

## **TI\_GERICHTE 35.2020.98 vom 26. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2020.98](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2020.98)

FR: TI\_GERICHTE 35.2020.98 du 26 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 35.2020.98 del 26 aprile 2021

### **Regeste**

STCA arti inferiori. Stabilizzazione. Nessun diritto alla rendita. Decisione su opposizione confermata

### **Erwägungen**

#### **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; STCA 35.2020.86 dell'8 marzo 2021, consid. 2.3.1). 2.3.2. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto 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. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la Corte federale ha stabilito 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TF ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che

facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STF U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). 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 alcun dubbio 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. 2.3.3. Con la decisione su opposizione impugnata, sentito il parere del proprio medico di \_\_\_\_\_, l'CO 1 ha dichiarato che, a contare dal luglio 2020, non vi erano più provvedimenti terapeutici suscettibili di migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente e, pertanto, ha posto termine alle prestazioni di corta durata. Dalle carte processuali si evince in particolare che, a causa di persistenti dolori, di una residua instabilità alla rotazione e di una ipomiotrofia quadricipitale, su richiesta del medico di \_\_\_\_\_ (doc. 121), l'assicurato è stato visitato il 24 febbraio 2020 dal PD Dr. med. \_\_\_\_\_, Primario della Clinica di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale cantonale di \_\_\_\_\_ (doc. 150). Nel relativo rapporto del 25 marzo 2020 (doc. 150), lo specialista in questione ha rilevato quanto segue: " (...). Bei dem Patienten besteht einerseits eine Rotationsinstabilität; andererseits Schmerzen nach einer zweiten LARS-Bandrekonstruktion des vorderen Kreuzbandes links. Die Rotationsinstabilität erachten wir am ehesten aufgrund der sehr steil platzierten Bohrkanäle. Trotz Physiotherapie und intermittierender Schmerzmitteleinnahme wird die Beschwerdesituation nicht besser. Bezüglich der Restinstabilität bestünde die Möglichkeit, mittels Re-Revisionschirurgie und Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit gegebenenfalls posterolateraler Rekonstruktion diese zu verbessern. Wie die Beschwerdesituation des Patienten sich beim dritten Eingriff auswirkt, ist jedoch nicht klar eruierbar. Würde man sich für eine erneute Rekonstruktion entscheiden, müsste vor dem operativen Eingriff ein CT des linken, mehrfach voroperierten Knies durchgeführt werden zur Analysierung der genauen Lokalisation der Bohrkanäle und Planung des Eingriffes mit Frage, ob man in einer zweizeitigen oder einzeitigen Re-Re-Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes vorgehen muss. Ob durch ein erneutes operatives Vorgehen etwas an der Arbeitsfähigkeit des Patienten geändert werden kann ist schwierig vorhersehbar und scheint eher fraglich. Idealerweise hätte der Patient eine körperlich weniger belastende, leichte Tätigkeit. Auch dies wird dem Patienten so kommuniziert und er wird sich Gedanken machen über das weitere Vorgehen. (...)" (doc. 150, pag. 2). L'amministrazione ha quindi nuovamente sottoposto l'incarto al medico di \_\_\_\_\_, il quale, con nota del 16 aprile 2020, dopo avere affermato che lo stato di salute era stabilizzato, ha precisato che " l'intervento potrà migliorare in parte la stabilità ma non si sa quanto e soprattutto questo non darà capacità lavorativa piena in ogni caso. L'intervento non è esigibile, per cui per prima cosa l'assicurato deve decidere cosa fare, poi evt. se decide no, si può proporre capacità lavorativa ed IMI con apprezzamento o visita medica ." (doc. 154). In seguito, nel rapporto del 25 maggio 2020 relativo alla visita di chiusura del 19 maggio 2020 (doc. 178), il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, ha confermato l'intervenuta stabilizzazione dello stato clinico del ginocchio dell'assicurato, osservando in particolare quanto segue: " (...). Proposte diagnostiche e terapeutiche Al momento attuale l'intervento

