

TI_GERICHTE 35.2022.1 vom 25. April 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-04-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.1

FR: TI_GERICHTE 35.2022.1 du 25 avril 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.1 del 25 aprile 2022

Regeste

Discusso il diritto a una rendita d'invalidità (esigibilità lavorativa e aspetti economici) e l'entità della menomazione dell'integrità

Erwägungen

E. 1

il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico)

E. 2

la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio. 2.3.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, 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. 2.3.3. In concreto, va rilevato che alla base della decisione dell'amministrazione di negare all'assicurato una rendita d'invalidità, vi è l'apprezzamento dell'esigibilità lavorativa enunciata dal medico _____ (cfr. doc. 246, p. 5). In occasione della visita medica di chiusura del 30 agosto 2021, dopo aver diagnosticato uno stato dopo distorsione dell'articolazione di Lisfranc con frattura non dislocata dell'osso cuboide del piede destro e una ridotta velocità di conduzione del nervo surale destro e aver sottolineato come l'esistenza di calli plantari simmetrici costituisca un indizio a favore di una tendenza all'aggravamento e non sia compatibile con la pretesa limitata capacità di deambulare, rispettivamente con una pretesa zoppia presente ormai da tre anni, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha dichiarato l'insorgente inabile nella sua precedente professione di montatore ma in grado

di esercitare, senza limiti di sorta, delle attività in posizione seduta oppure alternata, così come delle attività che implicano l'utilizzo delle estremità superiori, il sollevamento di pesi, e il lavoro a turni o notturno. L'assicurato è invece impedito a camminare per oltre un'ora, a camminare su terreno irregolare, a salire su scale a pioli e ponteggi e a svolgere attività in posizione inginocchiata o accovacciata (cfr. doc. 223, p. 4 s.). Da notare che, dal profilo neurologico, le condizioni di salute del ricorrente sono state valutate dal PD dott.

_____, spec. FMH in neurologia, chiamato dall'amministrazione a pronunciarsi in merito all'indicazione a posizionare un neurostimolatore a livello del ganglio di L5 a destra (cfr., a quest'ultimo riguardo, il doc. 188). Con apprezzamento del 10 giugno 2021, lo specialista di fiducia ha in particolare osservato che la diagnosi di sindrome algica mista nocicettiva-neuropatica interessante il piede destro posta a margine del consulto del 24 aprile 2019 presso la Clinica _____ di _____, non può essere confermata, nella misura in cui, successivamente (consulto dell'11 ottobre 2019), sono stati riscontrati dei reperti di normalità a livello del nervo surale destro, del nervo peroneo superficiale e del muscolo adduttore del quinto dito del piede destro. Anche da un punto di vista clinico, l'insorgenza del dolore a dipendenza del carico e l'assenza di forti dolori durante la notte, così come il fatto che non è stata refertata alcuna allodinia, parlano chiaramente a sfavore di un dolore a carattere neuropatico. Una lesione nervosa non è quindi stata oggettivata e l'iniziale sospetta diagnosi di sindrome algica mista, non ha potuto essere confermata. Dal profilo neurologico e da quello della medicina assicurativa si tratta perciò tutt'al più di un quadro algico nocicettivo in presenza di comprovate alterazioni ossee, con tuttavia il sospetto di una componente funzionale in relazione ai dichiarati, neurologicamente non verificabili, forti dolori anche nell'indossare le scarpe. Il presunto coinvolgimento di piccoli rami cutanei costituisce una semplice possibilità, non dimostrata con il grado della verosimiglianza preponderante dal profilo elettrofisiologico. Dal punto di vista neurologico, il quadro dei disturbi denunciati dall'assicurato nella regione del piede destro non può pertanto essere sufficientemente spiegato dal profilo organico. In conclusione, egli ha negato che vi fosse l'indicazione per posizionare un neurostimolatore (cfr. doc. 194).

