

TI_GERICHTE 35.2017.76 vom 4. Oktober 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-10-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2017.76

FR: TI_GERICHTE 35.2017.76 du 4 octobre 2018

IT: TI_GERICHTE 35.2017.76 del 4 ottobre 2018

Regeste

Stabilizzazione 2017. Reddito da invalido (dati statistici). Gap salariale. No rendita. IMI 5% confermata

Erwägungen

E. 5

%. Preliminarmente v a qui ricordato che, in virtù del principio inquisitorio, il TCA è tenuto a prendere in considerazione ogni mezzo di prova - anche se prodotto intempestivamente - nella misura in cui esso si rivela essere in qualche modo rilevante ai fini di un corretto e puntuale chiarimento di fatti giuridicamente importanti; determinante non è la provenienza di un mezzo di prova ma il suo contenuto (cfr. STCA 26.1999.119 del 24 gennaio 2000, consid. 2.2, confermata con STF K 22/00 del 30 novembre 2000). Del resto un accertamento insufficiente della fattispecie giuridicamente rilevante costituisce una violazione del principio inquisitorio (cfr. STCA 35.2016.84 del 18 luglio 2017, c. 2.4). Inoltre, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata (in casu , il 1° giugno 2017), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. sentenza 8C_402/2015 del 29 febbraio 2016, consid. 5.3 in fine, con riferimento alla DTF 132 V 215, consid. 3.1.1 pag. 220). Stante quanto precede, i documenti medici prodotti dalle parti successivamente al 1° giugno 2017 (data questa, giova ribadire, di emanazione della decisione impugnata che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali) - e, quindi, sia quelli versati agli atti dalla patrocinatrice dell'assicurato (da ultimo, il certificato medico del 17 luglio 2018 del dr. med. _____) sia quelli prodotti dall'CO 1 (da ultimo, l'apprezzamento ortopedico del 27 agosto 2018 del dr. med. _____) - vengono presi in considerazione ai fini del giudizio quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa, nella misura in cui vengono giudicati rilevanti. Ne discende che l'eccezione procedurale (di chiaro stampo civilistico) presentata il 20 settembre 2018 dalla rappresentante del ricorrente, consistente nella richiesta di estromissione del doc. XXIII+1 poiché prodotto tardivamente, è respinta. 2.2. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° maggio 2017? 2.2.1. 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. 