

TI_GERICHTE 35.2019.33 vom 19. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.33

FR: TI_GERICHTE 35.2019.33 du 19 août 2019

IT: TI_GERICHTE 35.2019.33 del 19 agosto 2019

Erwägungen

E. 28

gennaio 2019, ha confermato il contenuto della sua prima decisione (cfr. doc. A). 1.5. Contro la decisione su opposizione del 28 gennaio 2019 l'assicurato, sempre patrocinato dall'avv. RA 1, ha inoltrato un tempestivo ricorso al TCA, nel quale ha chiesto: " 1. Il ricorso è accolto e conseguentemente la decisione su opposizione 28 gennaio 2019 è annullata. 2. Gli atti sono retrocessi all'assicuratore LAINF per complemento istruttorio e nuova decisione. 3. Sono ripristinate retroattivamente tutte le prestazioni di spettanza dell'assicurato interrotte con la decisione 05 aprile 2018. 4. Protestate spese, tasse e ripetibili." (Doc. I) A sostegno delle proprie pretese ricorsuali l'insorgente ha in particolare fatto valere di essere tuttora inabile al lavoro e di doversi sottoporre a continue cure e trattamenti, come risulta dagli atti medici nell'incarto della CO 1 e dell'UAI. A quest'ultimo riguardo egli ha evidenziato che nel novembre 2015, per i soli postumi infortunistici, gli è stata riconosciuta una rendita AI dal 1° gennaio 2014 per un grado di invalidità del 100% confermata negli anni seguenti, in ultimo con decisione del 3 settembre 2018. L'assicurato sostiene che la perizia del Dr. med. _____ non sia attendibile, non avendo valutato le risultanze di tutti gli atti medici formanti l'incarto dai quali si evince come non fosse possibile in alcun modo escludere la presenza del nesso di causalità naturale fra i dolori, le limitazioni, le ulteriori necessità di cura e l'infortunio del 17 gennaio 2013. Il ricorrente ha osservato che nessun altro specialista ha riscontrato fattori negativi legati all'adiposità e a un atteggiamento aggravante che sarebbe stato da lui messo in atto. Egli ritiene, pertanto, che la valutazione del Dr. med. _____ non avrebbe dovuto essere considerata sufficiente per giustificare la decisione del 5 aprile 2018 e la decisione su opposizione del 29 gennaio 2019 senza tenere conto di altra documentazione medica - in particolare del Dr. med. _____ del 16 maggio 2017 e del 16 aprile 2018, nonché della Clinica _____ e del Dr. med. _____ della Clinica _____ del 30 ottobre 2017 - che conferma l'esistenza di un nesso causale naturale fra i disturbi e il sinistro del 2013, come pure di evidenti riscontri radiologici. L'insorgente ha pure indicato che nel rapporto dell'SMR del 1° giugno 2016, come pure in quello del 25 aprile 2018, si faceva stato dell'assenza di diagnosi extra infortunistiche dando atto che l'origine dei fenomeni invalidanti fosse la mancata unione del femore sinistro e di un'incapacità lavorativa totale in ogni attività dal 17 gennaio 2013. Egli ha poi fatto riferimento alle annotazioni del Dr. med. _____ dell'SMR del 29 agosto 2018 secondo cui, da un lato, l'assicurato appariva essere in costante trattamento ortopedico con problematica ortopedica stretta, reumatologica e massiccio sovrappeso (BMI 44). Dall'altro, la ridotta mobilità risultava ben documentata nella perizia del Dr. med. _____ del gennaio 2018. In conclusione l'assicurato ritiene che l'incarto debba essere rimandato all'assicuratore LAINF per un complemento istruttorio con accurato e puntuale approfondimento di natura specialistica (cfr. doc. I). 1.6. L'assicuratore resistente, in risposta, ha postulato la reiezione integrale

dell'impugnativa con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (cfr. doc. III). 1.7. Il 18 marzo 2019 il TCA ha assegnato alle parti un termine di 10 giorni per presentare eventuali altri mezzi di prova (cfr. doc. IV). Le parti sono rimaste silenti. in diritto 2.1. Oggetto della lite è la questione di sapere se a ragione o meno la CO 1, da una parte, ha negato una relazione di causalità naturale tra i disturbi all'anca e al ginocchio destri nonché alla zona lombare e il sinistro del gennaio 2013, dall'altra, ha sospeso le prestazioni di corta durata dal 15 aprile 2018 a fronte di uno stato di salute conseguente alla frattura del femore considerato stabilizzato, negando il diritto a una rendita d'invalidità LAINF e il riconoscimento di un'IMI. 2.2. Disturbi all'anca e al ginocchio destri e lombari: causalità naturale (e adeguata) con l'infortunio del 17 gennaio 2013? 2.2.1. 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. DF 134 V 109 consid. 9.5.; 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 U 133/02; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2001; DTF 121 V 6; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; STFA C 116/00 del 22 agosto 2000; STFA C 341/98 del 23 dicembre 1999 consid. 3, pag., 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, pag. 63). Al riguardo essi si attengono, di regola, alle attestazioni mediche, quando non ricorrano elementi idonei a giustificarne 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 (cfr. 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. STF 8C_12/2019 del 4 marzo 2019 consid. 3; STF 8C_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 2; RAMI 1992 U 142, pag. 75 s. consid. 4b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, pag. 469; U. Meyer-Blaser, Die

Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, in Bollettino dei medici svizzeri 71/1990, pag. 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, pag. 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 pag. 103).