Questo Tribunale constata che, a margine della consultazione dell'11 ottobre 2019, il PD dott. _____, spec. FMH in neurologia presso il Centro per la paraplegia della Clinica _____, ha in effetti dichiarato che delle lesioni nervose focali non erano state refertate né clinicamente né neurofisiologicamente, come pure che l'EMG da lui eseguita in quell'occasione non aveva fornito elementi a favore di un danno assonale motorio (cosicché il disturbo della mobilità delle dita del piede destro era legato al dolore). Egli ha confermato la diagnosi di sindrome algica mista nocicettiva-neuropatica riguardante l'avampiede destro e ha quindi invitato i colleghi della reumatologia a indagare la presenza di una CRPS di tipo I, con la precisazione che, nel caso in cui tale diagnosi sospetta ("Verdachtsdiagnose") non avesse trovato conferma, il caso avrebbe dovuto essere presentato al team del piede della Balgrist per valutazione e proposte di terapia (cfr. doc. 87). Il Prof. dott. _____, Primario di reumatologia presso la Clinica _____, ha visitato l'insorgente nel novembre 2019. Dal relativo referto si evince in particolare come egli non abbia riscontrato indizi a favore della presenza di una florida CRPS. Il dott. _____ ha quindi auspicato che l'assicurato venisse valutato presso un centro per la terapia del dolore (doc. 100). In data 9 gennaio 2020 ha avuto luogo una nuova consultazione presso il PD dott.

_____, Capoclinica di ortopedia presso la Clinica _____. Egli ha riferito che dal profilo radiologico è emerso un normale allineamento del 5. e 4. raggio, come pure un'artrosi da incipiente a moderata a livello dell'articolazione metatarso falangea I. A suo

avviso, i disturbi descritti dall'assicurato e lo stato clinico parlano piuttosto a favore di un sovraccarico del bordo laterale in presenza di un leggero retropiede varo e di una marcia da risparmio. A tal fine, egli ha prescritto l'utilizzo di calzature ortopediche con plantari (doc. 106). Nel prosieguo, RI 1 è entrato in cura dapprima presso l'Istituto per la medicina del dolore di _____ (_____) e in seguito, a partire dal maggio 2020, presso il _____ dell'Ospedale _____ di _____. Dai relativi rapporti agli atti risulta che le terapie ivi applicate si sono rivelate solo in parte efficaci, i dolori sul bordo laterale del piede destro essendo rimasti invariati. Da notare che nei primi referti della dott.ssa _____, Capoclinica presso il suddetto centro, la diagnosi era quella di sospetta neuropatia del nervo peroneo superficiale destro. Il sospetto di una problematica neuropatica periferica derivava dal fatto che l'assicurato aveva tratto beneficio dalle infiltrazioni effettuate a livello del nervo peroneo superficiale (cfr. doc. 142 e 153: "... multiple infiltrazioni a livello del nervo peroneo superficiale, ogni volta con beneficio, facendo sospettare una problematica neuropatica periferica ."). Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 rimprovera in sostanza all'amministrazione, e meglio ai suoi medici fiduciari, di aver posto le diagnosi che sono poi servite da base per valutare l'esigibilità lavorativa (esclusione di un danno di natura neurologica, disestesie descritte dal paziente non chiare e non attribuibili ad alcuno specifico dermatoma, rispettivamente assenza di una CRPS) senza procedere a quelle (ulteriori) indagini che si sarebbero imposte, a suo avviso, in virtù dell'art. 43 LPGA. 2.3.4. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore

probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). 2.3.5. Chiamato a pronunciarsi nella concreta evenienza, tutto ben considerato, il TCA ritiene di poter validamente far capo al parere dei medici interpellati dall'amministrazione, specialisti nelle materie che qui interessano (in questo contesto, va segnalato che, secondo una costante giurisprudenza, i medici _____, così come gli specialisti del Centro _____ dell'CO 1, sono considerati, per la loro funzione e per la loro posizione professionale, come degli specialisti in materia di traumatologia, a prescindere dalla loro specializzazione medica – cfr. STF 8C_108/2020 del 22 dicembre 2020 consid. 4.4.2). Questo Tribunale ritiene inoltre che la restante documentazione medica non è suscettibile di generare dei dubbi, nemmeno lievi, circa la fondatezza della valutazione dei medici consulenti dell'assicuratore. In questo senso, va constatato come nessuno degli specialisti coinvolti abbia preteso che l'insorgente presenti una qualsiasi inabilità lavorativa nell'esercizio di un'attività sostitutiva idonea. Del resto, neppure le obiezioni ricorsuali sollevate dal rappresentante dell'assicurato appaiono atte a supportare le sue pretese. L'avv. RA 1 non può essere seguito laddove fa valere che l'CO 1 avrebbe violato il proprio dovere di accertamento omettendo di approfondire la fattispecie dal profilo diagnostico. La documentazione agli atti testimonia invece che i disturbi denunciati dall'insorgente sono stati indagati adeguatamente, da più punti di vista (ortopedico, neurologico e reumatologico) e ad un alto livello specialistico (principalmente da parte dei sanitari della Clinica universitaria _____ di _____). Inoltre, occorre precisare che, chiamato dall'amministrazione a prendere posizione in merito alla domanda di benessere per il posizionamento di un neurostimolatore, il PD _____ ne ha negato l'indicazione in quanto la presenza di una lesione nervosa, interessante in particolare il ramo superficiale del nervo peroneo, non risultava sufficientemente dimostrata, e ciò a fronte degli esiti degli esami neurofisiologici a cui era stato sottoposto l'assicurato (a proposito del fatto che gli specialisti della medicina del dolore fanno dipendere la diagnosi di neuropatia del nervo peroneo superficiale destro dalla riduzione della sintomatologia denunciata dall'assicurato dopo le infiltrazioni, il TCA rileva che ciò non basta per ammettere che il danno in questione sia stato oggettivato ai sensi della giurisprudenza federale, nella misura in cui la pretesa oggettivazione viene fatta dipendere in definitiva dalle risposte fornite dal paziente – cfr. STF 8C_614/2020 del 7 settembre 2021 consid. 2.2 e i riferimenti ivi menzionati; in questo senso si veda pure la STCA 35.2015.105 del 25 novembre 2016 consid. 2.2.6., nota al patrocinatore del ricorrente). Il

neurologo fiduciario non ha però escluso che i dolori di cui soffre l'insorgente potessero essere di altra natura, per la precisione di natura nocicettiva (il dolore nocicettivo è quello provocato da un danno ai tessuti di tipo infiammatorio o di tipo meccanico, come si verifica in un'articolazione interessata da processi degenerativi, quali l'artrosi), legati alle alterazioni ossee rilevate a livello del piede destro, anche se di entità più contenuta rispetto a quella da lui denunciata (in questo senso, si veda anche quanto osservato dal dott.

_____ a proposito della riscontrata simmetria dei calli plantari, cfr. supra, consid. 2.3.3.). D'altro canto, trattandosi della pretesa diagnosi di CRPS, va rilevato come la sua presenza sia stata negata, per primo, dal Prof. dott. _____, a margine della consultazione del 27 novembre 2019, che era stata disposta proprio per approfondire tale aspetto (cfr. doc. 100, p. 1: "Die Zuweisung erfolgte mit Frage nach vorliegendem CRPS am rechten Fuss."). Ora, il dott. _____, professore titolare presso la Facoltà di medicina dell'Università di _____, è autore di numerose ricerche scientifiche sul tema (si vedano i riferimenti citati nel sito web della _____) ed è considerato uno dei massimi esperti nella materia. Questa Corte non ha alcun valido motivo per mettere in discussione il suo parere. Del resto, dalle richiamate certificazioni agli atti del Centro _____ non risulta nulla che possa sostanziare la tesi opposta, difesa dal rappresentante dell'assicurato. Stante quanto sopra esposto, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato d'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), è da ritenere dimostrato che, nonostante i disturbi infortunistici residuali, il ricorrente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente, in sostanza un'attività in posizione seduta o alternata, nel cui esercizio egli possa evitare d'inginocchiarsi o di accovacciarsi, di salire su scale a pioli e ponteggi, di camminare per lunghi tratti e di camminare su terreno accidentato. Del resto, la valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal medico _____ 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 riferimenti ivi citati e STCA 35.2018.69 del 11 febbraio 2019 consid. 2.3.5.). È ancora utile segnalare che, in una sentenza 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 piena capacità lavorativa in attività confacenti (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

