

TI_GERICHTE 35.2019.49 vom 12. März 1997

TI Tribunale d'appello, 1997-03-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2019.49

FR: TI_GERICHTE 35.2019.49 du 12 mars 1997

IT: TI_GERICHTE 35.2019.49 del 12 marzo 1997

Erwägungen

E. 3

■ il corsivo è della redattrice; si veda pure il suo referto del 3 febbraio 2017 [doc. VII 5], in cui il dott. _____ aveva già sottolineato la difficoltà a correlare l'entità dei dolori muscolari e lo stato di generale letargia con quello che avrebbe potuto essere un'infezione low grade interessante il ginocchio protesizzato).

Ora, come ha giustamente osservato l'amministrazione nella sua presa di posizione del 25 novembre 2020 (doc. XII), la semplice possibilità che lo stato del ginocchio sinistro migliori grazie a un impianto di protesi, non può essere ritenuta sufficiente per rimettere in discussione la data di chiusura del caso.

2.4. Entità della rendita d'invalidità.

2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità.

Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA.

Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido.

L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai 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 LPGA.

Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343.

Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità:

1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico)
2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico).

Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale).

Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. 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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 TF 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 (STF 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; STF del 30 giugno 1994 succitata).

Specifiche dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è la norma di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF:

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. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b).

Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido.

2.4.3. Nel caso di specie, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore convenuto ha fatto capo alla valutazione espressa il 27 marzo 2017 dal suo medico _____, il chirurgo ortopedico dr. _____, il cui tenore è il seguente:

Può molto spesso effettuare lavori che comportano la rotazione della mano.

Molto spesso può effettuare lavori sopra la testa, lavori che comportano la rotazione del busto e lavori che comportano la posizione seduta inclinata in avanti. Talvolta può effettuare lavori in piedi e inclinati in avanti. Non può mai più mantenere la posizione inginocchiata e la posizione con ginocchia in flessione.

Molto spesso può mantenere la posizione seduta e talvolta la posizione in piedi. Molto spesso può mantenere la posizione a libera scelta.

Tenuto conto di tali indicazioni, l'assicuratore LAINF ha ritenuto che l'assicurato andasse considerato abile al lavoro al 100% (e con un rendimento completo) in un'attività

lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico e, pertanto, con la decisione formale dell'8 maggio 2017, a fronte di un reddito da valido (determinato in base ai dati salariali statistici, posto che al momento dell'insorgenza della ricaduta l'assicurato era disoccupato) di fr. 68'949 e da invalido (stabilito in applicazione dei dati salariali statistici afferenti ad un'attività leggera, semplice e ripetitiva) di fr. 67'656, cui apportare una riduzione del 20% per tenere conto delle sue variabili professionali e personali, l'istituto ha attribuito a RI 1 una rendita d'invalidità del 21% dal 1° aprile 2017 (doc. 217).

2.4.4. Nella concreta evenienza, tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che il motivato parere espresso dal dr. _____, specialista nella materia che qui ci occupa e che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere.

In una sentenza 35.2016.41 del 14 dicembre 2016 questa Corte ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione magazziniere, che, mentre stava percorrendo la strada cantonale alla guida del proprio ciclomotore ad una velocità di 15/30 km/h, è stato investito da una macchina in una rotonda, riportando la frattura intrarticolare metafisaria pluriframmentaria del piatto tibiale sinistro e la frattura peroneale prossimale composta sinistra con conseguente un problema di limitazione funzionale stabile attorno al 90°) era in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al ginocchio sinistro.

È pure utile segnalare che, in una sentenza 8C_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residui localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure la STF U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, concernente un assicurato che presentava le sequele di una frattura del calcagno destro e la STF U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, inerente un assicurato che, a seguito di un'importante frattura comminuta del pilone tibiale con frattura del malleolo laterale, aveva reliquato una grave artrosi alle articolazioni tibiotarsica e sottoastragalica, così come un'artrodesi della tibiotarsica sinistra).

Il TCA non può parimenti condividere la tesi di una totale incapacità lavorativa sostenuta dal ricorrente e motivata con il fatto che il 24 luglio 2015 la dr.ssa _____ che lavora presso la CO 1 di _____ ha dichiarato il 100% di incapacità lavorativa (cfr. doc. I).

A margine della visita _____ del 24 luglio 2015, infatti, la dr.ssa _____ non si è pronunciata sull'esigibilità lavorativa, ma ha refertato l'effettivo peggioramento dello stato di salute fatto valere dall'interessato attraverso l'annuncio di ricaduta del settembre 2014, reputando necessaria l'attuazione di ulteriori trattamenti (cfr. doc. 93). Solo successivamente, a distanza di dieci mesi dall'intervento alla caviglia (6 maggio 2016) e di sette dall'avvenuto intervento d'impianto di protesi al ginocchio destro (10 agosto 2016) - su esplicita richiesta dell'assicurato stesso, il quale aveva insistentemente domandato all'amministrazione di pronunciarsi riguardo al diritto alla rendita (cfr. doc. 186 e doc.

