

TI_GERICHTE 35.2019.1 vom 22. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.1

FR: TI_GERICHTE 35.2019.1 du 22 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.1 del 22 maggio 2019

Erwägungen

E. 3

con riferimenti). Un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (cfr. sentenza 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con riferimenti). 2.2.4. Nel caso concreto, il ricorrente ritiene manifestamente errato il calcolo dell'ammontare dell'indennità giornaliera che gli è stata riconosciuta, e ciò nella misura in cui nel 2013 il suo guadagno annuo assicurato sarebbe stato di fr. 65'980.- annui, così come risultante dal certificato di salario prodotto in sede di opposizione (cfr. allegato a doc. A-77) e sul quale ha pagato i contributi e le imposte, anziché di soli fr. 59'280.- (cfr. doc. I, p. 2). A norma dell'art. 15 cpv. 1 LAINF, le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato. Il cpv. 2 stabilisce che per il calcolo delle indennità giornaliere è considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. Il medesimo art. 15, al suo cpv. 3, permette al Consiglio federale di emanare disposizioni particolari, segnatamente in caso di diritto alle indennità giornaliere per un lungo periodo (lett. a), in caso di malattia professionale (lett. b), quando l'assicurato non riscuota affatto, o non ancora, il salario consueto nella sua professione (lett. c) e qualora l'assicurato sia occupato in modo irregolare (lett. d). Per guadagno assicurato si deve intendere, in genere, tutte le somme versate all'assicurato dal suo datore di lavoro, e ciò allo scopo di remunerare un lavoro dipendente, prestato per un tempo determinato o indeterminato. Tali somme fanno parte del guadagno assicurato soltanto se si trovano in una relazione economica con il rapporto di lavoro. Si considera, pertanto, reddito derivante da un'attività salariata, non solo la retribuzione versata per il lavoro effettuato ma, di principio, anche le indennità o prestazioni che si trovano in una qualsiasi relazione con il rapporto di lavoro, nella misura in cui queste prestazioni non siano esenti da premio in virtù di disposizioni legali espresse (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 83 e giurisprudenza ivi menzionata). Di regola, è considerato guadagno assicurato il salario determinante ai sensi degli artt. 5 cpv. 2 LAVS e 6 ss. OAVS (cfr. art. 22 cpv. 2 OAINF). L'art. 22 cpv. 3 OAINF prevede, nuovamente, che l'indennità giornaliera è calcolata in base all'ultimo salario ricevuto dall'assicurato prima dell'infortunio, inclusi gli