2.2.2. Nel caso di specie, preso atto dei risultati della visita medica _____ di chiusura del 13 marzo 2017, eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia (doc. 351), il 31 marzo 2017 l'CO 1 ha comunicato all'assicurato la sospensione delle prestazioni (spese di cura e indennità giornaliera), a decorrere dal 1° maggio 2017, ritenuto che, in base alla documentazione medica agli atti, il suo stato di salute era ormai da considerare stabilizzato (" a dipendenza dell'infortunio in oggetto le risorse mediche per un ulteriore sensibile miglioramento del suo stato di salute siano da ritenersi praticamente esaurite "). Il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto ritenuto dall'CO 1. In effetti dalla documentazione medica agli atti emerge che RI 1 si è sottoposto il 17 maggio 2016 ad una artroscopia con débridement e cheloidectomia anteriore, asportazione residuo osseo, escissione LFTA e reinserzione dell'LFTA secondo tecnica di Broström Gould ad opera del dr. med. _____ presso la _____ di _____ (doc. 294 e 295). Il 9 giugno 2016 il dr. med. _____ ha cambiato il gesso post-operatorio con uno stivale gessato da portare per 3 settimane ed ha attestato: " Fristgerechter Verlauf. Problemlose Fadenentfernung. Es bleibt bei den geplanten Kontrollen mit Gipsentfernung in 3 Wochen und Wechsel auf ASO-OSG- Schnürbandage sowie Einleitung von Physiotherapie " (doc. 297). Durante la visita di controllo del 30 giugno 2016 il dr. med. _____ ha constatato la diminuzione del dolore, nonostante il persistere del dolore e del gonfiore alla caviglia, ed ha concluso: " Nach klinischer radiologischer Untersuchung zeigt sicher in regelrechter Befund 6 Wochen nach den obengenanntem operativen Vorgehen. Der Patient erhält eine ASO-OSG- Schnürbandage sowie Einleitung einer Physiotherapie. Die Physiotherapie zur langsamen Aufbelastung bis zur sicheren Vollbelastung sowie zum Kraftaufbau. Nächste Kontrolle ist in 3 Wochen geplant. " (doc. 298). Durante la visita di controllo del 14 luglio 2016 il dr. med. _____ ha accertato un miglioramento continuo ed ha puntualizzato: " Fristgerechter Verlauf. Weiterführen der Therapie und eigenen Uebungen. Klinische Verlaufskontrolle in ca. 3-4 Monaten. " (doc. 303). Al termine della visita di controllo del 21 ottobre 2016 il dr. med. _____ ha osservato: " Insgesamt erfreulicher und fristgerechter Verlauf. Weiterhin Mobilisation nach massgabe der Beschwerden unter Fortführung der Physiotherapie und Uebungen in eigenregie. Wir planen eine Abschlusskontrolle ein jahr postoperativ. Bei diesem Möbeltransporteur AUF noch für etwa 2 Wochen, dann Arbeitsversuch mit 50% für 2 Monate " (doc. 317). Su richiesta del 1° dicembre 2016 dell'CO 1 (doc. 326), il 6 dicembre 2016 il dr. med. _____ ha puntualizzato: " Ab 08.11.2016 ist Herr RI 1 zu 50% arbeitsfähig. Dies bedeutet volle belastung jedoch nur halbtags, vorzugsweise vormittags " (doc. 329). Al termine della visita medico-circondariale del 9 gennaio 2017, il dr. med. _____ - dopo avere rilevato che " Al momento attuale la fisioterapia è terminata, la situazione è decisamente migliorata per