189), essendo ormai trascorsi più di sei mesi, periodo indicato dall'assicuratore quale parametro temporale per poter considerare stabilizzata la situazione dopo un intervento di posa di una protesi al ginocchio -, è stato chiesto al dr. _____ di verificare se fosse stata raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute. Quest'ultimo, come esposto in precedenza, nel suo apprezzamento del 27 marzo 2017, ha ritenuto che lo stato di salute si fosse nel frattempo stabilizzato. Solo a quel momento, tenuto conto dell'intervenuta stabilizzazione dello stato di salute, egli ha quindi proceduto alla valutazione dell'esigibilità lavorativa, considerando unicamente i disturbi di origine infortunistica.

In esito alle considerazioni che precedono, 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 riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, che RI 1, da una parte, è definitivamente impedito nell'esercizio della sua originaria professione di operaio edile, ma che, d'altra parte, egli 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.

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

Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF 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, STF del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01).

Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2017, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° aprile 2017.

2.4.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, RI 1 nel 2017, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 68'949, calcolato in ossequio alla giurisprudenza sulla base dei dati statistici risultanti dalla RSS (Rilevazione svizzera della struttura dei salari), considerato che egli non era più professionalmente attivo da diversi anni, dopo essersi trasferito in _____ (cfr. STF 8C_732/2019 del 19 ottobre 2020 consid. 3.2 e riferimenti ivi menzionati).

Questa giurisprudenza è stata confermata ancora dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5.

2.4.8. In concreto, dalle tavole processuali si evince che l'CO 1 ha determinato in fr. 54'125 il reddito da invalido, applicando la tabella RSS TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, riportato su 41.7 ore e aggiornato al 2017 (per un importo pari a fr. 67'656.26), operando poi una deduzione sociale del 20% (cfr. doc. 215).

2.4.9. Il grado di invalidità del ricorrente - determinato confrontando i fr. 54'125 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 68'949,

risulta essere del 21.49%, arrotondato al 21% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2.

E. 20

luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). È utile precisare 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 (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) 2.3.2. Con la propria pronuncia 35.2017.130 del 15 marzo 2018, facendo capo al parere del chirurgo ortopedico dott. _____, questa Corte ha ritenuto che, con il grado della verosimiglianza preponderante, lo stato di salute infortunistico (interessante il ginocchio e la caviglia) poteva essere considerato stabilizzato alla fine del mese di marzo 2017 e che le obiezioni sollevate al riguardo dall'assicurato, fondate essenzialmente sulle certificazioni agli atti del suo medico curante specialista, non erano suscettibili di modificare questo stato di fatto. Con la sentenza 8C_279/2018 del 20 marzo 2019, il Tribunale federale ha ritenuto che il TCA non era legittimato a ritenere che "... le valutazioni del Dr. med. _____ possano condurre il giudice delle assicurazioni sociali al suo pieno convincimento, escludendo anche ogni minimo dubbio. Del resto, è lo stesso assicuratore che si è mostrato innanzitutto contraddittorio, consigliando prima tramite la Dr. med. _____, dopo la visita medica del 24 luglio 2015, l'impianto di una protesi ad entrambe le ginocchia, ma poi, quando si è presentata l'infezione postoperatoria apparentemente non ancora risolta, ha affermato che il caso si era stabilizzato. Alla luce dello sviluppo medico, non si può nemmeno affermare che l'esigibilità lavorativa espressa dal Dr. med. _____ sia ancora pertinente. In tali condizioni, a ragione il ricorrente può pretendere l'esperimento di una perizia medica esterna". L'Alta Corte ha formulato in particolare le seguenti considerazioni: "(...). 4.2. È vero, come accertato dalla Corte cantonale, che la Dr. med. _____ nel suo referto del 29 luglio 2015 ha messo in luce che si è verificata radiologicamente e pure clinicamente la sintomatologia riferita da parte dell'assicurato in gonartrosi grave mediale pronunciata a destra e artrosi grave della tibiotarsica di sinistra. La specialista consigliava la posa di una protesi totale al ginocchio destro poi al sinistro come pure l'artrodesi della caviglia sinistra. Ella ha dato atto sia di un peggioramento importante alle ginocchia come anche alla caviglia sinistra, che giustificava ulteriori trattamenti secondo l'art. 21 LAINF, sia la presenza di un danno permanente. In tal senso, si è espresso anche il Dr. med. _____ nella sua valutazione del 3 marzo 2016. Nell'apprezzamento medico del 27 marzo 2017, il quale - come rettamente censurato dal ricorrente e contrariamente all'accertamento della Corte cantonale - non è stato preceduto da una visita medica, il Dr. med. _____ ha preso atto dell'intervento di protesi della caviglia sinistra nel maggio 2016 e di protesi del ginocchio destro il 10 agosto 2016 avvenuti in Gran Bretagna e delle susseguenti complicazioni, concludendo che "per quanto riguarda la problematica del ginocchio e della caviglia si può sostenere che attualmente lo stato è stabilizzato". Egli ha poi espresso il suo parere in merito all'esigibilità lavorativa. Il Dr. med. _____ ancora nella nota del 2 ottobre 2017, resa dopo essere stato interpellato sugli interventi e il decorso operatorio avvenuti in Gran Bretagna, ha osservato che non vi è alcun elemento che provi un infetto della protesi, che dai rapporti del Dr. med. _____ non emerge nessuna documentazione clinica e che vengono riferiti solo dolori