E. 2.4

Entità della menomazione dell'integrità? 2.4.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.4.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i

presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF. Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato. Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48 p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato). Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato). La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato). Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF). Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF). Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati. Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L'CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza. Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.). Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Nel caso di specie, l'assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____, ha assegnato al ricorrente un'IMI del 15% (cfr. doc. 239, p. 4). Con apprezzamento del 30 agosto 2021, il dott. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha così valutato l'entità della menomazione dell'integrità riportata dall'assicurato: " (...). 1 Befund Status nach Lisfranc-Distorsion und undislozierter Cuboidfraktur rechts, vollständig konsolidiert mit persistierenden neuropathischen Beschwerden. 2 Schätzung des Integritätsschaden 15% 3

Begründung Gemäss Tabelle 2 UVG resultiert für eine schmerzhaft Funktionsstörung nach Luxationsfraktur im Lisfrancgelenk oder nach Mittelfussfrakturen eine Integritätsentschädigung von 10 bis 20%. Eine funktionelle Störung lässt sich nicht eruieren. Bei jedoch initialen Zeichen einer Arthrose sowie subjektiven neuropathischen Schmerzen ist der aktuelle Zustand vergleichbar mit einer schmerzhaften Funktionsstörung, weshalb 15% gerechtfertigt sind.” (doc. 224) Da parte sua, il rappresentante di RI 1 pretende il riconoscimento di un’indennità del 30%, ribadendo che l’istruttoria medica compiuta dall’CO 1 sarebbe stata “ superficiale e lacunosa ”, segnatamente per quanto riguarda la ricerca di una CRPS (cfr. doc. I, p. 6 s.). Chiamato a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, il TCA non vede ragioni per scostarsi dalla valutazione della menomazione dell’integrità enunciata dal dott. _____. Del resto, il parere del medico _____ non risulta smentito da altre certificazioni specialistiche agli atti. Le obiezioni sollevate al riguardo con il ricorso appaiono infondate. Così come già rilevato in precedenza, i disturbi denunciati dall’insorgente sono stati adeguatamente indagati, e ciò anche dal profilo della ricerca di un’eventuale CRPS. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata merita tutela anche nella misura in cui l’insorgente è stato posto al beneficio di un’IMI del 15%.

E. 2.5

L’art. 61 lett. a LPGA, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L’art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l’art. 61 lett. f bis LPGA secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Secondo l’art. 82a LPGA (Disposizione transitoria, cfr. RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell’entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 4 gennaio 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di una controversia relativa a prestazioni LAINF, il legislatore non ha previsto di prelevare le spese. Sul tema cfr. anche STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107) .

E. 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’artrosi della tibiotarsica sinistra). 2.3.6. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell’inizio dell’eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, 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 i dati del 2021 (data di stabilizzazione dello stato di salute: 1° novembre 2021 - cfr. doc. 225).

2.3.7. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurato, nel 2021, avrebbe realizzato un reddito lordo di fr. 67'200 (doc. 237). L'avv. RA 1 ne contesta l'entità, facendo valere che l'istituto assicuratore avrebbe omesso di prendere in considerazione le gratifiche/bonus riconosciuti regolarmente dal datore di lavoro, come pure la tredicesima mensilità (cfr. doc. I). Questo Tribunale constata che, in data 17 giugno 2021, la ditta _____ ha quantificato in fr. 72'800 (+ fr. 200/mese di rimborso spese) il salario lordo soggetto all'AVS che l'insorgente avrebbe percepito nel 2021 senza il danno alla salute (doc. 199). Su richiesta dell'amministrazione, l'ex datore di lavoro ha poi precisato che le spese di fr. 200/mese non erano soggette all'AVS ("Nein, die Spesen sind nicht AHV-Pflichtig") e che fino ad allora la tredicesima mensilità era stata versata su base volontaria (non essendo prevista dal contratto) ma di non poter dire se ciò sarebbe stato il caso anche nel 2021, in quanto legata alle prestazioni fornite dal lavoratore (cfr. doc. 201). Alla luce di quanto precede, non risulta innanzitutto dimostrato che, durante il rapporto di lavoro, il ricorrente avrebbe regolarmente beneficiato di gratifiche/bonus. Ciò non emerge dall'annuncio d'infortunio del 12 luglio 2018 (doc. 1), né è stato preteso dal suo ex datore di lavoro. Da quanto dichiarato da quest'ultimo (cfr. doc. 199 e doc. 201) sembrerebbe piuttosto che fosse la tredicesima mensilità a venir pagata a mò di gratifica (si veda, d'altronde, la distinta dei salari relativa al periodo luglio 2017 – giugno 2018, da cui risulta il pagamento, nel mese di novembre 2017, di un importo di fr. 5'300 a titolo di "Freiwillige Gratifikation" – cfr. doc. 97, p. 1). D'altro canto - non essendo soggetta all'AVS - la somma versata a titolo di rimborso spese (fr. 200/mese) non poteva essere presa in considerazione per determinare il reddito da valido. Trattandosi infine della tredicesima mensilità, visto che essa è sempre stata pagata, può essere ammesso, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che lo sarebbe stata anche nel 2021, nel caso in cui l'assicurato non fosse rimasto vittima del noto infortunio. Il reddito da valido ammonta quindi a fr. 72'800 (fr. 5'600 x 13 mensilità).