elementi del salario non ancora versati che gli sono dovuti. Derogando al principio posto dagli artt. 15 cpv. 2 prima frase LAINF e 22 OAINF, l'art. 23 OAINF definisce il salario determinante per l'indennità giornaliera in alcuni casi speciali (cfr. STCA 35.2017.79 del 20 marzo 2018, consid. 2.8). Chiamato ora a pronunciarsi - premesso che una manifesta erroneità della decisione cresciuta in giudicato è data, da una parte, qualora una prestazione sia stata fornita in base a norme giuridiche inesatte o comprese in modo errato oppure se disposizioni determinanti non sono state applicate o lo sono state erroneamente e, dall'altra, se la decisione in questione è stata presa sulla base di una fattispecie insostenibile, in particolare nel caso in cui una chiara violazione del principio inquisitorio è causa di una fattispecie incompleta (cfr. STF 8C_780/2016 del 24 marzo 2017 consid. 4.1), con la precisazione che determinante è la situazione di fatto di cui l'amministrazione era a conoscenza all'epoca (cfr. STFA C 122/00 del 30 marzo 2001 consid. 3a e riferimenti ivi indicati: "... - unter Zugrundelegung des damals bekannten Sachverhalts ..." - il corsivo è della redattrice; cfr. STCA 35.2017.79 del 20 marzo 2018, consid. 2.9), questo Tribunale ritiene che la decisione su opposizione impugnata debba essere confermata. In effetti, secondo il TCA, l'istituto assicuratore ha correttamente applicato gli articoli 15 cpv. 2 LAINF e 22 cpv. 3 OAINF, che costituiscono in effetti la base legale per determinare il guadagno assicurato su cui calcolare l'indennità giornaliera, facendo pertanto capo all'ultimo salario percepito dall'assicurato prima dell'infortunio. Peraltro, l'insorgente non pretende che il caso che lo riguarda rientri in uno o nell'altro dei casi speciali previsti dall'art. 23 OAINF. D'altro canto, non è criticabile il fatto che l'amministrazione abbia quantificato l'ultimo salario realizzato da RI 1 prima dell'infortunio ai sensi dell'art. 15 cpv. 2 LAINF, prendendo in considerazione il salario dichiarato nell'annuncio d'infortunio (dunque fr. 4'560.-/mese per tredici mensilità - cfr. doc. A-1), come è d'altronde norma fare, senza procedere a ulteriori accertamenti. A quest'ultimo riguardo va rilevato che, a quel momento, non emergevano elementi suscettibili di generare dei dubbi circa la correttezza del dato in questione, tanto più che esso era stato di fatto fornito dal datore di lavoro. Questa conclusione si giustifica tanto più che il ricorrente ha percepito per anni un'indennità giornaliera calcolata su un guadagno assicurato di fr. 59'280.-, senza sollevare obiezioni di sorta. In esito a tutto quanto precede, questa Corte ritiene che i conteggi con i quali CO 1 ha stabilito l'ammontare dell'indennità giornaliera non possano essere considerati viziati da un errore manifesto e che, pertanto, il suo rifiuto di reconsiderarli debba essere confermato. Facendo difetto una delle condizioni cumulative previste dall'art. 53 cpv. 2 LPGA, può rimanere aperta la questione di sapere se la rettifica della decisione avrebbe una notevole importanza. Stante quanto precede, per quest'aspetto, la decisione su opposizione impugnata non presta il fianco a critica alcuna e merita di essere confermata.

2.3. Disturbi alla schiena: causalità naturale (e adeguata) con l'infortunio del 4 giugno 2013? 2.3.1. Presupposto essenziale per l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicurazione contro gli infortuni è l'esistenza di un nesso di causalità naturale fra l'evento e le sue conseguenze (danno alla salute, invalidità, morte). Questo presupposto è da considerarsi adempiuto qualora si possa ammettere che, senza l'evento infortunistico, il danno alla salute non si sarebbe potuto verificare o non si sarebbe verificato nello stesso modo. Non occorre, invece, che l'infortunio sia stato la sola o immediata causa del danno alla salute; è sufficiente che l'evento, se del caso unitamente ad altri fattori, abbia comunque provocato un danno all'integrità corporale o psichica dell'assicurato, vale a dire che l'evento appaia come una condizione sine qua non del danno. È questione di fatto lo stabilire se tra evento infortunistico e danno alla salute esista un nesso di causalità naturale; su detta questione