di natura non precisata. Non portando nessuna novità che potesse cambiare l'esigibilità lavorativa, il Dr. med. _____ ribadiva la sua opinione. 4.3. Il Dr. med. _____ nel rapporto del 15 novembre 2016 mette in luce i dolori lamentati dall'assicurato, la possibile origine reumatica e di aver provveduto a una biopsia della sinovia. Nella relazione del 30 dicembre 2016 lo specialista ha messo in luce che la sinovia è stata infettata da uno stafilococco, il quale non è frequente per interventi simili in Gran Bretagna. Nelle osservazioni del 20 gennaio 2017 il medico aggiorna la situazione del ricorrente sull'infezione. In occasione del rapporto del 3 febbraio 2017 il Dr. med. _____ ha esposto nuovamente la situazione medica dell'assicurato. Nel referto del 21 febbraio 2017 lo stesso specialista rileva di aver chiesto consulto a un collega per capire meglio la situazione. Il 17 maggio 2017 il Dr. med. _____ ha rilevato che la persistenza dell'infezione nella protesi destra era tutt'ora esistente. Egli, nei suoi numerosi pareri, ha sostanzialmente negato la stabilizzazione del caso e provveduto altresì a esprimere dettagliatamente la capacità lavorativa dell'assicurato. Il 10 agosto 2017 il Dr. med. _____ ha messo in evidenza le ultime ricerche microbiologiche ed ha escluso ogni capacità lavorativa." Dando seguito a quanto ordinato dal TF, il TCA ha disposto una perizia giudiziaria, affidandone l'allestimento all'Unità di chirurgia e ortopedia dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. doc. II e doc. VIII). 2.3.3. Con referto peritale del 29 ottobre 2020 – allestito, come già precisato in precedenza (cfr. supra, consid. 1.10.), sulla sola base degli atti a disposizione, conformemente alla volontà espressa dallo stesso assicurato e in considerazione dell'impossibilità di spostarsi a causa dell'emergenza sanitaria –, il PD dr. med. _____, Caposervizio, dopo avere riassunto la documentazione medica presente nell'incarto, ha così risposto ai quesiti peritali: " 1. Si esprima l'esperto in merito alla stabilizzazione del caso a) Con riferimento alle conseguenze del sinistro assicurato (17 marzo 1989) e nel solco della ricaduta annunciata il 10 ottobre 2014 dall'assicurato vi sono ancora delle cure atte, secondo il criterio della probabilità preponderante, a comportare un notevole miglioramento dei postumi infortunistici? Ginocchio destro Sulla base della documentazione presentata si evince che il Sig. RI 1, nonostante i trattamenti eseguiti a causa di una gonartrosi posttraumatica sintomatica, stia ancora soffrendo di forti dolori al ginocchio destro il quale, dopo un iniziale miglioramento successivo all'impianto della protesi totale di ginocchio del 10.8.2016 (generale buona funzione del ginocchio con flessione fino a 130°, lettera ambulatoriale dr. _____ del 14.11.2016) ha subito un progressivo e costante peggioramento caratterizzato da gonfiore, saltuario calore, diminuzione dell'articolarietà del ginocchio e insorgenza di mialgie diffuse di eziologia non chiara che hanno causato una forte limitazione della mobilità e l'impossibilità ad eseguire qualsivoglia lavoro (lettera ambulatoriale dr. _____ del 23.11.2017). La causa del fallimento dell'intervento di protesizzazione del ginocchio destro, stando alla documentazione fornita, non è chiara e il dr. _____ sospetta un'infezione low-grade per la quale finora non sono stati ancora intrapresi trattamenti risolutivi. La terapia antibiotica prescritta dal dr. _____ infatti, dovesse la protesi essere veramente infetta e quindi trattandosi ormai di un'infezione cronica, non è da sola sufficiente all'eradicazione della stessa non essendo accompagnata da un intervento di sostituzione completa della protesi necessario in tali casi. Mancando quindi al momento una chiara causa del fallimento della protesi del ginocchio destro non è possibile escludere a priori un eventuale e notevole miglioramento della sintomatologia una volta chiarito il problema ed effettuato il trattamento terapeutico necessario. Caviglia sinistra L'intervento di protesizzazione della caviglia sinistra, sulla base del rapporto del dr. _____ del 13.12.16 sembra avere