proposto dal PD dr. med. \_\_\_\_\_, anche a sua detta, non è detto che comporti un guadagno adeguato perlomeno atteso dall'assicurato, un cambio di attività potrebbe essere forse la cosa più logica. Si concorda con tale procedere, l'assicurato anche, in caso di aggravamento potrà sempre riaprire il caso. Aspetti medico-assicurativi Al momento attuale risulta inabile all'attuale attività lavorativa, mentre risulta abile al 100% per la seguente esigibilità lavorativa. (...)." (doc. 178, pag. 3 e 4) A fronte della stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato accertata dal medico \_\_\_\_\_, l'CO 1 ha comunicato a RI 1 la chiusura del caso (con sospensione delle prestazioni di corta durata) a decorrere dal 1° luglio 2020 (doc. 170). L'assicurato ha contestato il 16 giugno 2020 la chiusura del caso (doc. 196) ed il 2 luglio 2020 ha trasmesso all'amministrazione il referto del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia, chirurgia del ginocchio e traumatologia dello sport, presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) da lui privatamente consultato e che prospettava un "proseguimento del percorso di cura con: - intervento chirurgico di artroscopia ginocchio sinistro per bonifica articolare." (cfr. doc. 204). L'amministrazione ha quindi nuovamente interpellato il medico di \_\_\_\_\_ il quale, con nota del 6 luglio 2020, ha rilevato che l'intervento proposto non era indicato e non poteva migliorare l'esigibilità lavorativa espressa e che non c'erano fatti nuovi che facessero sì che l'CO 1 dovesse rivedere la propria presa di posizione (doc. 206). Nel successivo apprezzamento medico del 31 agosto 2020 (doc. 217), il medico \_\_\_\_\_ ha puntualizzato quanto segue: " (...) Circa le lamentele del signor RI 1 credo che vi sia stato un fraintendimento del discorso, in quanto se si guarda l'ultima visita medico-\_\_\_\_\_ è ben spiegato che l'assicurato ha subito ben due interventi di ricostruzione del crociato e proprio rendendosi conto della situazione con una sintomatologia ben definita dovuta alla instabilità rilevata in tutti i controlli ortopedici, è stato inviato all'attenzione del PD dr. med. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, per avere un parere universitario che potesse cercare di risolvere i problemi dell'assicurato. Nella visita del 24.02.2020 il PD dr. med. \_\_\_\_\_ riconosce che l'instabilità rotazionale, è molto probabilmente causata da un problema di canali di trivellazione molto più ripidi. La situazione del dolore non migliorava con l'uso di antidolorifici quindi è vero che c'era la possibilità di una chirurgia di revisione e di ricostruzione del legamento crociato anteriore, ma lui stesso non dava certezze di una procedura chirurgica che potesse cambiare certamente la capacità di lavoro dell'assicurato per cui, idealmente il PD dr. med. \_\_\_\_\_ riferisce che avrebbe avuto più senso il lavoro meno stressante e più leggero. Nella visita \_\_\_\_\_ peraltro lo stesso assicurato era incerto sull'effettuare ulteriore intervento senza garanzie complessive, pertanto il medico di \_\_\_\_\_ ha visitato personalmente l'assicurato e l'articolazione comunque risultava ottima 135-0-0° con uno stop algico lieve alla massima articolazione, il cassetto era positivo ma con arresto rigido, era presente una ipomotrofia rispetto al ginocchio destro a livello quadricipitale. Questa è l'obiettività che collima con tutte le visite effettuate compresa l'ultima visita citata dall'assicurato presso la Clinica \_\_\_\_\_ che riconosce un'articolazione pressoché normale. L'instabilità è un'instabilità dolorosa ma parziale che comunque sia non rende completamente invalido per qualunque tipo di lavoro l'assicurato, tanto è vero che si è ritenuto in accordo con quanto scriveva il PD dr. med. \_\_\_\_\_ di valutare una limitazione funzionale e un cambio di attività. È stata quindi certificata una inabilità all'attuale attività lavorativa, mentre è stata stilata un'esigibilità rispettosa nella situazione dell'assicurato, dove peraltro viene evitata un'attività che possa sollecitare abbondantemente il ginocchio. Da rilevare anche che, proprio rispetto a tale esigibilità stato dall'amministrazione ricontattato il datore di lavoro, in data 17.06.2020 dove viene data