amministrazione e giudice si determinano secondo il principio della probabilità preponderante - insufficiente essendo l'esistenza di pura possibilità - applicabile generalmente nell'ambito dell'apprezzamento delle prove in materia di assicurazioni sociali (cfr. RDAT II-2001 N. 91 p. 378; SVR 2001 KV Nr. 50 p. 145; DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 195; STFA del 4 luglio 2003 nella causa M., U 133/02; STFA del 29 gennaio 2001 nella causa P., U 162/02; DTF 121 V 6; STFA del 28 novembre 2000 nella causa P. S., H 407/99; STFA del 22 agosto 2000 nella causa K. B., C 116/00; STFA del 23 dicembre 1999 in re A. F., C 341/98, consid. 3, p., 6; STFA 6 aprile 1994 nella causa E. P.; SZS 1993 p. 106 consid. 3a; RCC 1986 p. 202 consid. 2c, RCC 1984 p. 468 consid. 3b, RCC 1983 p. 250 consid. 2b; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989, p. 31-32; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Basilea 1991, p. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificare la disattenzione (cfr. DTF 119 V 31; DTF 118 V 110; DTF 118 V 53; DTF 115 V 134; DTF 114 V 156; DTF 114 V 164; DTF 113 V 46). Ne discende che ove l'esistenza di un nesso causalità tra infortunio e danno sia possibile ma non possa essere reputata probabile, il diritto a prestazioni derivato dall'infortunio assicurato dev'essere negato (DTF 129 V 181 consid. 3.1 e 406 consid. 4.3.1, DTF 117 V 360 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'assicuratore contro gli infortuni è tenuto a corrispondere le proprie prestazioni fino a che le sequele dell'infortunio giocano un ruolo causale. Pertanto, la cessazione delle prestazioni entra in considerazione soltanto in due casi: - quando lo stato di salute dell'interessato è simile a quello che esisteva immediatamente prima dell'infortunio (status quo ante); - quando lo stato di salute dell'interessato è quello che, secondo l'evoluzione ordinaria, sarebbe prima o poi subentrato anche senza l'infortunio (status quo sine) (cfr. RAMI 1992 U 142, p. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469; U. Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, p. 1093). Secondo la giurisprudenza, qualora il nesso di causalità con l'infortunio sia dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza, l'assicuratore è liberato dal proprio obbligo prestativo soltanto se l'infortunio non costituisce più la causa naturale ed adeguata del danno alla salute. Analogamente alla determinazione del nesso di causalità naturale che fonda il diritto alle prestazioni, l'estinzione del carattere causale dell'infortunio deve essere provata secondo l'abituale grado della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità che l'infortunio non giochi più un effetto causale non è sufficiente. Trattandosi della soppressione del diritto alle prestazioni, l'onere della prova incombe, non già all'assicurato, ma all'assicuratore (cfr. RAMI 2000 U 363, p. 46 consid. 2 e riferimenti ivi citati). Il diritto alle prestazioni assicurative presuppone pure l'esistenza di un nesso di causalità adeguata tra l'evento dannoso e il danno alla salute. In caso di danno alla salute fisica, il nesso di causalità adeguata è generalmente ammesso, dal momento in cui è accertata la causalità naturale (cfr. DTF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 2.3.2. In concreto, per quanto riguarda i disturbi alla schiena, nella decisione su opposizione impugnata, l'assicuratore resistente ha osservato, che i disturbi legati alla lombosciatalgia destra con estensione nel territorio L5 non erano di competenza infortunistica, fondandosi in particolare sul rapporto medico del 28 agosto 2018 del dr. med. _____ (doc. M-75), giusta il quale: " (...) Nell'autunno del 2015 insorgenza di disturbi al rachide con estensione all'arto inferiore destro. Le affermazioni del rappresentante legale del signor RI 1 espresse nella raccomandata del