2.3.8. Per quanto riguarda il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nelle sentenze pubblicate in DTF 126 V 75 seg. e in DTF 129 V 472 seg. Nella prima sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione 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 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; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). 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 Nr. 12 consid. 6.2; dell'8% nella STF 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”. 2.3.9. Nella presente fattispecie, l'istituto resistente ha quantificato in fr. 68'717 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella RSS TA 1 2018, media totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2021, rinunciando poi ad applicare una qualsiasi riduzione (cfr. doc. 237). Da parte sua, il

rappresentante contesta l'entità del reddito senza l'invalidità ritenuto dall'amministrazione, nella misura in cui non è stata applicata alcuna riduzione, né a titolo di gap salariale né a titolo di riduzione sociale. Per quanto concerne il primo aspetto, a suo avviso, per stabilire il reddito mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico (settore economico 41-43) andrebbe considerato il livello di competenze 3 della tabella TA 1 (attività pratiche complesse che richiedono ampie conoscenze in ambito specifico - cfr. doc. I, p. 5). Al riguardo, l'CO 1 ha osservato che "... il percorso professionale dell'assicurato non permette di riconoscere il livello 3", rispettivamente che "... un assicurato che, per il guadagno da valido, ritiene di presentare un gap salariale alla luce dei salari di cui al livello 3, non può pretendere che il guadagno da invalido venga fissato in base al livello 1 così come ritenuto in concreto. Un lavoratore che ha svolto, nella sua professione originaria dei lavori complessi, è in grado di sfruttare le proprie competenze in un'attività meno impegnativa dal lato fisico rispetto a chi ha sempre e solo svolto dei lavori di manovalanza." (doc. III, p. 3 s.). A proposito della questione di sapere quale livello di competenze vada applicato ai fini della determinazione del gap salariale, è utile segnalare che a partire dalla 10a edizione della RSS (RSS 2012), gli impieghi sono classificati per professione in funzione del tipo di lavoro che è generalmente eseguito. L'accento è pertanto posto sul genere di attività che la persona interessata è in grado di svolgere in funzione delle sue qualifiche (livello delle sue competenze) e non più sulle qualifiche in quanto tali. Sono dunque stati definiti quattro livelli di competenza in funzione di nove gruppi di professioni e del tipo di lavoro, della formazione necessaria per praticare la professione e dell'esperienza professionale (cfr. tabella TA 1_skill_level della RSS 2012; DTF 142 V 178 consid. 2.5.3). Il livello 1 è il più basso e corrisponde alle mansioni fisiche e manuali semplici, mentre il livello 4 è il più elevato e raggruppa le attività che richiedono la risoluzione di problemi complessi e l'assunzione di decisioni complesse, che presuppongono un'ampia conoscenza fattuale e teorica in un ambito specifico (ne fanno parte, ad esempio, i direttori, i quadri di direzione e i gerenti, come pure le professioni intellettuali e scientifiche). Tra questi due estremi figurano le professioni dette intermedie (livelli 3 e 2). Il livello 3 implica delle attività pratiche complesse che necessitano ampie conoscenze in un ambito specifico (in particolare, i tecnici, i supervisori, gli intermediari o il personale infermieristico). Il livello 2 si riferisce alle attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l'elaborazione dei dati e l'amministrazione, l'utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza e la guida di veicoli (cfr. STF 9C_370/2019 del 10 luglio 2019 consid. 4.1 e riferimenti ivi citati). In questo contesto, è utile segnalare che il livello di competenze 2 è stato ritenuto corretto dal TF, ad esempio, nella sentenza 9C_177/2018 del 28 settembre 2018 consid. 3.2, riguardante un muratore diplomato che aveva maturato una lunga esperienza professionale in diversi ambiti e inoltre portato a termine numerosi perfezionamenti, in cui è stato precisato che: " (...) Dabei vermag er nicht aufzuzeigen, dass die Feststellung des kantonalen Gerichts, wonach er (u.a.) im administrativen Bereich über diverse Weiterbildungen sowie in verschiedenen Branchen über mehrjährige Berufserfahrung verfüge, offensichtlich unrichtig wäre. Diese bleibt deshalb für das Bundesgericht verbindlich (oben E. 1.1 und E. 1.2). Nicht stichhaltig ist der Verweis auf die Urteile 9C_780/2016 vom 3. Oktober 2017 (E. 4.3), 9C_125/2009 vom 19. März 2010 (E. 4.4.3) sowie 8C_386/2013 vom 15. Oktober 2013 (E. 6.3). Die dort am Recht stehenden Versicherten verfügten nicht über Fähigkeiten oder Kenntnisse, die (nach invaliditätsbedingtem Berufswechsel) auch in anderen Berufen einsetzbar waren. Der hier zu beurteilende Fall unterscheidet sich davon massgeblich: Dem Beschwerdeführer ist