2.2.2. In concreto la CO 1 ha emesso la decisione del 5 aprile 2018 e la decisione su opposizione del 29 gennaio 2019 impugnata dinanzi al TCA, con le quali ha tra l'altro negato l'esistenza di un nesso causale naturale tra il sinistro del gennaio 2013 e i disturbi all'anca e al ginocchio destri, nonché i dolori lombari, fondandosi sulle conclusioni contenute nella perizia elaborata dal Dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, su incarico dell'assicuratore LAINF stesso (cfr. consid. 1.2., doc. A). Lo specialista, che ha visitato l'assicurato il 16 agosto 2017, al riguardo ha formulato le seguenti considerazioni: "(...) In Bezug auf das rechte Knie ist die primäre Kausalität im Zusammenhang mit dem Unfall nicht gegeben. Die angeblich im Verlauf «zunehmende Valgisierung" im knienahen Bereich ist nicht erklärbar. Begründung: Bei einer pertrochantären Valgisierung wird nämlich an den anatomischen, gelenkbezogenen Winkelverhältnissen zwischen dem distalen Femur und: der Tibia nichts verändert. Durch die Valgisierung im Schenkelhalsbereich wird einzig der Verlauf der Mikuliez-Linie (die so genannte Traglinie des Beins synonym Belastungsachse) durch das Knie verschoben/lateralisiert. Durch die suprakondyläre Varisationsosteotomie kann dies wieder auf das individuelle (vorbestehende) Mass "korrigiert" werden. Ich habe anhand der vorgelegten RX dargelegt, weshalb eine Teilkausalität zum Unfall bestehen könnte (postoperativer Rotationsfehler, DD konstitutionelle Prädisposition mit/bei angeborenem Valgus und konsekutiver Lateralisation der Patella, nota bene beidseits). In Bezug auf die Lumbalgie ist ein Kausalzusammenhang zum Unfall weder primär noch sekundär wahrscheinlich. Das (zunehmende) Schmerzsyndrom ist auf die nachgewiesenen multisegmentalen Degenerationsvorgänge zurückzuführen und wird durch die Adipositas per magna mit ausgewiesener Gewichtszunahme von >15kg innerhalb des letzten Jahres mitbegründet. Nota bene wirkt sich dieses krankhafte Übergewicht auch (sehr) negativ auf Hüfte und Knie aus. (...) Nach eigener Einschätzung (nach meiner klinischen Untersuchung) und in Übereinstimmung mit den jüngsten klinischen Berichten inklusive den aktualisierten radiologischen Abklärungen (30.10.2017) ist auch weder im rechten Knie noch in der rechten Hüfte eine Behandlungsbedürftige und gleichzeitig unfallkausale Pathologie zu erkennen (nota bene kann selbst der Ursprung der geklagten Beschwerden weder dem einen noch dem anderen Gelenk zugeordnet werden). Ergo kann/muss keine gezielte und/oder nachhaltige Therapie angeboten werden. (...) das Ausmass der geklagten Hüftbeschwerden rechts nicht mit den radiologischen Befunden übereinstimmen oder erklärt werden kann (Aggravation) und aus orthopädisch-traumatologischer Sicht eine (fast) uneingeschränkte

Leistung/ROM an der Hüfte bestehen müsste (konklusive klinische Untersuchungsgänge werden durch die in der geklagten Intensität nicht erklärbare Schmerzangabe verhindert bzw. verunmöglicht). Begründung : Das Hüftgelenk selbst wurde beim Unfall nicht betroffen, die in casu maximal mässig ausgeprägte FAI begründet bei vorwiegend stehender Tätigkeit keine messbare Einschränkung, die Femurfraktur ist konsolidiert und eine altersunüblich rasche (seitendifferente) Veränderung im Gelenk (Arthrose) besteht nicht, so dass das gelten gemachte "Hüftproblem" keine hinreichende Begründung für eine AUF im messbaren Ausmass hergibt. Auch das rechte Knie weist keine nachweisbare intraartikuläre oder periartikuläre Pathologie auf, die eine unfallkausale AUF hinreichend begründen könnte. (...)” (Doc. 365 segg.) Il ricorrente contesta le valutazioni del Dr. med.