31.7.2017 (documento A81) secondo il quale "il nostro assistito è caduto rovinosamente dalle scale accusando delle forti contusioni in varie parti del corpo, soprattutto a livello della schiena e del ginocchio destro" non trovano conferma nel tenore degli atti a disposizione. (...). Diversi elementi concordanti correlano con l'instaurazione dei disturbi al rachide lombare nel corso dell'autunno 2015. (...). Il lungo intervallo libero tra l'evento del 4.6.2013 e l'insorgenza dei disturbi nel corso dell'autunno 2015 permette praticamente di escludere, rispettivamente rende tutt'al più possibile la presenza di una relazione causale tra la caduta del 4.6.2013 e l'insorgenza dei disturbi nel corso dell'autunno 2015. (...). L'assenza di riferimenti a disturbi non solo subito dopo la caduta, ma anche durante un periodo di oltre 2 anni permette praticamente di escludere/rende in tutti i casi tutt'al più possibile un'eventuale origine traumatica delle alterazioni strutturali riscontrate in corrispondenza dei corpi vertebrali L3 e L5 riconducibile all'evento del 4.6.2013. Questo in considerazione del quadro algico acuto ragionevolmente generato dalle fratture vertebrali fresche. Dolori non rilevati/ riferiti neanche all'esame funzionale eseguito in ambito fisioterapico il 10.07.2013, un mese dopo l'evento in parola. Non solo gli studi radiologici convenzionali, ma anche gli esami TAC non documentano inoltre nessun evidente rimaneggiamento strutturale locale potenzialmente suscettibile di correlare con un processo riparativo nell'ipotesi di una pregressa frattura traumatica. (...). La natura delle alterazioni strutturali riscontrate (Hsi istmica), l'assenza di un quadro radiologico suscettibile di correlare con un processo riparativo, ma soprattutto l'assenza di riferimenti a dolori suscettibili di correlare con delle fratture vertebrali, permettono di escludere/rendono tutt'al più possibile la presenza di un nesso di causalità con l'evento del 4.6.2013. (...). Il quadro clinico, così come l'insieme della documentazione radiologica, non mette in evidenza delle alterazioni strutturali acquisite suscettibili di essere ricondotte con il grado della probabilità preponderante all'evento del 4.6.2013. (...). Con riferimento al tenore degli atti a disposizione, i disturbi accusati attualmente dal signor RI 1 al rachide risultano essere di natura morbosa (...)." (doc. M-75, pag. 6-8). Il ricorrente fa valere invece che i disturbi alla schiena di cui soffre sono la conseguenza naturale (e adeguata) dell'infortunio del 4 giugno 2013. Tanto più che, quando è caduto, ha riportato delle forti contusioni anche alla schiena e non ha mai sofferto di tali dolori prima dell'evento assicurato (cfr. doc. I, pag. 2 e 3). 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, ..."; STF 8C_355/2018 del 29 giugno 2018; STF 8C_245/2017 dell'8 agosto 2017; STF 8C_230/2017 del 22 giugno 2017; 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; STCA 35.2017.60 del 25 settembre 2017, consid. 2.5; STCA 35.2018.33 del 18 luglio 2018, consid. 2.6). 2.3.3. 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. 33 ss. 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. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). 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 160 ss., 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). È 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 Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.4. Nella concreta evenienza, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, questo Tribunale ritiene che il parere espresso nel rapporto medico del 28 agosto 2018 (doc. M-75) dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, e quindi nella materia che qui ci occupa - dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri

giurisprudenziali sopra ricordati e, al quale, va dunque attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.3.3.) - possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Il TCA condivide la conclusione alla quale è pervenuto il medico fiduciario dell'amministrazione, secondo cui i disturbi alla schiena di cui soffre l'assicurato non possono essere imputati all'infortunio del 4 giugno 2013. Del resto, nè gli argomenti che l'assicurato ha sollevato con la propria impugnativa (cfr. doc. I) né la documentazione medica agli atti, sono atti a generare dei dubbi - neppure lievi - circa la fondatezza dell'approfondito parere espresso dallo specialista interpellato dall'istituto assicuratore resistente con considerazioni puntuali e convincenti, il quale ha peraltro confermato che i disturbi alla schiena sono insorti dell'autunno 2015. Il TCA non ignora la circostanza indicata dall'insorgente, in merito alla dinamica dell'incidente, secondo la quale, quando è caduto sulle scale, ha riportato delle forti contusioni anche alla schiena e, nonostante abbia informato i medici al riguardo sin da subito, tutti (compreso il medico fiduciario), avrebbero trascurato o sorvolato tale aspetto. A questo proposito il TCA ritiene altamente inverosimile che tutti i numerosi medici (anche specialisti) che hanno visitato l'assicurato a far tempo dal giorno dell'infortunio (e, quindi, in primis quelli del Pronto Soccorso) abbiano trascurato di riportare e indagare eventuali contusioni/dolori alla schiena riferiti ora dal ricorrente. Parimenti dicasi per il medico fiduciario che l'ha visitato più volte. Per quanto concerne la puntualizzazione dell'insorgente in merito alla dinamica dell'infortunio e, più precisamente, l'asserzione (che, giova ribadire, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica, e non, agli atti, risulta decisamente inverosimile) che avrebbe riportato delle forti contusioni alla schiena al momento della caduta del 4 giugno 2013, giova qui ricordare che il principio della priorità della "dichiarazione della prima ora" prevede che, in presenza di due diverse versioni, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche (cfr. STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019, consid. 4.3 in fine). Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, consid. 5.2; sull'argomento cfr. altresì STCA 38.2016.59 del 20 febbraio 2017, consid 2.3, con rinvii giurisprudenziali e dottrinari ivi citati; STCA 32.2017.41 del 6 novembre 2017, consid 2.5, con rinvii giurisprudenziali e dottrinari ivi citati). Il TCA osserva inoltre che, come riportato in narrativa, l'opposizione interposta il 14 febbraio 2017 dalla _____ (doc. A-73) è stata ritirata il successivo 6 marzo 2017 con la seguente motivazione: “ Dalle indicazioni del nostro medico di fiducia emerge che il caso d'assicurazione in questione è di nostra competenza. Vi informiamo pertanto che (...) assumeremo le spese relative a questo caso dal 1° marzo 2016 ” (doc. A-75). In conclusione, in esito alle considerazioni che precedono, non si ritiene dimostrato, 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 le problematiche alla schiena di cui affetto l'assicurato dall'autunno 2015 costituiscano una conseguenza naturale dell'evento infortunistico assicurato. Va infine segnalato che l'Alta Corte ha precisato che l'assicuratore infortuni non è tenuto a dimostrare l'esistenza di una causa extra-infortunistica a cui imputare i disturbi accusati dall'interessato (cfr. STFA U 152/03 del 21 aprile 2005 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9). La fattispecie deve pertanto essere valutata facendo astrazione dai disturbi alla