conferma che l'assicurato può lavorare in un'attività adeguata in misura completa. Il datore di lavoro riferisce che aveva proposto un'attività di guida e di magazzino e l'assicurato avrebbe risposto di non poter svolgere alcuna attività professionale a causa della salute, pertanto vi è un rifiuto preconcepito da parte dell'assicurato ad una nuova attività con una pretesa di nuove cure che possono certamente condurre alla guarigione. Nulla osta alla possibilità di una revisione chirurgica purché questa possa comportare con un'adeguata garanzia di certezza una garanzia di miglioramento. Chiaramente il medico \_\_\_\_\_ si è attenuto all'autorevole parere del PD dr. med. Koch per quanto riguarda la possibilità di un nuovo intervento, ma anche con l'assenza di quella certezza che altrimenti l'assicurato avrebbe preteso secondo quanto esiste in Letteratura. È stato anche scritto che la pratica poteva sempre essere riaperta in caso ci fossero dei fatti nuovi. I fatti nuovi in questo senso non emergono in quanto il parere della Clinica \_\_\_\_\_ per mano del dott. med. \_\_\_\_\_ è perfettamente sovrapponibile al parere del PD dr. med. \_\_\_\_\_, in effetti nella certificazione dell'\_\_\_\_\_ non vi è alcuna dichiarazione di garanzia in tal senso, non si descrive nemmeno il tipo di intervento se non il semplice accesso artroscopico. L'intervento quindi in pratica non è esigibile al pari di quanto detto dal Prof. \_\_\_\_\_ secondo quanto emerso dalla documentazione agli atti. Vi è quindi una possibilità di lavoro in mansioni diverse, in attività rispettose di questa leggera instabilità. (...)” (doc. 217, pag. 3 e 4). A margine del colloquio telefonico del 28 settembre 2020, intercorso tra la competente funzionaria dell'CO 1 e l'assicurato, quest'ultimo ha comunicato di “... aver ripreso il lavoro al 100%, inizialmente è esonerato da alcune mansioni ma l'idea è quella di riprendere la sua attività. Lavora in magazzino, pulisce i mezzi, e svolge altre attività come prima. Il ginocchio va bene, non ha particolari problemi. Ha quindi deciso di non operarsi, preferisce lavorare . Vede che sta reagendo bene . A volte con l'ausilio di una ginocchiera se necessario. Chiediamo cosa intende fare in merito all'opposizione. Spiega che lui la ritira, ma chiede un sostegno per i mesi di luglio e agosto, in quanto non ha lavorato e non ha percepito nessuna indennità.” (doc. 219 – il corsivo è della redattrice). Da ultimo, dal messaggio di posta elettronica del 29 settembre 2020 inviato all'CO 1 dalla moglie del ricorrente a seguito della conversazione telefonica appena menzionata, emerge quanto segue: “ (...) in seguito alla telefonata intercorsa ieri con mio marito le comunico quanto già detto da lui. Mio marito ha deciso che per il momento rinverrà l'operazione per ragioni personali , come indicato da lei qualora in futuro dovessero insorgere nuovamente problematiche relative all'infortunio sarà comunque sostenuto da voi. Detto ciò è Ns./Sua intenzione ritirare l'opposizione fatta purché gli venga riconosciuto l'indennità anche per il mese di luglio e agosto (come da certificato inviato) e come era stato indicato nei documenti di AI (inabilità al 100% fino al 31/08/2020). (...)”. (doc. 220 - il corsivo è della redattrice) Ora, alla luce di quanto emerge dalla documentazione medica a disposizione - segnatamente dal rapporto