avuto un successo migliore, esitando in dolori cronici di entità moderata e non meglio localizzati con cui il paziente riesce a convivere. Nel suo rapporto del 13.12.16 il dr. _____ riferisce che la caviglia sinistra è stabile e intende chiudere i controlli di follow-up lasciando quindi intendere che la situazione in tale distretto al 13.12.16 sembra essersi stabilizzata. Dalla documentazione fornita non si hanno informazioni più approfondite sulla attuale situazione della caviglia e si può quindi ritenere che non vi siano ulteriori cure atte secondo il criterio della probabilità preponderante a comportare un notevole miglioramento dei sintomi . Ginocchio sinistro Facendo riferimento alla lettera del 23.11.17 del dr. _____ il ginocchio sinistro continua a presentare un'artrosi sintomatica invalidante per la quale tuttavia si è soprasseduto alla possibilità di effettuare un intervento di impianto di protesi totale considerata la scarsa efficacia dell'intervento eseguito al ginocchio destro ed essendo gli accertamenti di tale problematica ancora in corso. Si può quindi considerare che tale ginocchio potrebbe beneficiare di un intervento di protesizzazione totale portando ad un notevole miglioramento della funzionalità e della sintomatologia algica . Prima di effettuare tale intervento è comunque necessario avere escluso definitivamente un'infezione a carico del ginocchio destro onde evitare un chiaro fallimento dell'intervento. b) In caso di risposta affermativa alla domanda precedente (1a) quali? Ginocchio destro La causa del fallimento dell'intervento di protesi del ginocchio destro non è stata identificata dal dr. _____. Ulteriori indagini specialistiche potrebbero fornire informazioni aggiuntive, tra queste figurano: - Ortoradiogramma: valutazione asse gambe - 3D-CT: valutazione posizionamento nei tre piani dello spazio delle componenti protesiche onde escludere un mal posizionamento delle stesse - Radiografie sotto stress in antero-posizione e in varo-valgo da eseguire sia in estensione che in flessione onde escludere un'instabilità delle protesi - SPECT-CT convenzionale onde escludere un'artrosi retrorotulea ed eventuali scollamenti delle componenti protesiche - Nel caso dovesse confermarsi il sospetto di un'infezione della protesi del ginocchio destro, la terapia risolutiva sarebbe una sostituzione completa della protesi da effettuare preferibilmente in 2 tempi con prelievo di campioni biotici, invio della protesi per indagini di sonicazione e adeguata terapia antibiotica. Ginocchio sinistro Al ginocchio sinistro è consigliabile l'impianto di una protesi totale di ginocchio da effettuare dopo avere escluso definitivamente un'infezione a carico del ginocchio destro onde evitare un chiaro fallimento dell'intervento. c) Nel caso in cui il perito ritenga che il caso possa considerarsi stabilizzato, è possibile affermare che la stabilizzazione risalgia al 1 aprile 2017? se no, a partire da quale data il perito ritiene che il caso possa essere considerato stabilizzato? La situazione può definirsi stabilizzata solo per la condizione della caviglia sinistra. Entrambe le ginocchia se non trattate incorreranno con elevata probabilità in un peggioramento della condizione clinica caratterizzato da diminuzione progressiva dell'articolarietà, dolori cronici, ipotrofia muscolare da ipomobilizzazione. Tali condizioni potranno eventualmente aggravare le comorbidità di cui il paziente già soffre." (doc. X – il corsivo è della redattrice) 2.3.4. Con l'allegato del 25 novembre 2020, l'istituto assicuratore ha in sostanza sostenuto che le risultanze della perizia giudiziaria non contraddicono la valutazione della stabilizzazione dello stato di salute infortunistico espressa a suo tempo dal medico di _____ (e che è servita da base alla decisione su opposizione impugnata e al giudizio 35.2017.130 di questo Tribunale), osservando in particolare quanto segue: " (...) il perito, esprimendosi in merito al fatto di sapere se vi sono ancora delle cure atte a portare a un notevole miglioramento, per quanto riguarda il ginocchio destro, dove è stata impiantata una protesi, non esclude a priori un eventuale e notevole miglioramento della sintomatologia una volta chiarito il problema

ed effettuato il trattamento medico necessario. Dato che il dott. _____ non è stato in grado di determinare la causa del fallimento dell'intervento l'esperto ha proposto una serie di indagini specialistiche. L'CO 1 a suo tempo aveva dato il benestare anche se si trattava di esami che erano parte integrante dell'incarico peritale. Non incombe all'CO 1 sopporre alle difficoltà legate all'esecuzione degli accertamenti diagnostici nel paese di residenza dell'assicurato. Si ricorda che in data 20.2.17 il dott. _____ ha indicato che non era pianificato alcun ulteriore intervento. L'11.4.17 il medico _____ ha osservato che, alla luce delle radiografie, la situazione di protesi è ottimale. Il 4.10.17 il medico _____ ha constatato che non vi è alcun elemento che provi un infetto della protesi. Il dott. _____ si limita a riferire dei dolori di natura non precisata. Il perito non si è confrontato con le conclusioni del medico _____. Inoltre, in data 23.11.2017, il dott. _____ ha riferito che gli esami biotipici e culturali non hanno potuto chiarire se la protesi è o meno complicata da un'infezione. La seconda SPECT-CT con leucociti marcati non ha confermato il sospetto di sovrainfezione delle componenti protesiche posto durante il primo esame. A mente dell'CO 1 ciò basta per ammettere, secondo il criterio della probabilità preponderante, che la situazione era stabilizzata essendo stato fugato il sospetto in favore di un'infezione. La presenza di disturbi – in un assicurato che peraltro lamentava diverse patologie articolari – non permette di tenere aperto un caso sine die risp. di riconoscere un'incapacità di guadagno del 100%. Per quanto riguarda il ginocchio sinistro l'esperto considera che l'assicurato potrebbe beneficiare di un intervento. Si tratta di una semplice ipotesi di lavoro e non di una presa di posizione in base al criterio della probabilità preponderante. Anche se è determinante la situazione che vigeva al momento del rilascio della decisione su opposizione (ottobre 2017) non trova spiegazione alcuna il fatto che l'assicurato non si sia sottoposto a delle ulteriori cure – se del caso rivolgendosi ad un altro specialista – se la situazione alle ginocchia e soprattutto al ginocchio destro fosse stata meritevole di ulteriori terapie. Non potendo continuare ad assumere degli antibiotici per anni l'assicurato avrebbe già dovuto subire la sostituzione della protesi se vi fosse stata un'indicazione. Esiste poi anche una differenza fra l'indicazione medica e la volontà del paziente. L'assicurato non ha mostrato – in base agli atti a disposizione – nessuna intenzione di sottoporsi a degli ulteriori interventi o altre misure specifiche. Egli non può pertanto pretendere che l'CO 1 ritorni sulla chiusura. Permane vita natural durante il diritto di annunciare una ricaduta. Per quanto riguarda la capacità di lavoro l'esperto si è limitato a riprendere quanto indicato dal dott. _____, il quale ha tenuto conto dell'insieme delle patologie dell'assicurato e della sintomatologia algica riferita. Anche su tale punto il perito non si è confrontato con quanto valutato dal medico _____. Ora, se anche l'esperto non ha esaminato personalmente l'assicurato, egli doveva, accettando di rendere il proprio referto in base agli atti, farsi un'idea oggettiva della situazione sulla base degli atti che gli sono stati trasmessi e non fare capo esclusivamente alle conclusioni del curante. L'CO 1 ritiene che la perizia ordinata da questo Tribunale non permetta di mettere in dubbio le conclusioni del medico _____ e pertanto la chiusura della ricaduta risp. l'esigibilità che ha permesso all'amministrazione di definire il grado di invalidità.” (doc. XII – il corsivo è della redattrice) L'assicurato, al quale il referto peritale è stato regolarmente recapitato (cfr. conferma di recapito il 16 novembre 2020, risultante dal tracciamento degli invii per l'estero della Posta Svizzera; si consideri inoltre che il documento gli è stato anticipato via e-mail il 9 novembre 2020 – cfr. doc. XI), non ha, ad oggi, dato seguito alla facoltà concessagli di formulare delle osservazioni. 2.3.5. In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito

medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 135 V 465 consid. 4.4 e il riferimento). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato. Inoltre, laddove altri specialisti esprimono dei pareri contrari suscettibili di mettere seriamente in dubbio la correttezza della valutazione dell'esperto giudiziario, non si può escludere, a seconda dei casi, un'interpretazione divergente delle conclusioni di quest'ultimo da parte del giudice oppure, se necessario, un'istruttoria complementare nella forma di una superperizia (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e riferimenti). 2.3.6. Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene corretta la decisione dell'amministrazione che ha ritenuto stabilizzato dalla fine del mese di marzo 2017 lo stato di salute infortunistico dell'assicurato. Tale circostanza è stata di fatto confermata anche dai periti giudiziari, nella misura in cui essi non hanno dimostrato il contrario con il grado della probabilità preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali. In questo senso, occorre rilevare che, nel suo referto del 29 ottobre 2020, l'esperto incaricato dal TCA ha sostenuto che, vista l'origine non chiara dei disturbi localizzati al ginocchio destro, per i quali il dr. _____, chirurgo ortopedico attivo presso l'Ospedale universitario di _____, aveva sospettato "un'infezione low-grade per la quale finora non sono stati ancora intrapresi trattamenti risolutivi", "non è possibile escludere a priori un eventuale e notevole miglioramento della sintomatologia una volta chiarito il problema ed effettuato il trattamento terapeutico necessario" (doc. X, pag. 28 – il corsivo è della redattrice). Al riguardo, il TCA osserva che la formulazione utilizzata dal perito – "non è possibile escludere a priori" - non è sufficiente per ritenere come probabile - la semplice possibilità non basta (su questo aspetto, cfr. D. Cattaneo, Les erreurs les plus frequentes des expertises medicales dans les assurances sociales, in CGSS n. 50-2014, pag. 143) - il fatto che da ulteriori cure ci si poteva ancora attendere un notevole miglioramento dei postumi infortunistici. Il PD _____ ha inoltre giustificato la sua conclusione con il fatto che manca "al momento una chiara causa del fallimento della protesi del ginocchio destro", consigliando, perciò, l'esecuzione di ulteriori indagini specialistiche atte a chiarire questo aspetto (cfr. doc. X, pag. 29-30). Ora, se è vero che il perito giudiziario non ha avuto la possibilità di svolgere direttamente determinati esami, è altrettanto vero che le ulteriori indagini da lui preconizzate al fine di chiarire le ragioni del fallimento dell'impianto di protesi al ginocchio destro – ortoradiogramma, 3D-CT, radiografie e SPECT-CT (cfr. doc. X, pag. 29-30) -, mirano a verificare, secondo quanto da lui stesso esplicitato, il corretto posizionamento della protesi e l'assenza di scollamenti della stessa. Ora, tali evenienze sono già state adeguatamente indagate - e escluse - dal medico curante specialista dell'assicurato. Nella sua certificazione del 3 febbraio 2017, il cui contenuto è stato sintetizzato nel referto peritale, il dr. _____ ha infatti riferito che gli esami radiologici effettuati avevano evidenziato "una protesi correttamente impiantata" (doc. X, pag. 7). Un discorso analogo vale anche per l'eventuale presenza di un infetto alla protesi del ginocchio destro, il cui sospetto non ha finalmente trovato alcuna conferma, nonostante RI 1 fosse stato sottoposto ad approfonditi esami. A questo proposito, il TCA sottolinea come il dr. _____, nel suo rapporto del 23 novembre 2017 - prodotto dall'assicurato soltanto nel corso del mese di giugno 2019 (cfr. doc. VII/3) e, pertanto, non considerato né da questa Corte né dal Tribunale federale -, abbia rilevato (sintesi contenuta nella perizia giudiziaria) che "in seguito agli esami biotipici e culturali eseguiti (si tratta di quelli effettuati nell'agosto