schiena (per assenza del nesso di causalità naturale) di cui soffre l'assicurato che, per i motivi poc' anzi detti, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente.

2.4. Condizioni di salute infortunistiche stabilizzate al 1° marzo 2016?

2.4.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Parimenti, il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato: nemmeno persistenti dolori bastano a conferire il diritto alla continuazione del trattamento se da questo non si può sperare un miglioramento sensibile dello stato di salute (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 41ss.). Se, al momento dell'estinzione del diritto alle cure mediche, sussiste un'incapacità lucrativa, viene corrisposta una rendita d'invalidità o un'indennità unica in capitale: l'erogazione di indennità giornaliera cessa con il diritto alle prestazioni sanitarie. D'altro canto, nella misura in cui l'assicurato è portatore di una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale, egli ha diritto ad un'indennità per menomazione all'integrità giusta gli artt. 24s. LAINF.

2.4.2. Nel caso di specie, CO il 21 novembre 2018 ha confermato la sospensione delle prestazioni di corta durata dell'assicurato dal 1° marzo 2016, “ ritenuto che dai referti medici agli atti risulta che dalla continuazione della cura medica non vi era da attendersi un sensibile miglioramento dello stato di salute dell'assicurato per quanto concerne i disturbi al ginocchio destro ” (cfr. doc. A-97, pag. 6), sulla base del rapporto medico del 27 gennaio 2016, relativo alla visita del 1° dicembre 2015, del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, che - dopo aver prescritto ancora una serie di fisioterapia in presenza ancora di un leggero stato flogistico (cfr. doc. M-75, pag. 7) - ha ritenuto che la situazione era stabile (non incidendo significativamente un'ulteriore prosecuzione delle misure terapeutiche, in particolare fisiche e medicamentose, né sull'entità dei postumi infortunistici né sulla residuale capacità lavorativa nello svolgimento di attività adatte; cfr. doc. M-75, pag. 7) e che RI 1 era abile in misura completa nel mercato generale del lavoro in un'attività confacente con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico (cfr. doc. M-75, pag. 7). 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 casu , il 1° marzo 2016; 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; STCA 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.2.2; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.2.2) e dovendo fare astrazione dai problemi alla schiena per i motivi già detti (cfr. considerando 2.3.4), il TCA ritiene di poter condividere il parere del medico di fiducia di RI 1, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica . In effetti, dalla documentazione medica agli atti, emerge che, all'epoca in cui l'assicuratore ha dichiarato estinto il diritto alle prestazioni di corta durata, non entravano ancora in linea di conto dei provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche. Del resto, i medici specialisti - che avevano in cura o che erano stati consultati privatamente dall'assicurato - non ritenevano indicate ulteriori terapie. In