_____ in merito alla causalità, facendo riferimento, in particolare al referto del 6 ottobre 2016 del Dr. med. _____, responsabile del reparto di ortopedia estremità inferiori della Clinica _____ (cfr. doc. 299), ai rapporti del 5 marzo 2015, 16 maggio 2017 e del 16 aprile 2018 del Dr. med. _____, FMH in anesthesiologia D.E.A.A., terapia interventistica del dolore S.S.I.P.M., Viceprimario e responsabile del Centro _____ (cfr. doc. 216; 327; B), alla valutazione del 30 ottobre 2017 del PD Dr. med. _____ della Radiologie Klinik _____ (cfr. doc. 355) e alle annotazioni dell’SMR del giugno 2016 e dell’aprile e agosto 2018 (cfr. doc. I; 465).

2.2.3. 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. In proposito cfr. pure STF 8C_616/2018 del 3 giugno 2019 consid. 4.1. 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_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1.; 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).

2.2.4. Chiamata a pronunciarsi nella presente evenienza, questa Corte rileva innanzitutto che la CO 1 ha incaricato il Dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica a _____, di periziare l'assicurato (cfr. doc. 325), nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGA. Contro tale provvedimento RI 1 non ha sollevato né motivi formali di ricusa del perito (ovvero quelli che sono suscettibili di generare dubbi circa la sua imparzialità), né motivi materiali contro la perizia in quanto tale oppure contro l'esperto designato, segnatamente per quanto riguarda la sua competenza professionale. L'assicurato, in effetti, ha solamente lamentato il fatto di non venire periziato da un medico in Ticino ma di dovere recarsi a _____. Egli ha in ogni caso dichiarato "... es ist schon Okay, ich gehe auch zu den _____ Doktor." (cfr. doc. 318-317). Pertanto nel caso di specie la giurisprudenza di cui alla DTF 135 V 465 (cfr. consid. 2.2.3.) non torna applicabile (cfr. STCA 35.2018.89 del 15 novembre 2018 consid. 2.8., confermata dalla STF 8C_6/2019 del 26 giugno 2019). Al referto peritale allestito dal Dr. med. _____ va riconosciuta piena forza probatoria, sempre che esso risulti affidabile dal profilo del suo contenuto (cfr. U Meyer, *Ausgewählte Schriften, Verfahrensfragen/Die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht*, 2013; D. Cattaneo, *Les expertises en droit des assurances sociales*, in CGSS n. 44-2010, pag. 119). Al riguardo giova rilevare che alle perizie mediche esterne giusta l'art. 44 LPGA va attribuita maggiore forza probatoria rispetto alle attestazioni dei medici curanti. Restano riservati i casi in cui si impone una valutazione differente, poiché questi ultimi menzionano importanti aspetti che al momento della perizia non erano noti o non sono stati considerati (cfr. STF 9C_867/2018 del 28 maggio 2019 consid. 5.1.2.). Nel caso di specie, tutto ben considerato, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento approfondito espresso dal Dr. med. _____, specialista proprio nella materia che qui interessa – secondo il quale i disturbi al ginocchio e all'anca si trovano in una relazione di causalità naturale soltanto possibile con l'infortunio del gennaio 2013, rispettivamente deve essere escluso un nesso causale con i dolori lombari – senza che sia necessario procedere a un complemento istruttorio (valutazione anticipata delle prove; cfr. STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9). Del resto l'assicurato non ha fornito indizi oggettivi che possano mettere seriamente in

dubbio la perizia del Dr. med. _____. Le critiche formulate dal medesimo il 17 agosto 2017, giorno successivo all'appuntamento presso il Dr. med. _____, direttamente all'attenzione del medico, in merito alle modalità di visita di quest'ultimo ("... Was mich absolut im Nachhinein ausserordentlich befremdet hat, war Ihre Leibevisitation bei der körperlichen Untersuchung. (...) Ich musste mich bis auf die Unterhose ausziehen und ganz kurze Zeit auch komplett ohne Unterwäsche. (...)” cfr. doc. I; 335) non rappresentano, in effetti, degli indizi concreti sufficienti per dubitare dell'affidabilità del perito, nella misura in cui una visita ortopedica, in particolare con esame di femore, anca e zona lombare, implica in ogni caso un esame obiettivo dell'apparato locomotore. Neppure la documentazione medica citata dal ricorrente contiene indizi concreti circa l'affidabilità della perizia stessa. Per quanto attiene al rapporto del 6 ottobre 2016 del Dr. med. _____, responsabile del reparto di ortopedia estremità inferiori della Clinica _____, va osservato che se è vero che, come sottolineato dall'insorgente (cfr. doc. I), ha indicato che "(...) Betreffend der Schwellung habe ich dem Patienten erklärt, dass aufgrund der Fraktur, der Umstellungen, sowohl subtrochantär, als auch suprakondylär, es normal sei, dass nach längerer Belastung am Abend eine Schwellung des Fusses bestehen würde. (...)” (Doc. 298), è altrettanto vero che lo specialista non ha comunque spiegato per quali motivi specifici sia normale il gonfiore a seguito della frattura. Parimenti il Dr. med. _____, spec. FMH in anesthesiologia D.E.A.A., terapia interventistica del dolore S.S.I.P.M., Viceprimario e responsabile del Centro _____, rilevando che “è chiaro che dopo un trauma con frattura del femore mal guarita e plurimi interventi alla gamba destra, i dolori si siano estesi dalla gamba alla regione lombare” (Doc. B), non ne ha dettagliatamente fornito le ragioni. Il fatto menzionato dal medico secondo cui i dolori lombari sono comparsi dopo l'infortunio (cfr. doc. 216; 327) non è di alcun ausilio all'insorgente. Su questo aspetto il TCA sottolinea, infatti, che la regola “ post hoc, ergo propter hoc ” (dopo questo, dunque a causa di questo) non ha valenza scientifica. La giurisprudenza federale ha così stabilito che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza. Secondo l'Alta Corte 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_335/2018 del 7 maggio 2019; STF 8C_855/2018 del 19 marzo 2019; STF 8C_834/2018 del 19 marzo 2019; 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; STCA 35.2019.7 del 29 aprile 2019, consid. 2.7). Anche la valutazione del