2014 – cfr. allegati al doc. 233, n.d.r.) non si è potuto chiarire se la protesi al ginocchio destro sia complicata da un'infezione o meno. La seconda SPECT-CT con leucociti marcati non ha confermato il sospetto di sovrainfezione delle componenti protesiche posto durante la prima volta che tale esame era stato eseguito.” (doc. X, pag. 3 – il corsivo è della redattrice; si veda pure il suo referto del 3 febbraio 2017 [doc. VII 5], in cui il dott. _____ aveva già sottolineato la difficoltà a correlare l'entità dei dolori muscolari e lo stato di generale letargia con quello che avrebbe potuto essere un'infezione low grade interessante il ginocchio protesizzato). Del resto, secondo il TCA, non può neppure essere ignorato che, nonostante la dichiarata persistenza di forti dolori, l'assicurato non ha prodotto alcun referto medico successivo al mese di novembre 2017, attestante l'applicazione di ulteriori provvedimenti terapeutici, in particolare la sostituzione dell'impianto di protesi, prospettata dal perito giudiziario quale soluzione risolutiva. A proposito del ginocchio destro, questo Tribunale constata quindi che, da una parte, che le risultanze oggettive degli approfondimenti diagnostici disposti per individuare l'origine del fallimento dell'impianto di protesi, non hanno confermato né l'ipotesi di un'infezione né quella di una mobilitazione della protesi e, dall'altra, che il medico curante specialista ha più volte fatto stato di una generalizzazione dei dolori, estesi ben al di là dei distretti interessati dall'infortunio, evocando la possibile presenza di una polimialgia reumatica, dunque di un'affezione di natura chiaramente extra-infortunistica (in questo contesto, non può essere dimenticato che tale sintomatologia è insorta con un lunghissimo tempo di latenza dall'infortunio) (cfr. referto del 15 maggio 2017, allegato al doc. 222: “ My initial concern, as he had pain in both lower limbs, was that he may have a degree of spinal compression but an MRI scan of the lumbar spine was satisfactory. His overall condition deteriorated quite rapidly with pain affecting the muscles and of the upper and lower limbs as well as exacerbating shoulder, hand, wrist, knee, foot and hanckle pain. The general myalgia, particulary around the pectoral and pelvic girdles made me consider the possibility of Polymyalgia Rheumatica and he was started on steroids and this appeared to ameliorate the symptoms but the pain was never reduced to a level that allowed him normal activity or mobility. ” – il corsivo è della redattrice). Per quanto concerne il ginocchio sinistro , l'esperto giudiziario si è limitato a evocare la possibilità che un intervento d'impianto di protesi permetta di migliorare notevolmente la funzionalità dell'articolazione e i dolori, subordinandola all'individuazione delle cause del fallimento a destra, così da evitare un altro sicuro insuccesso (cfr. doc. X, pag. 29). Ora, come ha giustamente osservato l'amministrazione nella sua presa di posizione del 25 novembre 2020 (doc. XII), la semplice possibilità che lo stato del ginocchio sinistro migliori grazie a un impianto di protesi, non può essere ritenuta sufficiente per rimettere in discussione la data di chiusura del caso. Trattandosi infine della caviglia sinistra , il PD dr. med. _____ ha esplicitamente escluso che, a quel livello, vi siano “... ulteriori cure atte secondo il criterio della probabilità preponderante a comportare un notevole miglioramento di sintomi.” (doc. X, pag. 28 s.). In conclusione, attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti, in particolare le risultanze della perizia giudiziaria, non ritiene dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale, che al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, vi fossero ancora delle misure terapeutiche suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. Stante ciò, questa Corte non può dunque che confermare la decisione su opposizione impugnata, perlomeno nella misura in cui sancisce che il 31 marzo 2017, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF.

Data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF convenuto era legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera) e a valutare il diritto a quelle di lunga durata, in particolare alla rendita d'invalidità.

2.4. Entità della rendita d'invalidità. 2.4.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il TF, in una sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 U 529, p. 572 ss., ha rilevato che l'art. 18 LAINF rinvia direttamente all'art. 8 LPGA; l'art. 8 cpv. 1 LPGA, a sua volta, corrisponde al previgente art. 18 cpv. 2 prima frase LAINF, motivo per il quale occorre concludere che non vi sono stati cambiamenti di rilievo in seguito all'introduzione della LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai 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 LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.4.2. 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, STF I 871/02 del 20 aprile 2004 e STF 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 TF 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 (STF 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; STF 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. STF del 15 dicembre 1992 nella causa G.I.M.). Ci si discosterà da questa proiezione solo se le premesse per modifiche di qualche rilievo sono già date al momento dell'infortunio o se particolari circostanze ne rendono il verificarsi altamente probabile (cfr. RAMI 1993 U 168, p. 97ss., consid. 5b; 4a, b). Il grado di invalidità corrisponde alla differenza, espressa in percentuale, tra il reddito ipotetico conseguibile senza invalidità e quello, non meno ipotetico, conseguibile da invalido . 2.4.3. Nel caso di specie, per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'istituto assicuratore convenuto ha fatto capo alla valutazione espressa il 27 marzo 2017 dal suo medico _____, il chirurgo ortopedico dr. _____, il cui tenore è il seguente: " (...). Esigibilità del