cui si consiglia all'assicurato di riprendere a forzare moderatamente e gradualmente l'articolazione con una costante riabilitazione al passo. Per il momento non necessita di ulteriori terapie se non di questa ripresa funzionale " (doc. 334, pag. 7) - ha concluso che " Visto il miglioramento effettuato si dichiara l'assicurato abile al 75% e sarà rivisto all'incirca tra un paio di mesi " (doc. 334, pag. 7). Al termine della visita medico-circondariale del 13 marzo 2017, il dr. med. _____ - dopo avere rilevato che la visita medico-circondariale era " sostanzialmente analoga alla precedente " (doc. 351, pag. 6) e che " Al momento attuale la situazione è decisamente stabilizzata, non fa più fisioterapia, non ci sono ulteriori motivazioni per prolungare lo stato di malattia. Al momento attuale non necessita quindi di ulteriori terapie se non un paio di volte all'anno per circa 2 anni cicli di fisioterapia per mantenere essenzialmente lo stato raggiunto " (doc. 351, pag. 7) - ha concluso che " Al momento attuale l'assicurato viene ritenuto idoneo in misura massima possibile " nell'esigibilità posta (doc. 351, pag. 7). Il 4 aprile 2017 il dr. med. _____ ha osservato: " Herr RI 1 hat am 18.05.2017 eine Konsultationstermin. Bis zu diesem Termin kann ich nicht beurteilen ob die Behandlung abgeschlossen sein wird " (doc. 355). Al termine della visita di controllo del 18 maggio 2017 il dr. med. _____ ha concluso: " Insgesamt erfreulicher Verlauf. Es persistieren Restbeschwerden, welche möglicherweise im Rahmen eines residuellen antero-lateralen Impingement bestehen sowie einer residuellen ligamentären Instabilität sowie muskulärer Dekonditionierung aufgrund der präoperativ bestehenden jahrelangen Schonung des Beines. Es erfolgt heute eine diagnostisch/therapeutische Infiltration des OSG und der antero-lateralen Weichteile mit Bupivacain und Diprophos (...). Ich empfehle die Uebungen weiter beizubehalten. In einem voviewegenden sitzenden Beruf ist Herr RI 1 100% arbeitsfähig, in einem körperlichbelasten Beruf mit vorwiegend Stehen, laufen und Tragen sowie unebenem Untergrund aktuell meiner Einschätzung nach max 50% arbeitsfähig. Der weitere Verlauf bleibt abzuwarten. Sollte sich in Zukunft die residuell ligamentäre Instabilität als relevant herausstellen, müsste ggf. Eine Augmentation des Seitenband-Apparates diskutiert werden " (doc. 362). Tutto ben considerato, precisato che, secondo la giurisprudenza federale, occorre procedere a una valutazione prospettica della questione della stabilizzazione , ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (dunque, in caso , nel mese di maggio 2017; cfr. RAMI 2005 U 557 p. 388; STF 8C_651/2016 del 15 dicembre 2016 consid. 4.1, 8C_184/2017 del 13 luglio 2017 consid. 2.2, 8C_303/2017 del 5 settembre 2017 consid. 6.3.1; STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017, consid. 2.3.3), il TCA ritiene di poter condividere il parere del medico fiduciario, distanziandosi nel contempo dalle obiezioni sollevate in proposito dalla patrocinatrice dell'insorgente. In effetti, dalla documentazione medica precedentemente esposta non emerge che, all'epoca in cui l'assicuratore ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata, entrassero ancora in linea di conto dei provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche ai sensi della succitata DTF 134 V 109, tenuto conto che già a quel momento RI 1 era definitivamente inabile all'esercizio della sua abituale professione di "traslocatore", mentre presentava una piena capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (aspetto quest'ultimo che verrà meglio definito nei considerandi che seguono). Non permette di giungere a diversa conclusione il fatto che l'assicurato abbia continuato in seguito a sottoporsi a visite di controllo. Parimenti dicasi per l'infiltrazione diagnostica-terapeutica eseguita il 18 maggio 2017 rispettivamente per l'eventuale intervento prospettato al 18 maggio 2017 e a tutt'oggi non ancora resosi necessario. Non consente di giungere ad una conclusione differente neppure la svariata documentazione