E. 30

ottobre 2017 del PD Dr. med. _____ della Radiologie Klinik _____ è ininfluenza ai fini della risoluzione della presente vertenza. Egli, come citato nel ricorso, ha sì indicato che “Im Hüftgelenk zeigt sich posttraumatisch eine Abtragung des Labrum

acetabulare. (...)" (Doc. 354). Tuttavia, in primo luogo, si tratta unicamente del referto della risonanza magnetica che l'assicurato ha effettuato al ginocchio destro e all'anca destra il 30 ottobre 2017 (cfr. doc. 355). In secondo luogo, il Tribunale federale ha evidenziato che con il termine " posttraumatico " non si devono imperativamente intendere disturbi in relazione di causalità con un infortunio, bensì anche problematiche sorte solo dopo il sinistro (cfr. STF 8C_555/2018 del 17 ottobre 2018 consid. 4.1.1.; STF 8C_856/2017 del 2 maggio 2018 consid. 5.3.; STF 8C_524/2014 del 20 agosto 2014 consid. 4.3.3.). In relazione al riferimento dell'assicurato ai rapporti dell'SMR contestualmente alla pratica dell'AI giova, infine, osservare che il diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità non presuppone, a differenza dell'assicurazione infortuni (cfr. consid. 2.2.1), l'esistenza di un legame causale tra i disturbi di salute e un determinato evento (infortunio nella LAINF; cfr. consid. 2.4.8.). Pertanto nel contesto dell'AI i medici non esaminano tale aspetto. 2.2.5. Per completezza, riguardo all'apprezzamento del Dr. med. _____ secondo cui, pur evidenziando la presenza di degenerazioni plurisegmentarie, i dolori a livello lombare sono in particolare giustificati dalla marcia difficoltosa a causa della persistenza di dolori al ginocchio e gamba destra e dallo sbilancio della deambulazione (cfr. doc. B), è utile rilevare che questa Corte ha già avuto modo in passato di pronunciarsi sulla questione di sapere se i disturbi lombari costituiscono una conseguenza indiretta dei sinistri, nel senso che essi sono il risultato di una deambulazione viziata provocata dal danno alle estremità inferiori, facendo capo a perizie specialistiche. Ad esempio, nella causa sfociata nella sentenza 35.1999.92-93 del 4 maggio 2000, i periti giudiziari, i dottori _____ e _____, a quell'epoca Primari presso la Clinica di chirurgia ortopedica dell'Ospedale universitario di _____, avevano spiegato che solo in casi eccezionali lo zoppiare può condurre a un sovraccarico del rachide: " Kann der Sachverständige bestätigen, dass es eine übliche und geläufige Erscheinung ist. Also als klinisch anerkannte Tatsache, dass ein körperlicher Schaden an einem unteren Beinteil, wie im Fall T., im Laufe der Jahre zu degenerativen Pathologien, mit Invaliditätsfolgen, im Beckenbereich bzw. in der Wirbelsäule führt? Nein, ein Hinken führt nicht zu einer Überlastung der Wirbelsäule, solange keine schweren Deformationen vorliegen. Schwere Deformationen sind Veränderungen mit einer Beinlängendifferenz von > 5 cm oder einer Situation bei Hüftarthrodese, oder einer Muskelschwäche wie sie beispielsweise nach einer Poliomyelitis zu beobachten ist. Zudem müssen die Veränderungen sehr lange einwirken bis sie symptomatisch werden. Bei Herr T. ist die Deformation/Beeinträchtigung des Gangbildes mässig, die Dauer eher kurz und bildgebend sind keine über die Altersnorm hinausgehende Veränderungen der Wirbelsäule feststellbar. " (perizia 7.3.2000 della Clinica di chirurgia ortopedica dell'_____ di _____, pag. 8 seg.) Tali principi sono stati costantemente confermati in successive pronunzie (cfr. STCA 35.2011.22 del 20 marzo 2012 consid. 2.3.3., 35.2006.93 del 26 luglio 2007 consid. 2.3.3., 35.2007.33 del 27 giugno 2007 consid. 2.5., 35.2006.73 del 14 giugno 2007 consid. 2.13., 35.2004.100 del 9 marzo 2005 consid. 2.8. e 35.2001.79 del 25 febbraio 2002 consid. 2.5.2.2., confermata dal TFA con sentenza U 122/02 del 28 maggio 2004 consid. 4.1, pubblicata in RtiD II-2004 n. 62). In un'ulteriore vertenza, confrontato con una perizia di parte che metteva in dubbio la fondatezza della valutazione espressa a suo tempo dai dottori _____ e _____, il TCA ha disposto l'allestimento di una perizia giudiziaria a cura del PD dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia. Chiamato segnatamente a precisare se condividesse o meno il parere degli specialisti bernesi, l'esperto giudiziario ha dichiarato che i principi sviluppati da questi ultimi sono pienamente condivisibili (" Das angeführte Zitat ist aus klinischer Erfahrung gut