particolare, il 24 febbraio 2016 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, presso la Clinica _____ di _____, che, come riportato in narrativa, ha operato il ginocchio dell'assicurato nel 2015, al termine di una visita di controllo ha rilevato che i "dolori lamentati dal paziente, alla gamba destra sono molto probabilmente di origine lombo-vertebrale. (...). Per quanto concerne il ginocchio destro, non ho trovato nulla di particolare. La mobilità e la stabilità legamentare sono buone. Con l'impianto della protesi monocompartimentale mediale i dolori sul lato mediale sono praticamente scomparsi. Per quanto concerne il ginocchio destro non sono più previsti controlli. Rivedrò il (...) per una radiografia di controllo tra circa 4 anni e 1/2" (doc. M-69, pag. 2). Alla luce degli elementi convergenti che emergono dalla documentazione medica appena indicata, questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° marzo 2016, lo stato di salute infortunistico dell'assicurato, a quasi 3 anni dall'infortunio, era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. Non permette di giungere a diversa conclusione il fatto che l'assicurato continuasse a sottoporsi a sedute di fisioterapia, anche dopo tale data, su prescrizione del medico di fiducia di CO 1, nella misura in cui esse non miravano evidentemente a migliorare notevolmente le sue condizioni di salute (quanto piuttosto a evitare dei peggioramenti; cfr. in particolare, doc. M-75, pag. 7; cfr., tra le tante, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.2.2; STCA 35.2017.124 del 22 marzo 2018, consid. 2.2.2 e STCA 35.2017.68 del 27 novembre 2017, consid. 2.3.3). Tanto più che neppure l'assicurato è stato 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 da CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici, ma unicamente dal parere del ricorrente, che ha il valore di una semplice dichiarazione di parte e non può quindi essere condivisa dal TCA. Del resto, l'esigibilità posta dal medico di fiducia di CO 1 nel rapporto del 27 gennaio 2016, relativo alla visita del 1° dicembre 2015, già corrispondeva a quanto si riscontra normalmente negli assicurati che hanno riportato un danno ad un arto inferiore (cfr. consid. 2.5.3). 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. In esito alle considerazioni che precedono, 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 dal 1° marzo 2016.

2.5. Diritto a una rendita d'invalidità?

2.5.1. 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. 2.5.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 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 . 2.5.3. Nel caso di specie, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore ha fatto capo al parere espresso dal dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto del 27 gennaio 2016, relativo alla visita del 1° dicembre 2015, (doc. M-67), giusta il quale: "(...). Con riferimento al quadro clinico di pertinenza infortunistica, facendo astrazione dalla lombosciatalgia destra, il signor RI 1 presenta una ridotta caricabilità dell'arto inferiore destro nel mantenimento prolungato di una posizione eretta, negli spostamenti frequenti o prolungati su terreni in particolare irregolari, declivi oppure a rischio di caduta, nell'esecuzione frequente di movimenti in flessione o al mantenimento prolungato di una posizione flessa con le ginocchia, nel superamento delle scale, soprattutto in discesa ma pure in salita, nel trasporto di pesi superiori indicativamente a una decina di chili. (...). Con riferimento al quadro di pertinenza infortunistico, facendo astrazione dalla sindrome lombo-radicolare destra, il signor RI 1 risulterebbe essere abile al lavoro in misura completa nello svolgimento di un'attività confacente che tenga conto delle limitazioni ritenute per il ginocchio destro." (doc. M-67, pag. 7) Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene di far propria l'esigibilità stabilita dal dr. med. _____ - specialista FMH in chirurgia ortopedica, e quindi della materia che qui ci occupa, che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica - 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 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 35.2017.76 del 4 ottobre 2018, consid. 2.3.3, e rinvii giurisprudenziali ivi citati; 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 dall'assicurato all'esigibilità posta dal medico di fiducia, motivo per il quale le censure sollevate al riguardo (in particolare, che non sarebbe in grado di

lavorare a tempo pieno con pieno rendimento in un'attività adeguata) sono respinte. 2.6. 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 2016 (data di stabilizzazione dello stato di salute infortunistico dell'assicurato: 1° marzo 2016; cfr. consid. 2.4.2).