medica (in particolare, doc. C, D, E, F G e doc. XIX+1) prodotta in questa sede dalla patrocinatrice dell'assicurato. Del resto, con espresso riferimento al rapporto del 17 luglio 2018 di cui al doc. XIX+1, i dr. med. _____ e _____ della _____ di _____, hanno rilevato quanto segue: " Therapeutisch seit

E. 10

tagen Physio-und Ergotherapie (...). Bei dem 44-jährigen Patienten bestehen seit oben beschriebener Operation in Mai 2016 intermittierende belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des malleolus lateralis des linken Fusses. Vor der Operation waren diese nach einem Treppensturz im Jahre 2012 kontinuierlich vorhanden ". Sempre con espresso riferimento al citato rapporto, il dr. med. _____, nell'apprezzamento ortopedico del 27 agosto 2018 di cui al doc. XXIII+1, ha osservato quanto segue: " Nell'ultimo reperto del 17 luglio 2018, pure se ci sono ancora disturbi lamentati, questi possono comunque essere ritenuti molto limitati, poiché possiamo evincere di questo rapporto che il signor RI 1 non prende terapia antalgica regolare e che egli è in grado di praticare diverse attività fisiche, esse provocando i sintomi che sono altrimenti assenti. In base a queste informazioni, in base allo stato clinico riferito a livello della caviglia, sia dal dott. _____, sia dal dott. _____ e in considerazione dell'esito degli esami complementari (ultimo esame RM il 28 maggio 2018), non vedo per quale motivo si dovrebbe considerare una qualche limitazione di capacità lavorativa nel quadro dell'esigibilità fisica definita dal dott. _____. (...) I documenti medici trasmessi dopo la decisione su opposizione del 1° giugno 2017 non comportano elementi di natura medica suscettibili di rimettere in questione le conclusioni del dott. _____ in seguito a due valutazioni cliniche a due mesi di distanza " (cfr. pag. 5 e 6) A fronte di una questione squisitamente medica, il TCA non ha motivo neppure di scostarsi da quanto osservato dal medico fiduciario, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, che ha sostanzialmente confermato la precedente valutazione del dr. med. _____ e, quindi, anche l'intervenuta stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato da lui attestata al termine della visita medico circondariale di chiusura del 13 marzo 2017. Tanto più che neppure la patrocinatrice dell'assicurato è stata in grado di evidenziare motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore resistente. D'altra parte la valutazione dello specialista interpellata dall'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici, ma unicamente dal parere della rappresentante legale dell'assicurato, che ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. Con espresso riferimento alla critica mossa all'operato del dr. med. _____, per aver formulato le proprie considerazioni del 27 agosto 2018 basandosi solo sulla lettura degli atti senza avere personalmente visitato l'assicurato, giova in ogni caso qui ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario) dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (STCA 32.2017.27 dell'11 settembre 2017, consid. 2.7.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; 32.2017.47 del 19 febbraio 2018, consid. 2.6.2 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.39 del 20 marzo 2018, consid. 2.5 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). In esito alle considerazioni che precedono (in particolare, condividendo questa Corte la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° maggio 2017, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza), all'amministrazione non può dunque essere rimproverato di aver prematuramente proceduto alla definizione delle prestazioni di lunga durata (rendita

d'invalidità + IMI), con conseguente estinzione del diritto alla cura medica e all'indennità giornaliera. Data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF convenuto era quindi legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata.

2.3. Diritto a una rendita d'invalidità?

2.3.1. 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 previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.3.2. 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 . 2.3.3. Nella concreta evenienza, a causa dell'infortunio dell'8 gennaio 2012, RI 1 si è sottoposto l'11 novembre 2013 ad un'artroscopia diagnostica della cavaglia sinistra con artrolisi e sinoviectomia parziale antero/laterale ad opera del dr. med. _____ presso la _____ di _____