nachvollziehbar”) (cfr. STCA 35.2013.63 del 4 dicembre 2014 consid. 2.2.4.). Al riguardo cfr. pure STCA 35.2013.90 dell’11 dicembre 2014 consid. 2.7., confermata dalla STF 8C_66/2015 del 3 novembre 2015. Il caso di RI 1 non rientra fra quelli limite enumerati dai dottori _____ e _____. Da un lato, dalla documentazione agli atti non risulta che l'assicurato presenti gravi deformazioni come quelle menzionate dai Dr. med. _____ e _____. Dall'altro, da un rapporto del 23 settembre 2014 della Clinica _____ emerge, in riferimento al periodo a decorrere dall’infortunio del gennaio 2013 che “über die ganze Zeit bestande aber ebenfalls sehr ausgeprägte Schmerzen am lumbosakralen Uebergang und in der Glutealregion rechts.” (Doc. 172). In proposito va sottolineato che nella fattispecie di cui alla STCA 35.1999.92-93 (in cui è stato escluso che il danno all'arto inferiore destro potesse essere, indirettamente, all'origine dei problemi di cui quell’assicurato era portatore alla schiena), la sindrome lombare era insorta circa 8 anni dopo l'evento traumatico che aveva interessato il piede destro. Pertanto come indicato dal perito, Dr. med. _____ (cfr. doc. 364; 376), il quale ha peraltro collegato i disturbi lombari al sovrappeso dell’assicurato (altezza 184 cm, peso più di 150 kg), non è data una casualità nemmeno indiretta tra i dolori lombari e il sinistro del gennaio 2013. 2.2.6. 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. consid. 2.2.1.; DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; cfr., pure, Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, pag. 320 e A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 343), che le problematiche all’anca e al ginocchio destri, nonché alla schiena di cui è affetto il ricorrente costituiscano una conseguenza naturale dell’evento infortunistico assicurato avvenuto il 17 gennaio 2013. Al riguardo va 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; STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017 consid. 2.9.). La fattispecie deve, pertanto, essere valutata facendo astrazione dai disturbi menzionati (per assenza del nesso di causalità naturale) di cui soffre il ricorrente che, per i motivi poc’anzi detti, non sono di pertinenza dell'assicuratore resistente. 2.3. Condizioni di salute stabilizzate dal 15 aprile 2018? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (art. 6 LPG) 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 (art. 16 cpv. 2 LAINF). L’assicuratore LAINF è tenuto a corrispondere prestazioni a titolo di spese di cura soltanto qualora ci si possa attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute dell’assicurato (cfr. art. 19 cpv. 1 LAINF; Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., pag. 71 segg.; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berna 1985, pag. 274; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1994, pag. 186 n. 10). L’Alta Corte ha precisato che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all’art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell’entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest’ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3 e riferimento). Al riguardo cfr. pure STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019

consid. 3.6. Il diritto alla cura medica cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF). 2.3.2. Nel caso di specie la CO 1 ha sospeso le prestazioni di corta durata a favore dell'assicurato dal 15 aprile 2018, ritenuto, sulla base del rapporto peritale del Dr. med. _____, che la frattura femorale a destra è consolidata e che da una cura medica non vi è più da attendersi un sensibile miglioramento dello stato di salute per quanto riguarda i postumi infortunistici (cfr. doc. 395; A). Il Dr. med. _____, in effetti, alla domanda "Ist von der Fortsetzung der unfallkausalen ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten?" ha risposto: "Nein. Die direkte Unfallfolge (per-/subtrochantärer Femurfraktur rechts) benötigt keine weitere ärztlichen Behandlung mehr (Fraktur/Osteotomie sind konsolidiert)" (Doc. 365). 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 15 aprile 2018; cfr. RAMI 2005 U 557 pag. 388; STF 8C_289/2018 del 15 marzo 2019 consid. 3.6.; 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 disturbi extra-infortunistici, e meglio dai dolori all'anca e ginocchio destri, nonché lombari (cfr. consid. 2.2.6.), il TCA ritiene di potere condividere il parere del perito, specialista in chirurgia ortopedica. D'altronde dalla documentazione medica agli atti non emergono specifiche conclusioni divergenti in merito alle conseguenze in relazione di causalità con il sinistro del gennaio 2013. Questa Corte condivide, di conseguenza, la decisione dell'Istituto assicuratore secondo cui, il 15 aprile 2018, lo stato di salute infortunistico dell'assicurato, a più di cinque anni dall'infortunio, era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF resistente era legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata.