lavoro. L'assicurato può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi. Spesso fino a 10 kg. Di rado fino a 25 kg ma mai superiori a 25 kg. Può molto spesso sollevare oltre l'altezza del petto pesi anche superiori ai 5 kg. Può molto spesso effettuare lavori leggeri e di precisione. Spesso lavori medi ma mai più lavori pesanti e molto pesanti. Può molto spesso effettuare lavori che comportano la rotazione della mano. Molto spesso può effettuare lavori sopra la testa, lavori che comportano la rotazione del busto e lavori che comportano la posizione seduta inclinata in avanti. Talvolta può effettuare lavori in piedi e inclinati in avanti. Non può mai più mantenere la posizione inginocchiata e la posizione con ginocchia in flessione. Molto spesso può mantenere la posizione seduta e talvolta la posizione in piedi. Molto spesso può mantenere la posizione a libera scelta. Molto spesso può spostarsi per tragitti oltre i 50 m. Talvolta anche per tragitti più lunghi su terreno sconnesso e salire e scendere le scale e di rado salire e scendere scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile molto spesso. Non vi sono problemi di equilibrio.” (doc. 210) Tenuto conto di tali indicazioni, l'assicuratore LAINF ha ritenuto che l'assicurato andasse considerato abile al lavoro al 100% (e con un rendimento completo) in un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico e, pertanto, con la decisione formale dell'8 maggio 2017, a fronte di un reddito da valido (determinato in base ai dati salariali statistici, posto che al momento dell'insorgenza della ricaduta l'assicurato era disoccupato) di fr. 68'949 e da invalido (stabilito in applicazione dei dati salariali statistici afferenti ad un'attività leggera, semplice e ripetitiva) di fr. 67'656, cui apportare una riduzione del 20% “per tenere conto delle sue variabili professionali e personali”, l'istituto ha attribuito a RI 1 una rendita d'invalidità del 21% dal 1° aprile 2017 (doc. 217).

2.4.4. Nella concreta evenienza, tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che il motivato parere espresso dal dr. _____, specialista nella materia che qui ci occupa e che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica, possa validamente costituire da base al giudizio che è ora chiamato a rendere. Del resto, l'apprezzamento del dr. _____ appare plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati presentanti impedimenti nell'utilizzo degli arti inferiori. In una sentenza 35.2015.119 del 9 agosto 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione carpentiere, al quale era rimasta schiacciata l'estremità inferiore sinistra sotto un manufatto di cemento posizionato a lato dei binari di un treno, riportando una frattura complessa della caviglia sinistra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata, ovvero un lavoro leggero dal punto di vista del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, da esercitare in posizione prevalentemente seduta e che non implichi (in particolare) la deambulazione su terreno sconnesso o su lunghi tratti e l'utilizzo di scale a pioli. In una sentenza 35.2016.3 del 27 settembre 2016 il TCA ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione manovale, al quale era rimasta schiacciata l'estremità inferiore sinistra sotto il tetto di un escavatore che si era ribaltato, riportando la lussazione dell'articolazione di Chopard, la frattura della base del II. e III. metatarso con distacco della base del I. metatarso, nonché la frattura parzialmente dislocata del calcagno sinistro) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa adeguata, ovvero un lavoro in posizione prevalentemente seduta, che non implichi spostamenti frequenti o prolungati, l'utilizzo di scale, né la deambulazione su terreno sconnesso. In una sentenza 35.2016.41 del 14 dicembre 2016 questa Corte ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di