(doc. 124 e 125) e, a causa della sintomatologia post-infortunistica a livello della caviglia sinistra, il 17 maggio 2016 ad un'artroscopia con débridement e cheloidectomia anteriore, asportazione residuo osseo, escissione LFTA e reinserzione dell'LFTA secondo tecnica di Broström Gould ad opera del dr. med. _____ presso la _____ di _____ (doc. 294 e 295). Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo alla visita medica _____ di chiusura del 13 marzo 2017, eseguita dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia (doc. 351), giusta il quale: " (...) Aspetti medico-assicurativi Al momento attuale l'assicurato viene ritenuto idoneo in misura massima possibile nella seguente esigibilità lavorativa. Esigibilità del lavoro L'assicurato non ha nessuna limitazione funzionale per sollevare e portare pesi molto leggeri e leggeri fino a 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta può sollevare pesi medi da 10 fino a 25 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado può sollevare pesi pesanti (25-45 kg) fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare pesi molto pesanti superiori ai 45 kg fino all'altezza dei fianchi, nessuna limitazione per sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg o sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri e di precisione o medio, talvolta può effettuare lavoro pesante manuale rozzo, di rado può effettuare lavoro molto pesante, la rotazione della mano non ha nessuna limitazione. Per quanto riguarda la posizione e la mobilità, nessuna limitazione per effettuare lavori sopra la testa che comportino la rotazione del tronco, la posizione seduta e inclinata in avanti, la posizione in piedi e inclinata in avanti, di rado può tenere la posizione inginocchiata, spesso può effettuare una flessione sulle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta, in piedi e di libera scelta, nessuna limitazione per camminare da 50 metri in su e mentre solo talvolta può camminare per lunghi tratti, mai può camminare su terreno accidentato, spesso può salire le scale, talvolta può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è consentito senza nessuna limitazione, talvolta può stare in equilibrio a condizione. " (doc. 351, pag. 7 e 8). Tenuto conto delle indicazioni fornite dal proprio specialista di fiducia nella visita medica _____ di chiusura del 13 marzo 2017 (doc. 351), l'assicuratore LAINF ha quindi ritenuto che RI 1 andava considerato abile al lavoro al 100% (con rendimento pieno) in un lavoro molto leggero, osservando le limitazioni fisiche poste dal medico _____ (quali, ad es., l'addetto alla lucidatura d'orologi, il cassiere, l'estrusore per stampaggio ad iniezione o l'addetto alla spedizione) e, quindi, con decisione formale del 20 aprile 2017, ha rifiutato di accordargli una rendita di invalidità, a fronte di un grado di invalidità del 5.48 % (doc. 356). Il 18 maggio 2017 il dr. med. _____ ha concluso: " (...) In einem vowiegenden sitzenden Beruf ist Herr RI 1 100% arbeitsfähig, in einem körperlichbelasten Beruf mit vorwiegend Stehen, Laufen und Tragen sowie unebenem Untergrund aktuell meiner Einschätzung nach max 50% arbeitsfähig. (...) " (doc. 362). A seguito dell'opposizione inoltrata il 24 maggio 2017 dall'assicurato, patrocinato dall'avv. RA 1 (doc. 364), l'CO 1 - dopo avere fatto propria l'esigibilità posta dallo specialista d'oltralpe - con decisione su opposizione del 1° giugno 2017 ha confermato la precedente decisione, negando all'assicurato una rendita LAINF a fronte di un grado di invalidità del 9.05 % (doc. 369). Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene di far propria l'esigibilità stabilita dallo specialista d'oltralpe (medico operatore e curante dell'assicurato) e posta alla base della decisione avversata. Tanto più che la stessa - oltre a non essere stata smentita da certificazioni mediche specialistiche in questa sede (ma solo attraverso il parere della patrocinatrice dell'assicurato che ha semplice valenza di dichiarazione di parte e che, pertanto, questa Corte non condivide) - risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni

nell'utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati). 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. Del resto la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, 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 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che 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. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). 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 (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Questo Tribunale è dell'opinione che le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico non impedirebbero all'assicurato, su di un mercato equilibrato del lavoro, di svolgere un'attività lavorativa (ad es. di controllo e di sorveglianza), a tempo pieno e con un rendimento completo, compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico (leggera e prevalentemente sedentaria). In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dalla patrocinatrice dell'assicurato all'operato del medico _____, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. Va qui pure ricordato che, q uando

l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

2.4. 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 i dati del 2017 (data di stabilizzazione dello stato di salute infortunistico dell'assi-curato: 1° maggio 2017; cfr. doc. 353; cfr. consid. 2.2.2).

2.5. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'istituto assicuratore, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2017, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo pari a fr. 50'674.- (doc. 368). Questo dato è stato desunto dalle indicazioni fornite direttamente dal datore di lavoro (doc. 349). La patrocinatrice dell'assicurato asserisce che il suo cliente, tenuto anche conto dei salari medi per professioni analoghe fissati in fr. 67'656.27 annui, avrebbe potuto incrementare il suo reddito ed in ogni caso di almeno fr. 800.- mensili, anche rimanendo presso l'ex datore di lavoro, continuando a lavorare a tempo pieno, con disponibilità a svolgere incarichi straordinari. Sennonché, in assenza di qualsivoglia indizio concreto in tal senso, la sua risulta essere una mera dichiarazione di parte, che non viene pertanto condivisa dal TCA. Occorre infatti tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Il "reddito da valido" per il 2017 ammonta quindi a fr. 50 '674.-.