## **E. 25**

marzo 2020 del PD Dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr., in particolare, doc. 150, pag. 2: “ Wie die Beschwerdesituation des Patienten sich beim dritten Eingriff auswirkt, ist jedoch nicht klar eruierbar . (...). Ob durch ein erneutes operatives Vorgehen etwas an der Arbeitsfähigkeit des Patienten geändert werden kann ist schwierig vorhersehbar und scheint eher fraglich. Idealerweise hätte der Patient eine körperlich weniger belastende, leichte Tätigkeit. Auch dies wird dem Patienten so kommuniziert und er wird sich Gedanken machen über das weitere Vorgehen. ”), dall'apprezzamento 31 agosto 2020 del medico di \_\_\_\_\_ (cfr., in particolare, doc. 217, pag. 4: “ (...) il parere della Clinica \_\_\_\_\_ per mano del dott.

med. \_\_\_\_\_ è perfettamente sovrapponibile al parere del PD dr. med. \_\_\_\_\_, in effetti nella certificazione dell'\_\_\_\_\_ non vi è alcuna dichiarazione di garanzia in tal senso, non si descrive nemmeno il tipo di intervento se non il semplice accesso artroscopico. L'intervento quindi in pratica non è esigibile al pari di quanto detto dal Prof. \_\_\_\_\_ secondo quanto emerso dalla documentazione agli atti. Vi è quindi una possibilità di lavoro in mansioni diverse, in attività rispettose di questa leggera instabilità. (...)” e dal tenore del colloquio telefonico del 28 settembre 2020, nel corso del quale il ricorrente aveva riferito di un decorso finalmente positivo e, pertanto, della sua decisione di rinunciare a sottoporsi a ulteriori interventi chirurgici, concretamente a quello prospettato gli dal dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 219), ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, la questione della stabilizzazione va valutata in maniera prospettica, ponendosi al momento in cui le prestazioni sono state interrotte (dunque, in caso, nel mese di luglio 2020), occorre ritenere dimostrato che al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, non vi erano più misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. In simili circostanze, il TCA non condivide la censura ricorsuale, giusta la quale “ per risolvere il problema del suo assistito sarebbe necessario un intervento, che però, a torto, non è stato autorizzato dall'CO 1. ” (doc. I, pag. 5), che viene, pertanto, respinta. Da notare che la consultazione presso i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, di cui alle certificazioni prodotte sub doc. H/II e H/III, ha avuto luogo in data 17 novembre 2020, quindi posteriormente al sinistro del 12 ottobre 2020, così come è il caso per l'intervento artroscopico eseguito nel febbraio 2021 presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XII 2, p. 2: “Rimozione mezzi di osteosintesi e legamento artificiale pro LCA ginocchio sinistro”). Ora, ricordato che, ancora il 28 settembre 2020, lo stesso insorgente aveva dichiarato che il ginocchio sinistro non gli procurava più “ particolari problemi ”, tanto dall'essere riuscito nel frattempo a riprendere il proprio lavoro in misura completa e da rinunciare a sottoporsi all'operazione prospettata gli dal dott. \_\_\_\_\_ (artroscopia con “ bonifica articolare ” - cfr. doc. 213, 219 e 220), occorre concludere che gli elementi che emergono da quei documenti vanno semmai considerati nell'ambito della decisione sull'assunzione dell'evento dell'ottobre 2020, ma non hanno rilevanza in relazione alla questione - oggetto della presente procedura - riguardante la stabilizzazione dello stato di salute infortunistico dal luglio 2020. In questo senso, non può essere ignorato come, a titolo di anamnesi, i sanitari dell'istituto \_\_\_\_\_ abbiano affermato che l'assicurato il 12 ottobre 2020 è rimasto vittima di un trauma distorsivo al ginocchio sinistro e che gli accertamenti clinico-strumentali eseguiti in seguito hanno evidenziato la rottura del legamento crociato anteriore artificiale con indicazione a procedere a un'artroscopia di debridement e rimozione del LCA, prima di un'eventuale ricostruzione del medesimo (doc. XII 2, p. 1). In questo contesto, è inoltre utile sottolineare che, nel febbraio 2020, il dott. \_\_\_\_\_ aveva imputato l'instabilità rotatoria piuttosto a un errato posizionamento dei fori di perforazione (“ Die Rotationsinstabilität erachten wir am ehesten der sehr steil platzierten Bohrkanäle .”), in presenza di un LCA visibile in tutta la sua lunghezza (“ in seiner Länge ”) nelle immagini relative alla RMN del 15 ottobre 2019 (cfr. doc. 150, p. 2). In queste condizioni, il TCA non può che confermare la decisione su opposizione impugnata, perlomeno nella misura in cui sancisce che il 1° luglio 2020, 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. 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 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 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, 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 LPGGA). I due redditi da porre a raffronto sono necessariamente ipotetici. L'ipotesi deve però poggiare su solide basi, avere un fondamento oggettivo. La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. Il 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. Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo alla visita medica del 19 maggio del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia (doc. 178), giusta il quale: "Aspetti medico-assicurativi Al momento attuale risulta inabile all'attuale attività lavorativa, mentre risulta abile al 100% per la seguente esigibilità lavorativa. Esigibilità del lavoro Nessuna limitazione nel portare pesi leggeri o molto leggeri fino a 5 - 10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta può sollevare pesi medi, di rado pesi pesanti fino all'altezza