professione magazziniere, che, mentre stava percorrendo la strada cantonale alla guida del proprio ciclomotore ad una velocità di 15/30 km/h, è stato investito da una macchina in una rotonda, riportando la frattura intrarticolare metafisaria pluriframmentaria del piatto tibiale sinistro e la frattura peroneale prossimale composta sinistra con conseguente un problema di limitazione funzionale stabile attorno al 90°) era in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al ginocchio sinistro. In una pronuncia 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, il TCA ha parimenti riconosciuto l'esistenza di una piena capacità lavorativa residua (riferita a un'attività sedentaria con possibilità di cambio di posizione senza porto di pesi con deambulazione su terreni regolari evitando la necessità di accovacciamenti con una flessione pronunciata dell'avampiede) a proposito di un assicurato che, a seguito di un trauma contusivo/distorsivo ad entrambi i piedi, con svariate fratture a sinistra, aveva reliquiato dolori e limitazioni funzionali. È pure utile segnalare che, in una sentenza 8C_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residui localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure la STF U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, concernente un assicurato che presentava le sequele di una frattura del calcagno destro e la STF U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, inerente un assicurato che, a seguito di un'importante frattura comminuta del pilone tibiale con frattura del malleolo laterale, aveva reliquiato una grave artrosi alle articolazioni tibiotarsica e sottoastragalica, così come un'artrodesi della tibiotarsica sinistra). Questa Corte non può seguire il medico curante specialista (cfr. il suo referto del 17 maggio 2017 – allegato al doc. 222), né del resto il perito giudiziario, il quale, su questo aspetto, si è acriticamente allineato alla valutazione del dr. _____ (cfr. doc. X, p. 31 ss.), laddove sostengono che l'assicurato risulterebbe pesantemente limitato nell'esercizio di una qualsiasi attività lavorativa (dunque anche in quelle sostitutive). Entrambi hanno in effetti omissso di considerare che per i disturbi localizzati al ginocchio destro non è stata individuata alcuna spiegazione oggettiva nonostante tutte le misure diagnostiche poste in atto e che allo stato mialgico generalizzato va attribuita una chiara eziologia extra-infortunistica (cfr. supra, consid. 2.3.6.). Il TCA non può parimenti condividere la tesi di una totale incapacità lavorativa sostenuta dal ricorrente e motivata con il fatto che “il 24 luglio 2015 la dr.ssa _____ che lavora presso la CO 1 di _____ ha dichiarato il 100% di incapacità lavorativa” (cfr. doc. I). A margine della visita _____ del 24 luglio 2015, infatti, la dr.ssa _____ non si è pronunciata sull'esigibilità lavorativa, ma ha refertato l'effettivo peggioramento dello stato di salute fatto valere dall'interessato attraverso l'annuncio di ricaduta del settembre 2014, reputando necessaria l'attuazione di ulteriori trattamenti (cfr. doc. 93). Solo successivamente, a distanza di dieci mesi dall'intervento alla caviglia (6 maggio 2016) e di sette dall'avvenuto intervento d'impianto di protesi al ginocchio destro (10 agosto 2016) - su esplicita richiesta dell'assicurato stesso, il quale aveva insistentemente domandato all'amministrazione di pronunciarsi riguardo al diritto alla rendita (cfr. doc. 186 e doc. 189), essendo ormai trascorsi più di sei mesi, periodo indicato dall'assicuratore quale parametro temporale per poter considerare stabilizzata la situazione dopo un intervento di posa di una protesi al

ginocchio -, è stato chiesto al dr. _____ di verificare se fosse stata raggiunta la stabilizzazione dello stato di salute. Quest'ultimo, come esposto in precedenza, nel suo apprezzamento del 27 marzo 2017, ha ritenuto che lo stato di salute si fosse nel frattempo stabilizzato. Solo a quel momento, tenuto conto dell'intervenuta stabilizzazione dello stato di salute, egli ha quindi proceduto alla valutazione dell'esigibilità lavorativa, considerando unicamente i disturbi di origine infortunistica. In esito alle considerazioni che precedono, 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 riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato, perlomeno con il grado della verosimiglianza preponderante, che RI 1, da una parte, è definitivamente impedito nell'esercizio della sua originaria professione di operaio edile, ma che, d'altra parte, egli 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.

2.4.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF 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, STF del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2017, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° aprile 2017.

2.4.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, RI 1 nel 2017, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 68'949, calcolato in ossequio alla giurisprudenza sulla base dei dati statistici risultanti dalla RSS (Rilevazione svizzera della struttura dei salari), considerato che egli non era più professionalmente attivo da diversi anni, dopo essersi trasferito in _____ (cfr. STF 8C_732/2019 del 19 ottobre 2020 consid. 3.2 e riferimenti ivi menzionati). Questo importo, desunto dalla tabella RSS TA1 2014, ramo 41-43 ("costruzioni"), livello di qualifica 1 ("Attività semplici di tipo fisico o manuale"), considerato che l'assicurato non è in possesso di alcun attestato di capacità, uomini, riportato su 41.4 ore e aggiornato al 2017 (cfr. doc. 215) e non contestato dal ricorrente, può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte (STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 con riferimenti). Il reddito da valido ammonta quindi a fr. 68'949.

2.4.7. Per quanto riguarda, invece, 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 TF 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 quell'occasione, 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. Il Tribunale federale 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, STF I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 32.2007.165 del 7 aprile 2008 questa Corte, fondandosi sulla STF 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. 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 ancora dal TF, segnatamente nella DTF 141 V 1 consid. 5. 2.4.8. In concreto, dalle tavole processuali si evince che l'CO 1 ha determinato in fr. 54'125 il reddito da invalido, applicando la tabella RSS TA1 2014, media totale, livello di qualifica 1, uomini, riportato su 41.7 ore e aggiornato al 2017 (per un importo pari a fr. 67'656.26), operando poi una deduzione sociale del 20% (cfr. doc. 215). Anche questo importo, riguardo al quale l'insorgente non ha sollevato alcuna obiezione, può senz'altro essere fatto proprio dal TCA. Da notare che, nel caso di specie, l'applicazione di una deduzione a titolo di gap salariale è a priori esclusa, posto che il reddito da valido è stato

determinato in base ai salari statistici (quindi in base a dei dati nazionali), così come lo è stato il reddito da invalido. Il reddito da invalido si eleva dunque a fr. 54'125 . 2.4.9. Il grado di invalidità del ricorrente - determinato confrontando i fr. 54'125 al reddito che egli avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 68'949, risulta essere del 21.49%, arrotondato al 21% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Visto che mediante la decisione su opposizione impugnata all'assicurato è stata riconosciuta una rendita di invalidità proprio del 21% a far tempo dal 1° aprile 2017, essa deve essere confermata.

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