2.6. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche

salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Nella seconda sentenza di principio il TFA ha fissato i criteri da adempiere affinché il reddito da invalido possa essere validamente determinato sulla base dei salari DPL. In quella sede, la nostra Corte federale - dopo aver rilevato che la soluzione secondo la quale l'assicuratore è libero di scegliere l'uno o l'altro metodo non è soddisfacente ed avere sottolineato la difficoltà a stabilire un ordine di priorità posto che entrambi i metodi presentano dei vantaggi e degli svantaggi - ha formulato alcuni requisiti qualitativi, oltre all'edizione di almeno cinque schede DPL, volti a garantire la rappresentatività dei profili DPL e, dunque, dei dati salariali che ne risultano. In ossequio a tale giurisprudenza, l'assicuratore è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di conto, così come sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. In caso contrario, non è possibile fondarsi sulle DPL ma si deve far capo ai dati statistici salariali dell'ISS. In una sentenza 8C_790/2009 del 27 luglio 2010 consid. 4.3, il Tribunale federale ha ritenuto auspicabile che l'INSAI produca un estratto della banca dati DPL, nel caso in cui stabilisca il reddito da invalido in base ai dati statistici, e ciò per non alimentare il sospetto che esso si sia fondato su questi ultimi in funzione del risultato desiderato. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 139 V 592 e nelle sentenze 8C_107/2014 del 24 luglio 2014 al consid. 4.2, 8C_448/2014 del 29 dicembre 2014 al consid. 5.2, 8C_215/2015 del 17 novembre 2015 al consid. 4.1, 4.3, 4.6, 8C_430/2014 del 21 dicembre 2015 al consid. 2.2, 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, e 8C_898/2015 del 13 giugno 2016 al consid. 3.3. In merito al requisito di rappresentatività dei profili DPL, per prassi, l'assicuratore resistente lo ritiene adempiuto segnatamente quando, in un caso concreto, le corrispondenze trovate sono almeno 25 (in proposito, si veda Stefan A. Dettwiler, Suva "DAP" nicht im Dunkeln - Invalidenlohnbemessung anhand konkreter Arbeitsplätze (DAP) in SZS 2006, p. 6ss., p. 13 : "In qualitativer Hinsicht hat das EVG vier Zusatzangaben verlangt, wobei hier die Zusatzangaben nach der gesamten Zahl (= Treffer) eine wichtige Rolle spielt. Wie hoch muss jedoch diese Zahl sein, um dem Erfordernis nach "Repräsentativität" zu genügen? Die Suva geht davon aus, dass bei einer gesamten Zahl (= Treffer) von mindestens 25 diesem Erfordernis nach Repräsentativität genügend Rechnung getragen wird. Folglich muss die oben unter den neuen Anforderungen gennante gesamte Anzahl (= Treffer) von DAP-Blättern mindestens 25 betragen." - il corsivo è della redattrice; cfr. STCA 35.2014.20 del 28 luglio 2014). Nell'appena citata STCA 35.2014.20 del 28 luglio 2014, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha ritenuto non censurabile la precitata prassi dell'INSAI, secondo cui il requisito di rappresentatività è soddisfatto quando sono almeno 25 le DPL che entrano in considerazione in un caso concreto. 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 (STCA 35.2016.57 del 9 gennaio 2017, consid. 2.7.2). Nella DTF 129 V 472 consid. 4.2.2, l'Alta Corte ha verificato, in base a una valutazione statistica compiuta dall'INSAI, 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; STCA 35.2016.37 del 23 novembre 2017, consid. 2.9). Per quanto riguarda la questione del gap salariale, va pure rilevato che, in una sentenza 8C_141/2016 e 8C_142/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3, il TF ha stabilito che non erano dati i presupposti per aumentare il reddito da valido, allorquando quest'ultimo è superiore al salario usuale del settore (in quella fattispecie, quello dell'edilizia), determinato in base al salario minimo d'assunzione previsto da un contratto collettivo di lavoro (in questo senso, si vedano pure la STF 8C_537/2016 dell'11 aprile 2017 consid. 6, in cui la Corte federale ha precisato che questa giurisprudenza è applicabile, mutatis mutandis, ad altri settori nei quali è stato concluso un contratto nazionale o un contratto collettivo di lavoro, e la STF 8C_643/2016 del 25 aprile 2017 consid. 4.3; STCA 35.2017.84 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4.7.). 2.6.1. Nella presente fattispecie, l'CO 1, nella decisione del 20 aprile 2017, aveva stabilito un reddito "da invalido" nel 2017 di fr. 47'898.- determinato in base alle DPL (doc. 356), sulla base dell'esigibilità posta dal medico di circondario al termine della visita medico_____ di chiusura del 13 marzo 2017 (doc. 351). A seguito dell'opposizione inoltrata il 24 maggio 2017 dall'assicurato, patrocinato dall'avv. RA 1 (doc. 364), l'CO 1 ha fissato un reddito "da invalido" nel 2017 di fr. 46'088.- (stabilito sulla base della TA1 2014, uomini, livello 1 di competenze, riportato un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore

computabili nel 2014 ed aggiornato al 2017, applicando una deduzione a titolo di gap salariale del 24.31% - pari a 29.31% dedotta la soglia del 5% - e una decurtazione sociale del 10%), sulla base dell'esigibilità posta dal dr. med. _____ nel rapporto del 18 maggio 2017 (doc. 362). Nel gravame la rappresentante dell'assicurato ha stigmatizzato l'operato dell'CO 1 per aver preso in considerazione delle attività (addetto alla lucidatura d'orologi, cassiere, estrusore per stampaggio ad iniezione o addetto alla spedizione) che appaiono assai limitate e improbabili nel mercato del lavoro attuale. Motivo per il quale non potevano entrare in considerazione quali attività da proporre al suo cliente. La patrocinatrice del ricorrente ha contestato l'operato della CO 1 anche per non aver ottemperato in concreto all'obbligo di produrre almeno cinque DPL e di 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. Per tutti questi aspetti la decisione, carente dal profilo formale, dovrebbe essere annullata. Il TCA osserva che nella decisione avversata l'assicuratore convenuto ha fissato il reddito da invalido dell'assicurato in base ai dati statistici e che era legittimato a rinunciare a quantificarlo in base alle DPL, in quanto il numero di schede entranti in linea di conto alla luce dell'esigibilità lavorativa tracciata dal dr. med. _____ (21 - cfr. estratto di cui al doc. 368, p. 5) 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, la STCA 35.2016.57 del 9 gennaio 2017 consid. 2.7.3 e la STCA 35.2017.84 del 19 febbraio 2018 consid. 2.4.7, cresciute incontestate in giudicato). Questa Corte rileva pure che nel gravame la patrocinatrice del ricorrente si è semplicemente rimessa al giudizio del TCA circa la correttezza della commisurazione della rendita d'invalidità operata dalla CO 1 nel caso di specie. La rappresentante dell'insorgente non ha contestato né il reddito da invalido né la deduzione sociale operata dall'CO 1. Utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2014 TA 1 , l'assicurato, svolgendo nel 2014 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) 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. 5'312.-. Riportando questo dato su 41.7 ore , esso ammonta a fr. 5'537.76 mensili oppure a fr. 66'453.12 per l'intero anno (fr. 5'537.76 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, l'INSAI ha ottenuto, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'656.27. Considerato che l'assicurato, quale "traslocatore", avrebbe realizzato nel 2017 un reddito annuo di fr. 50'674.- per un'occupazione a tempo pieno che si situava sotto la media dei salari per un'attività equivalente, cioè fr. 71'683.92, l'CO 1 ha ridotto il reddito statistico da invalido (fr. 67'656.27) del 24.31%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera il 5%) che è stato pertanto fissato in fr. 46'088.-. 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), il TCA ritiene che, operando pure una decurtazione sociale del 10%, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Mediante la riduzione in questione, l'Istituto assicuratore convenuto ha infatti debitamente tenuto conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica. Del resto, va ricordato che la nazionalità italiana e lo statuto di frontaliere dell'assicurato non giustificano un'ulteriore deduzione sociale del reddito da invalido (cfr., a questo proposito, la STF 8C-610/2017 del 3 aprile 2018, consid. 4.4.). Il "reddito da invalido" dell'assicurato per il 2017, considerata una decurtazione del 10%, ammonta quindi