eine Tätigkeit als Betriebsfachmitarbeiter grundsätzlich nach wie vor zumutbar (an einer den Einschränkungen angepassten Stelle; vgl. Expertise vom 21. Juni 2016), wobei seine bisherige langjährige Berufserfahrung auf diversen Gebieten sowie die zahlreichen Weiterbildungen (etwa als Staplerfahrer, Betriebsmitarbeiter sowie im Bereich der EDV) nutzbar bleiben. Die Einordnung in Kompetenzniveau 2 verletzt demnach kein Bundesrecht. (...)." In concreto, l'insorgente ha conseguito un attestato federale di capacità (AFC) quale muratore. Dall'estratto conto individuale risulta inoltre che egli è stato attivo professionalmente (a far tempo dal 1979) in ambiti diversi, alternando periodi in cui ha svolto un'attività dipendente, ad altri in cui ha lavorato quale indipendente, ad altri ancora in cui si è trovato in disoccupazione. Negli (ultimi) anni che hanno preceduto l'infortunio, la sua attività professionale si è concentrata nel settore della costruzione e della manutenzione di piscine (cfr. doc. 204, p. 3 ss.). Alla luce di quanto appena esposto, il TCA ritiene che determinante nel caso di specie sia il livello di competenze 2 (e quindi non 3 come pretende invece il patrocinatore del ricorrente). Il bagaglio professionale e formativo dell'insorgente non va infatti oltre quello di cui dispongono le persone che svolgono i compiti pratici risultanti da tale livello. Del resto, secondo la giurisprudenza federale, se è vero che un'esperienza pluriennale non è trascurabile, nondimeno oggigiorno praticamente in ogni settore professionale vengono richiesti un diploma o comunque delle formazioni e dei perfezionamenti. Di questo aspetto tiene conto anche il testo tedesco della RSS che, già per il livello di esigenze 3 (dalla RSS 2012: livello 2), non si limita a richiedere conoscenze professionali, bensì parla di "Berufs- und Fachkenntnisse" (in francese: "connaissances professionnelles spécialisées"), attribuendo in tal modo una rilevanza importante anche alla componente formativa (cfr., fra le tante, la STF 9C_993/2010 del 2 dicembre 2011 consid. 4.4.1 e i riferimenti ivi citati; STCA 35.2017.87 del 6 dicembre 2017 consid. 2.7). Il livello 3 trova applicazione quando il lavoratore – e non è il caso di specie - svolgeva compiti pratici complessi che necessitano un vasto insieme di conoscenze in un ambito specializzato. Tenuto conto di quanto precede, il calcolo del gap salariale si presenta nei seguenti termini. Secondo la tabella TA1_skill_levels 2018, settore economico 41-43 ("Costruzioni"), livello di competenze 2, il reddito mediamente conseguito in Svizzera da un uomo, è di fr. 5'962/mese. Questo reddito deve essere riportato su 41.3 ore/settimana, dato che corrisponde alla durata normale del lavoro nel settore 41-43 in base alla relativa tabella pubblicata sul sito web dell'UFS ("Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008]"), per cui esso si attesta a fr. 6'155.76/mese oppure a fr. 73'869.12/anno. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali riferito sempre al settore 41-43 (cfr. tabella T.1.1.15 – 2018: 101.2, 2020: 103), si ottiene, per il 2020, un reddito annuo di fr. 75'182.99 e, per il 2021 (stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali: +0.1% rispetto allo stesso trimestre dell'anno precedente), di fr. 75'258.17. Posto che, qualora non fosse insorto il danno alla salute, continuando a lavorare alle dipendenze della ditta _____, l'assicurato avrebbe realizzato nel 2021 un reddito pari a fr. 72'800, il gap salariale ammonta al 3% , insufficiente a giustificare una corrispondente decurtazione del reddito statistico da invalido (cfr. supra , consid. 2.3.8.). Con la propria impugnativa, l'avv. RA 1 censura il reddito da invalido stabilito dall'CO 1 anche nella misura in cui non è stata applicata alcuna deduzione sociale. A suo avviso, quest'ultima avrebbe dovuto elevarsi almeno al 20%, tenuto conto di "... fattori quali l'età, le limitazioni funzionali di cui soffre il sig. RI 1 (...), gli importanti e costanti dolori, l'uso massiccio di oppiacei e, altresì alla luce di altre circostanze che influiscono in maniera negativa sulle sue possibilità di reinserirsi professionalmente in un'attività consona e che di tutta evidenza gli