2.4. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TFA, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, pag. 572segg., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai precedenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGGA. " Su questi aspetti si veda pure la

DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.4.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA I 871/02 del 20 aprile 2004 e la STFA I 162/01 del 18 marzo 2002). L'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il TFA ha avuto modo di confermare che alla perdita di guadagno effettiva in un rapporto di lavoro stabile si può far capo solo eccezionalmente, se l'assicurato può esaurire pienamente presso la ditta in cui da lungo tempo lavora tutta la sua residua capacità lavorativa (STFA U 25/94 del 30 giugno 1994). La perdita di guadagno effettiva può corrispondere alla perdita di guadagno computabile soltanto se - le condizioni sono cumulative - ogni riferimento al mercato del lavoro in generale, tenuto conto dei rapporti di lavoro particolarmente stabili, si avvera praticamente inutile, se l'assicurato esercita un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve considerare che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua e se il reddito corrisponde ad una prestazione di lavoro e non a un salario sociale (RAMI 1991 U 130, pag. 270segg. 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, pag. 97segg., 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, pag. 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, pag. 97segg., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.4.3. Nella concreta evenienza il Dr. med. _____, sul cui rapporto peritale si è fondata la CO 1 per valutare l'esigibilità lavorativa, ha indicato che, tenendo conto dei postumi infortunistici del ricorrente, non vi sono ostacoli alla ripresa a tempo pieno della sua attività di cuoco (cfr. doc. 395; A; 363; 361). Il Dr. med. _____, al riguardo, ha segnatamente osservato: " (...) Mit den radiologischen Befunden kann klinisch eine weit bessere (wenn überhaupt, dann nur unwesentlich eingeschränkte) Funktion der rechten Hüfte und dem rechten Knie erwartet werden, als dies Herr RI 1 demonstriert. Durch das massive Uebergewicht werden alle Gelenke überlastet, was zu einer vorzeitigen Abnutzung und konsekutiver Behandlung führen wird. Das Gleiche gilt für die Ueberlastung an der Wirbelsäule und es ist notorisch, dass dadurch auch (fast) alle Organe Schaden nehmen. Zusammengefasst bestehen aus rein unfallkausalen Gründen keine hinreichenden Erklärungsmöglichkeiten für eine konkrete körperliche Einschränkung der Leistung weder in angestammten Beruf noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt." (Doc. 361) Il Dr. med. _____, nell'aprile 2018, ha invece valutato come improbabile un reinserimento professionale al 100% per l'insorgente, soprattutto nella precedente professione di chef di cucina (cfr. doc. B). Al riguardo va osservato, da una parte, che il Viceprimario del Centro _____ ha espresso tale apprezzamento facendo riferimento in particolare ai dolori a livello lombare che, però, non si trovano in nesso causale con l'infortunio del gennaio 2013 (cfr. consid. 2.2.4.-2.2.6.). Gli stessi non possono, dunque, essere considerati al fine della valutazione dell'esigibilità lavorativa nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Dall'altra, che in ogni caso, conformemente a quanto indicato dall'assicuratore LAINF (cfr. doc. A; III), anche volendo considerare che il ricorrente non può più svolgere l'attività quale capocuoco, bensì - su di un mercato equilibrato del lavoro - un'attività lavorativa più sedentaria compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico, non vi è discapito economico, come verrà meglio esposto in seguito (cfr. consid. 2.4.4.-2.4.8.). Giova in proposito ricordare 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 (cfr. STF 8C_477/2018 del 4 dicembre 2018 consid. 5.2.1.; STF 8C_29/2008 del 23 aprile 2008 consid. 4.2.; 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).

2.4.4. Per quanto riguarda il calcolo del grado di invalidità, va preliminarmente evidenziato 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, STF 8C_61/2018 del 23 marzo 2018 consid. 6.2.; STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 consid. 4.4.; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STFA I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie sono quindi determinanti i dati del 2018 (data di sospensione delle prestazioni di corta durata: 15 aprile 2018; doc. 395 e consid. 1.3.; 2.1.).