dei fianchi o molto pesanti. Nessuna limitazione per sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg e anche più di 5 kg. Nessuna limitazione nel lavoro leggero e di precisione o medio, di rado può effettuare lavoro pesante e manuale rozzo, mai può effettuare lavoro molto pesante e la rotazione della mano è consentita senza problemi. Nessuna limitazione per i lavori sopra la testa, per la rotazione del tronco, per la posizione seduta e inclinata in avanti, posizione in piedi e inclinata in avanti. Di rado può effettuare lavori che comportano la flessione delle ginocchia, mai può tenere la posizione inginocchiata. Nessuna limitazione per la posizione seduta e in piedi e di libera scelta. Nessuna limitazione a camminare fino a 50 m e anche oltre i 50 m, talvolta può camminare per lunghi tratti, di rado può camminare su terreno accidentato. Molto spesso può salire le scale e molto spesso può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è consentito senza nessuna limitazione, così come lo stare in equilibrio." (doc. 178, pag. 4). Nella concreta evenienza questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario - specialista nella materia che qui ci occupa - e posta alla base della decisione avversata. Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l'insorgente, sono quelli che si riscontrano, usualmente, in assicurati che hanno subito danni agli arti inferiori e la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico fiduciario risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti inferiori (cfr. a questo proposito, STCA 35.2017.111 del 20 giugno 2018, consid. 2.4.5, e rinvii giurisprudenziali ivi citati e STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.5). Va anche segnalato che, nella STF 8C\_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residuali localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure la STFA U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, concernente un assicurato che presentava le sequele di una frattura del calcagno destro e la STFA U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, inerente un assicurato che, a seguito di un'importante frattura comminuta del pilone tibiale con frattura del malleolo laterale, aveva reliquato una grave artrosi alle articolazioni tibiotarsica e sottoastragalica, così come un'artrodesi della tibiotarsica sinistra; cfr. STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.5). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella originariamente esercitata (di "operaio edile"). Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer

Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 è in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico. 2.5. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie sono quindi determinanti i dati del 2020 (data di stabilizzazione dello stato di salute: 1° luglio 2020: cfr. consid. 2.3.3). 2.6. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno infortunistico, RI 1, avrebbe realizzato nel 2020 un guadagno annuo lordo di fr. 57'455.- (cfr. doc. 200 e 225). L'amministrazione ha puntualizzato che il salario minimo CCL gessatori (classe 5) è rispettato e che, pertanto, non viene applicato il gap salariale (doc. 199). A questo proposito giova qui ricordare che, in una sentenza 8C\_141/2016 e 8C\_142/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3, il TF ha stabilito che non erano dati i presupposti per aumentare il reddito da valido, allorquando quest'ultimo è superiore al salario usuale del settore (in quella fattispecie, quello dell'edilizia), determinato in base al salario minimo d'assunzione previsto da un contratto collettivo di lavoro (in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_537/2016 dell'11 aprile 2017 consid. 6, in cui la Corte federale ha precisato che questa giurisprudenza è applicabile, *mutatis mutandis*, ad altri settori nei quali è stato concluso un contratto nazionale o un contratto collettivo di lavoro, e la STF 8C\_643/2016 del 25 aprile 2017 consid. 4.3). Giova qui pure ricordare che questa Corte non ha applicato alcuna riduzione a titolo di gap salariale nella STCA 35.2017.121 del 20 marzo 2018, consid. 2.2.6, considerato che in quel caso i dipendenti della società (nazionale) in questione sottostavano a un proprio contratto collettivo di lavoro e venivano retribuiti nel rispetto dei salari minimi ivi previsti (cfr. STA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.10). Stante quanto precede il dato di fr. 57'455.-, desunto dalle indicazioni fornite direttamente dal datore di lavoro (doc. 189, 198 e 199) e non contestato dal ricorrente, può senz'altro essere fatto proprio da questa Corte. Il "reddito da valido" per il 2020 ammonta quindi a fr. 57'455.-. 2.7. 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; STF 9C\_535/2014 del 31 ottobre 2019; STF 8C\_190/2019 del 12 febbraio 2020). 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'CO 1 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, ritenuto che " nel corso degli ultimi anni, il mantenimento della banca DPL è infatti divenuto sempre più dispendioso in termini di tempo e costi ed avrebbe richiesto investimenti considerevoli negli anni a venire. Inoltre, la collaborazione richiesta da parte della CO 1 per il mantenimento del sistema è stata

percepita dalle imprese come sempre più gravosa. Per tutte queste ragioni, la CO 1 ha quindi deciso che in futuro utilizzerà soltanto i dati statistici RSS nel quadro della fissazione delle rendite di invalidità, e ciò a partire dal 1 gennaio 2019. ” (il corsivo è della redattrice; STCA 35.2020.67 dell’8 marzo 2021, consid. 2.4.7). 2.8. Nella presente fattispecie, l’istituto assicuratore resistente ha quantificato in Fr. 68'446.-, determinato sulla base della TA1 2018, attività semplici e ripetitive, livello 1, uomini, fr. 67'766.67, aggiornato al 2020, senza applicare alcuna deduzione sociale ex DTF 126 V 80 (doc. 200). Il patrocinatore dell’assicurato ritiene che, dato lo stato attuale del danno alla salute del suo cliente, non possa essere un teorico salario annuo di fr. 68'446.- quale reddito da invalido (cfr. doc. I, pag. 6). In sostanza egli non ha contestato il reddito da invalido di fr. 68'446.-, determinato dall’amministrazione, quanto piuttosto che il suo assistito presenti una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguata che, tuttavia, come si è visto al consid. 2.4.3, è stata confermata dal TCA. Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell’esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l’assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C\_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C\_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti). La più recente giurisprudenza federale ha peraltro stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un’indebita doppia deduzione (sentenze 8C\_495/2019 dell’11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C\_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C\_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure A. Bernasconi, “8C\_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d’invalides selon l’ATF 126 V 75”, in SZS/RSAS 1/2021 n. 49; STCA 35.2020.51 dell’8 febbraio 2021, consid. 2.9). Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell’amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, non operando alcuna deduzione sociale, l’CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Per quanto concerne la deduzione sociale del 5% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari operata in ambito AI (doc. 182; cfr. consid. 1.4), giova qui ricordare che, per costante giurisprudenza, l’assicurazione per l’invalidità non è vincolata alla valutazione dell’invalidità dell’assicurazione contro gli infortuni e viceversa (cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011; sentenza U 148/06 del 28 agosto 2007, consid. 6, pubblicata in DTF 133 V 549, consid. 6; STF 9C\_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4; SVR 2016 UV Nr. 26 c. 2.2; STF 9C\_243/2017 del 2 giugno 2017, consid. 4.1; STF 9C\_170/2017 dell’8 agosto 2017 consid. 4.4; STF 9C\_422/2017 del 18 maggio 2018 consid. 2.2; STCA 32.2015.160 del 5 ottobre 2016, consid. 2.6, STCA 32.2016.90 del 10 aprile 2017, consid. 2.2 e STCA 35.2017.35 del 30 agosto 2017, consid. 2.3; STCA 32.2017.60 del 19 febbraio 2018, consid. 2.4; STCA 32.2017.91 del 14 agosto 2018, consid. 2.4; STCA 32.2018.106 del 13 dicembre 2018, consid. 2.3; STCA 35.2018.76