impedirebbero di ottenere il reddito statistico, come in particolare: un eventuale posto di lavoro dev'essere accessibile con un ascensore, in effetti l'assicurato non può salire e scendere le scale senza difficoltà, la necessità di trovare un eventuale datore di lavoro disposto a creare una postazione di lavoro ergonomica per permettere all'assicurato di lavorare per esempio con il piede dx sopraelevato, di fare delle pause regolari, ecc." (doc. I, p. 5 s.). A tal proposito, va ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TF ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2, il TF ha inoltre precisato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Trattandosi dell'invocata riduzione dettata dagli impedimenti fisici, secondo la più recente giurisprudenza federale, una tale riduzione si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, dalla documentazione medica che questa Corte ha giudicato affidabile emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di esercitare, senza limiti di tempo o di rendimento, attività lavorative da svolgere in posizione seduta o alternata. Il fatto che egli debba astenersi dall'inginocchiarsi o dall'accovacciarsi, dal salire su scale a pioli o ponteggi, dal camminare su terreno accidentato e dal percorrere a piedi lunghi tratti, non aggrava il profilo dell'esigibilità (per definizione un'attività seduta non implica il doversi inginocchiare o accovacciare, il dover salire su scale a pioli o ponteggi, ecc.). Secondo questo Tribunale, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale una decurtazione a tale titolo non si giustifica. In questo contesto, è utile segnalare che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti). Anche l'età del ricorrente al momento determinante (novembre 2021) – 60 anni – non giustifica una decurtazione a tale titolo del reddito statistico da invalido (in questo senso, si veda la STF 8C_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2, destinata alla pubblicazione, concernente un assicurato di 61 anni, in cui la Corte federale ha rilevato che, in base alle rilevazioni RSS, nel caso di