2.4.5. Per stabilire il reddito da valido, in casu, va fatto riferimento ai dati statistici risultanti dalla RSS, in quanto secondo la giurisprudenza federale, se la persona assicurata era disoccupata al momento in cui le è occorso l'infortunio oppure se nel periodo sino all'inizio della rendita essa avrebbe perso il posto di lavoro anche senza l'infortunio, il reddito da valido può essere desunto dai dati della rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr., tra le tante, la STF 8C_89/2018 del 18 settembre 2018 consid. 3.3.; STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 in fine e riferimento ivi citato; in questo senso, si veda pure L. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in RtiD II-2006, pag. 316; STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019; STCA 35.2016.93 del 5 aprile 2017, consid. 2.8). In concreto, da un lato, il 23 febbraio 2013 l'ultimo datore di lavoro ha disdetto il rapporto di impiego facendo riferimento a "Nach diversen Vorkommnissen" indicate in una lettera separata non agli atti e precisando che, siccome l'assicurato era momentaneamente in infortunio, il licenziamento non era effettivo (cfr. doc. 12). Dall'altro, anche il ricorrente, il 23 febbraio 2013, si è licenziato per il 30 aprile 2013 (cfr. doc. 14). Tenuto conto della professione esercitata dall'assicurato prima del sinistro del gennaio 2013 (cfr. doc. 486) e della sua lunga esperienza professionale nel settore della ristorazione (cfr. doc. 46-49), il TCA ritiene che si debba utilizzare la tabella TA 1 2016, ramo economico 55-56 "servizi di alloggio e di ristorazione", livello di qualifica 3, uomini che prevede un salario mensile lordo di fr. 5'332. Il ricorrente non ha del resto censurato l'utilizzo da parte dell'assicuratore LAINF dei dati statistici risultanti dalla TA1 ramo economico ristorazione livello di competenza 3. La CO 1, a torto, ha però fatto riferimento unicamente alla TA1 2014 senza adeguare i dati per l'anno 2018 (cfr. doc. A). Riportando l'importo di fr. 5'332 su 42.3 ore, esso ammonta a fr. 5'638.60 mensili oppure a fr. 67'663.08 per l'intero anno (fr. 5'638.60 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, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'933.73 (+ 0.4%) e, per il 2018, di fr. 68'273.39 (+ 0.5%). Il reddito da valido per il 2018 è, pertanto, fissato a fr. 68'273.39.

2.4.6. 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 a 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 ("Descrizione dei posti di lavoro"). In quella sede, la nostra Corte federale ha rilevato che, oltre a produrre almeno cinque DPL, l'assicuratore infortuni è tenuto a fornire indicazioni sul numero totale dei posti di lavoro entranti in linea di considerazione a dipendenza dell'impedimento concreto, come pure sul salario più elevato, su quello più basso, nonché su quello medio del gruppo cui è fatto riferimento. L'Alta Corte, relativamente ai dati statistici, ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 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 dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. Da notare che, con comunicazione del 19 ottobre 2018, l'INSAI ha informato il Tribunale federale e tutti i Tribunali cantonali delle assicurazioni che, a partire dal 1° gennaio 2019, avrebbe cessato di utilizzare le DPL e avrebbe applicato unicamente i dati statistici RSS (cfr. STF 8C_368/2018 del 28 marzo 2019 consid. 4.3.). 2.4.7. Nella presente fattispecie, l'Istituto resistente ha determinato il reddito da invalido facendo capo alla tabella TA1 2014, media totale, livello di competenze 2 (attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l'elaborazione di dati e l'amministrazione, l'utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza, i trasporti), uomini, senza applicare alcuna deduzione sociale ex DTF 126 V 80 (cfr. doc. A). Come indicato sopra (cfr. consid. 2.4.4.), per il raffronto dei redditi fa, però, stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, in casu aprile 2018. Il riferimento al livello di competenze 2 non presta il fianco a critiche. In effetti l'insorgente, capocuoco ("Küchenchef"), si trova in una situazione superiore rispetto al livello 1, categoria destinata agli assicurati che effettuano solamente attività semplici di tipo fisico o manuale. Al riguardo è utile rilevare che nella sentenza 9C_637/2014 del 6 maggio 2015, relativa a uno "chef de cuisine" che non poteva più esercitare la sua abituale professione, bensì attività semi-sedentarie senza sollevamento di pesi eccessivi e con possibilità di cambiare la posizione, il TF non ha sollevato obiezioni circa la determinazione da parte dell'Ufficio AI del reddito da invalido per il 2010 utilizzando la TA1 2010 livello di qualifica 3 (conoscenze professionali specializzate). Va in ogni caso precisato che a partire dalla rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) 2012 i livelli di competenza hanno sostituito i livelli di qualifica richiesti dal posto di lavoro. I livelli di competenze sono stati definiti in funzione del tipo di lavoro, della formazione necessaria all'esercizio della professione e dell'esperienza professionale. Inoltre il livello 1 è diventato il livello di competenze più basso (prima era il livello di qualifica più elevato), mentre il livello 4 è ora il livello di competenze più elevato (prima corrispondeva al livello di qualifica più basso; cfr. Lettera circolare AI n. 328). In proposito cfr. pure STF 9C_901/2017 del 28 maggio 2018 consid. 3.3.; STCA 35.2018.103 del 25 marzo 2019. Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone competenze di livello 2 (attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l'elaborazione di dati e l'amministrazione, l'utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza, i trasporti) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pag. 347segg. e SVR 2002 UV 15, pag. 47segg.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'646. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'885.95 mensili oppure a fr. 70'631.46 per l'intero anno (fr. 5'885.95 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 70'913.98 (+ 0.4%) e, per il 2018, di fr. 71'268.54 (+ 0.5%). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). 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 dall'Alta Corte, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Nel caso di specie questa Corte, tutto ben ponderato, ritiene, contrariamente all'assicuratore LAINF che non ha considerato alcuna deduzione, che si giustifichi applicare una decurtazione in ragione degli effetti legati al danno alla salute del 5% (cfr. STF 8C_477/2016 del 23 novembre 2016). Il reddito da invalido, tenuto conto (ipotesi di lavoro) di una decurtazione del 5%, ammonta dunque a fr. 67'705.15 . 2.4.8. Confrontando ora il reddito "da invalido" di fr. 67'705.15 con il relativo reddito "da valido" di fr. 68'273.39 (cfr. consid. 2.4.5.), si ottiene un grado d'invalidità dello 0.84% ($(68'273.39 - 67'705.15) \times 100 : 68'273.39$), arrotondato all'1% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121. È dunque a ragione che la CO 1 non ha, in ogni caso (sia considerando l'assicurato ancora completamente abile nella sua abituale professione di capocuoco, come valutato dal perito Dr. med. _____, sia ritenendo non più esigibile l'attività di cuoco, bensì attività adeguate; cfr. consid. 2.4.3.), riconosciuto il diritto ad una rendita non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%. La decisione dell'assicuratore LAINF che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va di conseguenza tutelata. Il fatto invocato dal ricorrente secondo cui l'AI, con decisione del 2 novembre 2015, gli ha però riconosciuto il diritto a una rendita intera con effetto dal 1° gennaio 2014, confermata negli anni, da ultimo nel settembre 2018 (cfr. doc. I; 257; 289; 331) non consente di sovvertire l'esito della presente vertenza. In effetti l'AI, a differenza dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. consid. 2.2.1.; 2.4.1.), per determinare l'esigibilità lavorativa (e quindi il grado di invalidità) tiene conto di tutte le problematiche di salute, a prescindere che siano o meno in relazione di causalità con un infortunio. L'art. 4 cpv. 1 LAI prevede, del resto, che l'invalidità (art. 8 LPGa) può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (cfr. consid. 2.2.4.). Ciò risulta pure dall'Annotazione per/da SMR" del 29 agosto 2018 in cui il Dr. med. _____, da una parte, ha rilevato che dal dossier LAINF risultava non esserci più un nesso causale con l'infortunio e che era in fase di opposizione. Dall'altra, ha indicato che, indipendentemente dal nesso di causalità, per le differenti problematiche (ortopedica, reumatologica, massiccio sovrappeso BMI 44) si giustificava un'inabilità lavorativa del 100% per ogni tipo di attività e che una revisione appariva indicata a distanza di circa 1-2 anni (cfr. doc. 465).

