una IMI del 5%. Ritengo che in questo caso la situazione sia paragonabile allo stadio B secondo la tabella 16.2 del prontuario IMI (...) " (doc. 354) , con decisione del 22 ottobre 2015 (doc. 396), l'CO 1 ha riconosciuto a RI 1 un'indennità per menomazione dell'integrità del 5%. Nell'ambito della procedura di opposizione la patrocinatrice dell'assicurato ha contestato l'operato del medico _____ per non aver riconosciuto al suo cliente un'IMI tra il 30% e il 40% per la grave pangonartrosi di cui soffre sulla base della tabella 5 concernente l'IMI per artrosi rispettivamente un'IMI del 30% per un blocco del 5% in estensione del ginocchio sinistro di cui è affetto sulla base della tabella 2 concernente l'IMI da alterazioni funzionali degli arti inferiori (doc. 425). Invitato dall'CO 1 a pronunciarsi in merito alle obiezioni sollevate dalla rappresentante dell'assicurato, il dr. _____, nel proprio apprezzamento medico del 22 marzo 2016, ha puntualizzato quanto segue (doc. 432): " (...) La valutazione fatta dall'avvocato è considerata nel caso di una rigidità del ginocchio in posizione di completa estensione o al massima di flessione di 5° e quindi il ginocchio non è più flettibile oltre a questi gradi. Nel nostro caso il ginocchio è flettibile a 110° contro un 120° dalla parte controlaterale e vi è in estensione soltanto un deficit di 5° ciò che comporta un deficit totale di flesso/estensione di 15° al massimo cosa che sicuramente non dà diritto ad alcun indennizzo IMI. Per quanto riguarda il ginocchio il paziente presentava già prima dell'infortunio una grave pangonartrosi indennizzabile secondo le tabelle con 30 - 40%. Al momento della protesi questa artrosi non era peggiorata per cui il paziente non ha diritto in questo senso ad una IMI. La IMI non è neppure giustificata in un paziente che presenta soltanto un deficit massimo di flesso/estensione totale di circa 15%. (...) ". Tenuto conto di tali indicazioni, l'assicuratore LAINF in data 30 marzo 2016 ha confermato il contenuto della sua prima decisione, riconoscendo all'assicurato un'IMI del 5% (doc. 433). Nell'ambito della procedura di ricorso, la rappresentante dell'assicurato ha ribadito le proprie critiche all'operato del medico _____ per non aver riconosciuto al suo cliente: 1) un'IMI tra il 30% e il 40% per la grave pangonartrosi di cui soffre sulla base della tabella 5 concernente l'IMI per artrosi anziché della tabella 16 riguardante l'IMI per sindrome post-trombotica, ritenuto che il suo assistito, contrariamente a quanto ritenuto dal dr. med. _____, non soffre, sulla base di quanto accertato dallo specialista in occasione della visita angiologica del 5 ottobre 2015, di alcuna insufficienza venosa cronica; 2) un'IMI del 30% per un blocco del 5% in estensione del ginocchio sinistro di cui è affetto sulla base della tabella 2 concernente l'IMI da alterazioni funzionali degli arti inferiori (doc. I). Il TCA osserva che non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'CO 1. In effetti, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a

prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronunzia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dal dr. med.

_____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che la diagnosi di una " pangonartrosi sinistra medio-grave evidente già al momento dell'infortunio " caratterizzata da becchi osteofitici su tutti e tre I compartimenti femoro-tibiale mediale e laterale e femoro-patellare con riduzione delle rime articolari e calcificazioni a livello della fovea probabilmente su base di acido urico è stata posta altresì dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e in medicina generale, del Centro Accertamenti Medico Assicurativi di _____, che parimenti vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, il quale, nel proprio rapporto del 19 agosto 2013 (basato sulle RMX e TAC del ginocchio sinistro del 23 marzo 2012 rispettivamente RMX del ginocchio sinistro del 3, 6, 27 aprile 2012 e del 1, 7, 30 maggio 2012, e del 28 giugno 2012, 31 luglio 2012, 28 agosto 2012, 30 ottobre 2012, 26 marzo 2013; doc. 173) - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque parimenti attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.3.4) -, ove ha puntualizzato altresì che l'infortunio in questione aveva " provocato un peggioramento direzionale di una pangonartrosi preesistente " nel senso che " la circostanza che si sarebbe verificata entro i prossimi tre anni, è praticamente avvenuta ora " (doc. 173). In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata attribuita un'IMI del 5%. 2.7. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata.

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