del 4 marzo 2019, consid. 2.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.6; STCA 32.2020.25 del 2 ottobre 2020, consid. 2.6; STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.5). Alla luce di quanto appena esposto e tenuto pure conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, non operando alcuna deduzione sociale, l'CO 1 non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. Il "reddito da invalido" ammonta, quindi, per il 2020 a fr. 68'446.-. 2.9. Il grado di invalidità del ricorrente (stabilito confrontando i fr. 68'446.- annui al reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute infortunistico, e cioè fr. 57'455.-: cfr. consid. 2.6 -) è nullo. Va qui la pena di ricordare la STF 8C/215\_2015 del 17 novembre 2015 ove il TF ha confermato un salario da valido di fr. 57'600.- e un salario da invalido di fr. 60'463.- fissato sulla base del metodo delle DPL, osservando - in particolare al consid. 4.2 - quanto segue: "(...) Die CO 1 ermittelte aufgrund der DAP-Zahlen ein Invalideneinkommen von Fr. 60'463.-. Vergleicht man diesen Wert mit dem von der CO 1 auf Fr. 57'600.- bemessenen Valideneinkommen, so ergibt sich ein negativer Invaliditätsgrad. Soweit der Beschwerdeführer bereits daraus schliesst, die Bemessung nach den DAP-Zahlen sei unzulässig, ist Folgendes festzuhalten: Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Negative Invaliditätsgrade können resultieren, da demnach gemäss der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs jener Verdienst, welchen der Versicherte ohne Gesundheitsschaden auf dem konkreten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, in Beziehung gesetzt wird mit jenem Einkommen, das er trotz des Gesundheitsschadens auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch erzielen könnte (vgl. zu dieser Problematik: Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 126 f.). Negative Invaliditätsgrade sind somit eine Folge der Rechtsprechung zur Bemessung des Valideneinkommens und können sich unabhängig von der Methode (LSE oder DAP), nach der das Invalideneinkommen bemessen wird, ergeben. (...)" (cfr., per dei casi analoghi, anche STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.9., ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 48'750.- e un salario da invalido di fr. 52'860.40 e la 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.8, ove sono stati considerati un reddito da valido di fr. 50'560.- e un salario da invalido di fr. 63'790.80; si veda pure la STCA 35.2020.50 del 14 dicembre 2020, consid. 2.4.6 e la STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.10). 2.10. Da ultimo, attentamente vagliato l'insieme della documentazione agli atti, il TCA, non ravvisa nel modo in cui ha proceduto l'amministrazione alcuna violazione procedurale, alcuna disattenzione dell'obbligo di informare l'assicurato, alcuna violazione del diritto di essere sentito dell'assicurato. Le censure ricorsuali sollevate al riguardo, peraltro in maniera piuttosto generica, dall'avv. \_\_\_\_\_ nel gravame sono, quindi, respinte. 2.11. In conclusione la decisione su opposizione contestata deve essere confermata. 2.12. A fronte di una situazione ritenuta sufficientemente chiarita (cfr. considerandi precedenti), il TCA rinuncia all'assunzione di

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

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