2.5. Diritto all'IMI? 2.5.1. 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, mentale o psichica. 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).

2.5.2. 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, mentale o psichica 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. 24segg. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., pag. 121).

2.5.3. 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, pag. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 pag. 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, mentale o psichica, 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, pag. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.5.4. 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, pag. 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).

2.5.5. Nel caso di specie la CO 1, fondandosi sul parere del perito, Dr. med. _____, ha rifiutato l'assegnazione al ricorrente di un'IMI (cfr. doc. A). Nel rapporto peritale del gennaio 2018 il Dr. med. _____, alla domanda se sussisteva una importante e durevole menomazione dell'integrità fisica o mentale ai sensi dell'art. 24 LAINF, ha risposto: " Da keine Behandlung der diffusen, nicht klar zuzuordnenden Beschwerdebilder (Hüfte/Knie rechts) möglich ist (alle bisherigen konservativen Massnahmen waren unergiebig respektive nicht nachhaltig und es gibt keine medizinisch hinreichende Begründung, weshalb dies - nota bene wurde oben ausgeführt, dass keine weiter Behandlung aus unfallkausalen Gründen notwendig ist – zukünftig "anders" oder gar "besser" sein sollte/könnte), kann bereits heute festgehalten werden, dass der funktionelle Endzustand eingetreten ist und keine Integritätsentschädigung geschuldet ist. Begründung: Sowohl am rechten Knie als auch an der Hüfte sind nachweislich keine unfallkausale ergo entschädigungspflichtige Veränderungen (auch nicht sekundäre) oder Funktionsstörungen erkennbar. Daher kann weder die Tabelle 2 noch die Tabelle 5 oder 6

zur Anwendung gelangen.” (Doc. 360) Chiamata ora a pronunciarsi su una questione di carattere squisitamente medico, constatato che agli atti non figura alcuna divergente valutazione specialistica al riguardo e considerato che l’insorgente non ha sollevato alcuna motivata obiezione in merito, questa Corte ritiene che l’apprezzamento della menomazione dell’integrità espresso dal Dr. med. _____ possa validamente costituire da fondamento al proprio giudizio. In conclusione, anche per quanto riguarda il diritto all’IMI, il ricorso di RI 1 non può pertanto essere accolto.

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