2.7. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'istituto assicuratore, l'insorgente avrebbe guadagnato nel 2016, qualora non fosse rimasto vittima dell'infortunio assicurato, un importo annuo pari a fr. 61'525.63 (doc. A-97, pag. 13). Questo dato è stato desunto dall'estratto conto individuale relativo al 2013 (doc. A-87) ed aggiornato al 2016 (doc. A-97, pag. 13). Giova qui ricordare, che, secondo la giurisprudenza, generalmente i redditi da attività dipendente ed indipendente iscritti nel conto individuale possono costituire la base di determinazione del reddito da valido (anche da invalido: DTF 117 V 8 consid. 2c/aa). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate (art. 25 OAI; STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1; STCA 32.2016.149 del 22 giugno 2017, consid. 2.10.1; STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019, consid. 2.5.1), ciò che non è stato il caso. Il "reddito da valido" per il 2016 ammonta quindi a fr. 61'525.63.

2.8. 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 difatti stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid.

E. 5

Giova infine ricordare che, 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). In siffatte circostanze questo TCA non condivide le critiche mosse dal ricorrente all'operato dell'Istituto assicuratore per aver determinato il reddito ipotetico da invalido dell'insorgente applicando i dati statistici nazionali contenuti nella Tabella TA1 anziché le DPL. Tanto più che, val qui la pena di puntualizzare, trattasi di una banca dati allestita dall'INSAI che neppure risulta essere a disposizione degli istituti assicuratori privati, qual è - come nel caso di specie - CO 1 (cfr. pure la STCA 35.2016.34 del 29 agosto 2016, consid. 2.7.2; da notare che l'INSAI ha abbandonato l'uso delle DPL dal 1° gennaio 2019: cfr. STF 8C_368/2018 del 28 marzo 2019 al consid. 4.3). 2.8.1. CO 1 ha quantificato il guadagno post-infortunistico sulla base delle statistiche in fr. 67'032.60 stabiliti sulla base della TA 1 2014, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, totale, uomini, riportato sulle 41.7 ore e aggiornato al 2016. L'amministrazione ha poi successivamente operato una decurtazione del 10% a titolo deduzione sociale, giungendo così all'importo di fr. 60 '329.30 (doc. A-97, pag. 15). Il ricorrente, dopo aver contestato il calcolo del raffronto dei redditi, chiedendo l'applicazione

delle DPL anziché le RSS, ha osservato nel gravame unicamente che - nella denegata ipotesi in cui trovassero applicazione le RSS - CO 1 avrebbe dovuto applicare una deduzione sociale del 25%. 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), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, RI 1 ha ottenuto, per il 2016, un reddito annuo di fr. 67'032.60. Stante quanto precede, il "reddito da invalido" per il 2016 - a ragione non contestato dal ricorrente - ammonta quindi a fr. 67 '032.60. 2.9. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, 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 (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete .

2.9.1. Nel caso di specie CO 1 nella decisione avversata ha riconosciuto una deduzione sociale del 10% per tener conto delle limitazioni addebitabili al danno alla salute infortunistico, segnatamente per attività leggere (cfr. doc. A-97, pag. 14). Dal canto suo, l'insorgente, considerato pure che l'UAI ha operato una decurtazione del 20%, ha chiesto una deduzione sociale del 25%, a fronte dei problemi di riadattarsi ad un lavoro completamente diverso rispetto a quello che ha svolto nel corso della sua carriera professionale, del fatto che non ha una particolare formazione professionale e neppure specifici titoli di studio come pure delle limitazioni riscontrate dal medico fiduciario in sede di esigibilità lavorativa residua (cfr. doc. I, pag. 5).