uomini che si trovano nella fascia tra i 50 e i 64/65 anni, l'età comporta piuttosto un aumento del livello retributivo, trattandosi di posti di lavoro senza funzione di quadro e che, in concreto, il ricorrente non era stato in grado d'indicare per quali motivi, su un mercato del lavoro equilibrato, egli avrebbe guadagnato meno in ragione della sua età). Inoltre, secondo la giurisprudenza federale, il fatto che la ricerca di un'occupazione sia resa difficoltosa dall'età, costituisce un fattore estraneo all'invalidità di cui non si deve tener conto (cfr. DTF 146 V 16 consid. 7.2.1; STF 8C_239/2021 del 4 novembre 2021 consid. 5.3). In questo contesto, si consideri pure che la questione di sapere se, in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, il fattore età costituisce un criterio di riduzione oppure se, in questo ambito, l'incidenza dell'età sulla capacità di guadagno deve essere presa in considerazione soltanto nel quadro della norma particolare di cui all'art. 28 cpv. 4 OAINF; non è ancora stata decisa dal Tribunale federale (in questo senso, cfr. ancora la succitata STF 8C_466/2021 consid. 3.6.1). Il reddito statistico da invalido ammonta, dunque, a fr. 68'717, così come stabilito dall'assicuratore resistente. Ora, confrontando i fr. 68'717 al reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, e cioè fr. 72'800 (cfr. supra, consid. 2.3.7.), risulta una perdita di guadagno del 5.60%, arrotondata al 6%, insufficiente per fondare il diritto a una rendita d'invalidità LAINF. La decisione su opposizione, mediante la quale è stata negata l'assegnazione di una rendita, deve quindi essere confermata.

E. 36

cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità ed importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave.

In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438).

La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 121).

2.4.3. Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'indennità è calcolata in base alle direttive contenute nell'Allegato 3 dell'OAINF.

Una tabella elenca una serie di lesioni indicando per ciascuna il tasso normale di indennizzo, corrispondente ad una percentuale dell'ammontare massimo del guadagno assicurato.

Questa tabella - riconosciuta conforme alla legge - non costituisce un elenco esaustivo (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 43; DTF 124 V 32; DTF 113 V 219 consid. 2a; RAMI 1988 U 48p. 235 consid. 2a e sentenze ivi citate). Deve essere intesa come una norma valida "nel caso normale" (cifra 1 cpv. 1 dell'allegato).

Le menomazioni extra-tabellari sono indennizzate secondo i tassi previsti tabellarmente per menomazioni di analoga gravità (cifra 1 cpv. 2 dell'allegato).

La perdita totale dell'uso di un organo è equiparata alla perdita dell'organo stesso. In caso di perdita parziale l'indennità sarà corrispondentemente ridotta; tuttavia nessuna indennità verrà versata se la menomazione dell'integrità risulta inferiore al 5% (cifra 2 dell'allegato).

Se più menomazioni all'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni sono concomitanti, l'indennità va calcolata in base al pregiudizio complessivo (art. 36 cpv. 3 1a frase OAINF).

Si prende in considerazione in modo adeguato un peggioramento prevedibile della menomazione dell'integrità. È possibile effettuare revisioni solo in casi eccezionali, ovvero se il peggioramento è importante e non era prevedibile (art. 36 cpv. 4 OAINF).

Peggioramenti non prevedibili non possono, naturalmente, essere anticipatamente considerati.

Nel caso in cui un pregiudizio alla salute si sviluppi nel quadro della prognosi originaria, la revisione dell'indennità per

menomazione è, di principio, esclusa. Per contro, l'indennità dev'essere di nuovo valutata, quando il danno è peggiorato in una misura maggiore rispetto a quanto pronosticato (cfr. RAMI 1991 U 132, p. 308ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.4.4. L■CO 1 ha allestito una serie di tabelle, dalla griglia molto più serrata, che integrano quella dell'ordinanza.

Semplici direttive di natura amministrativa, esse non hanno valore di legge e non vincolano il giudice (cfr. STF I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STF del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, p. 221ss.).

Tuttavia, nella misura in cui esprimono unicamente valori indicativi, miranti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, esse sono compatibili con l'annesso 3 all'OAINF (RAMI 1987 U 21, p. 329; DTF 113 V 219, consid. 2b; DTF 116 V 157, consid. 3a).

2.4.5. Nel caso di specie, l'■assicuratore LAINF resistente, sentito il parere del proprio medico _____, ha assegnato al ricorrente un'■IMI del 15% (cfr. doc. 239, p. 4).

Sul tema cfr. anche STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022; STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi, Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107).

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