a fr. 46'088.-. 2.7. Il grado di invalidità dell'insorgente - determinato confrontando i fr. 46 '088.00 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 50 '674.00 - , risulta essere del 9.05%, arrotondato al 9% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. 2.8. In siffatte circostanze è dunque a giusta ragione che l'CO 1 non ha riconosciuto il diritto ad una rendita non raggiungendo, in ogni caso, il grado di invalidità la soglia del pensionabile del 10%. La decisione dell'CO 1 che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va di conseguenza tutelata.

2.9. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.9.1. 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). 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). 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). 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).

2.9.2. Nella concreta evenienza, dopo aver sentito il parere del 13 marzo 2017 del dr. med. _____ (redatto, giova qui rilevare, dopo avere visitato personalmente l'assicurato ed averne eseguito l'esame obiettivo), giusta il quale " Secondo la tabella Suva 2.2, una limitazione funzionale causata da un disturbo funzionale dell'articolazione sub-talare ha una valutazione molto variabile tra il 5 e del 30 %. All'esame obiettivo ne noto la minima limitazione funzionale e pertanto una percentuale del 5 % appare decisamente congrua. " (doc. 350), l'CO 1 ha riconosciuto all'assicurato, con la decisione del 24 aprile 2017 (doc. 356) - confermata con la decisione su opposizione del 1° giugno 2017 qui avversata (doc. 369) - un'IMI del 5%. La rappresentante dell'insorgente critica la valutazione dell'IMI del 5% effettuata dal medico di circondario, quando altre menomazioni, quali ad esempio la perdita di un pollice, sono classificate nell'allegato 3 OAINF, a cui l'assicurazione fa riferimento, e danno diritto ad un'IMI del 20%. La CO 1 ha considerato tutte le gravi limitazioni che affliggono l'assicurato come una " minima limitazione funzionale " e non ha ritenuto di raccogliere altre delucidazioni mediche su questo punto. Il medico di circondario, dal canto suo, nonostante avesse visitato una volta sola l'assicurato, si è detto perfettamente a conoscenza del decorso, senza aver bisogno di interpellare al proposito il dr. med. _____, i cui reperti non sono stati ritenuti peraltro atti a mettere in dubbio la sua valutazione. La rappresentante dell'insorgente censura questo modo di procedere, rimettendosi al giudizio del TCA in punto alla definizione dell'IMI, che chiede venga aumentata adeguatamente. Il TCA osserva in ogni caso che non ha motivo di scostarsi da quanto deciso dall'. 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 pronuncia 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 dalla dr. med. _____, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che neppure la patrocinatrice dell'assicurato è stata in grado di evidenziare motivi atti ad imporre al TCA di scostarsi dall'apprezzamento espresso dal medico di fiducia dell'assicuratore resistente. D'altra parte la valutazione dello specialista interpellato dall'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale ed il parere della rappresentante legale dell'assicurato ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta un'IMI del 5% per il danno permanente all'arto inferiore sinistro. 2.10.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono il gravame deve dunque essere respinto e la decisione su opposizione avversata confermata. 2.11. Con l'emanazione del presente giudizio diviene priva di oggetto l'istanza tendente alla concessione dell'effetto sospensivo del ricorso (cfr. doc I, pag. 10; STCA 35.2017.45 del 23 ottobre 2017, consid. 2.6).

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