2.9.2. Questo Tribunale rileva innanzitutto che con la STF 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del

permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: "[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...]"). Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Val qui la pena di ribadire che 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). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Vale comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2).“ (STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Nella STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016 pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17 l'Alta Corte ha ribadito che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 4 della RSS 2010 sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche. Trattandosi di lavori ausiliari il fattore età non gioca imperativamente un effetto di riduzione sui salari (cfr. STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016, consid. 5.4.2). Infine, va evidenziato che l'insorgente, nato nel 1964 in _____, è in Svizzera dal 1990, ha lavorato ininterrottamente al 100% dal 1° novembre 1996 della ditta _____ di _____, in qualità di quadro medio (segnatamente custode presso il _____ di _____) sino alla disdetta del 31 luglio

2015 ed è stato naturalizzato svizzero il 16 maggio 2008 (cfr. doc. A1, doc. A-97, pag. 14; doc. A-64), motivo per il quale si esprime senz'altro bene in italiano. In queste circostanze, non vi è motivo per applicare un'ulteriore riduzione. Globalmente, e tenuto conto di tutte le circostanze del caso concreto come pure 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), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'Istituto assicuratore non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati alla menomazione infortunistica. Il "reddito da invalido" di fr. 67'032.60 (cfr. consid. 2.8.1), tenuto conto di una decurtazione sociale del 10%, ammonta dunque a fr. 60'329.30. 2.10. Confrontando ora il reddito "da invalido" di fr. 60'329.30 (cfr. consid. 2.9.2) con il relativo reddito "da valido" di fr. 61'525.63 (cfr. consid. 2.7), si ottiene un grado d'invalidità del 1,944% $([61'525.63 - 60'329.30] \times 100 : 61'525.63)$ arrotondato al 2% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. È dunque a ragione che CO 1 non ha riconosciuto il diritto ad una rendita non raggiungendo, in ogni caso, il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%. La decisione di CO 1 che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va di conseguenza tutelata. 2.11. Diritto a un'indennità per menomazione all'integrità? 2.11.1. 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). 2.11.2. 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. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121). 2.11.3. 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. È 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).

2.11.4. 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).

2.11.5. Nel caso di specie, dopo aver sentito il parere del 20 gennaio 2015 del medico fiduciario dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, che ha visitato personalmente l'assicurato in data 11 novembre 2014, giusta il quale "(...) Con riferimento alla tabella 5 estratto LAINF edizione SUVA 2000, tenuto conto dell'ulteriore decorso ragionevolmente prevedibile, risulta essere giustificato il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità del 30% i, equivalenza a una gonartrosi di medio-grave entità. Ripartizione della IMI: 50% a carico dell'intervento di meniscectomia mediale artroscopica del 13.10.2014 e 50% a carico dell'evento infortunistico del 4.6.2013" (doc. M-38, pag. 8), CO 1 ha riconosciuto all'assicurato, con la decisione del 13 febbraio 2017 (doc. A-72), confermata con la decisione su opposizione del 21 novembre 2018 (doc. A-97), un'indennità per menomazione dell'integrità fisica del 30% corrispondente a fr. 37'800.- per il danno permanente all'arto inferiore destro. Il ricorrente chiede il riconoscimento in suo favore un'IMI aggiuntiva del 50% per le menomazioni a livello della schiena - a quella già riconosciutagli del 30% per il ginocchio destro - e, quindi, di un'IMI complessiva dell'80% (doc. I, pag. 6). Dovendo fare astrazione dai disturbi alla schiena di cui soffre l'assicurato che, per i motivi già esposti al consid. 2.3.4, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente, il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto deciso da 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 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 20 gennaio 2015 dal dr. med. Caranzano, medico fiduciario che ha personalmente visitato l'assicurato e che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e

infortunistica. Tanto più che - a ragione -neppure l'assicurato pretende il contrario. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui all'insorgente è stata riconosciuta un'IMI del 30% per il danno permanente all'arto inferiore destro (segnatamente al ginocchio). 2.12. V a qui ricordato che, quando 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). A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita (cfr. considerandi precedenti), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare all'esperimento di una perizia giudiziaria, così come postulato più volte dal ricorrente in questa sede: cfr. doc. I pag. 3 e 6 e doc. VIII, pag. 2). 2.13. 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.