

TI_GERICHTE 35.2022.28 vom 8. Juni 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-06-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.28

FR: TI_GERICHTE 35.2022.28 du 8 juin 2022

IT: TI_GERICHTE 35.2022.28 del 8 giugno 2022

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). 2.4.2. Dalle carte processuali si evince, in particolare, che l'assicurato, a causa dell'infortunio del 15 maggio 2007 e della persistenza dei dolori e delle difficoltà funzionali si è sottoposto a svariate sedute di fisioterapia e a diversi interventi chirurgici al ginocchio sinistro (artroscopia e meniscectomia mediale parziale il 7.8.2007; artroscopia e artrotomia ed innesto osseo il 26.2.2016; artroscopia e osteotomia valgizzante il 13.2.2018; AMO placca e viti più condrogenesi in distrazione del fissatore esterno del 3.09.3029; rimozione fissatore esterno 15.10.2019; artroscopia esplorativa e posa di protesi parziale non cementata comparto mediale del 26.08.2020 su diagnosi di gonartrosi comparto mediale del ginocchio sinistro), al termine dei quali il dr. Bianco, in occasione della visita medica di chiusura del 21 aprile 2021 ha attestato che “in data odierna la situazione clinica risulta stabilizzata dal punto di vista medico per quanto riguarda il ginocchio sinistro”. Il dr. _____ ha indicato che “si discute con l'assicurato le possibilità terapeutiche, in primis la posa di una protesi totale del ginocchio, intervento controindicato per la giovane età dell'assicurato e anche sconsigliato dai colleghi della Clinica _____ di _____, i quali non avevano individuato una chiara eziologia dei disturbi lamentati al ginocchio”, concludendo che “prego l'amministrazione che ci legge in copia di prendere a carico solette agli arti inferiori, di prendere a carico ulteriori 2 cicli di 9 sedute di fisioterapia per l'intero anno 2021. Prego l'amministrazione che ci legge in copia di organizzare valutazione presso Centro _____ del dr. _____ volta tra l'altro anche a chiarire la presenza di un intrappolamento del nervo safeno in una delle cicatrici riportate dolorose, trattamento che in ogni caso non modificherà l'esigibilità lavorativa riportata di seguito essendo le problematiche algico-disfunzionali ancora lamentate dall'assicurato al ginocchio sinistro riportabili ad un dolore misto” (doc. 419, corsivo della redattrice). Sulla base di tali indicazioni, l'assicurato è stato quindi visitato dal dr. _____, il quale con referto del 6 luglio 2021 ha concluso che “non è purtroppo possibile migliorare ulteriormente la sintomatologia con trattamenti semi-invasivi”, consigliando la “chiusura del caso che non è suscettibile di ulteriori miglioramenti” (doc. 435, corsivo della redattrice). In data 2 agosto 2021 il dr. _____ ha confermato che “considerando l'impossibilità di un trattamento palliativo presso il centro della terapia del dolore per quanto attiene il ginocchio sinistro si

richiede la presa a carico di n.2 cicli di FT di 9 sedute all'anno per il mantenimento dello status quo del ginocchio ” (doc. 436, corsivo della redattrice). Il TCA non ha motivo per scostarsi dal parere dell'amministrazione, il quale, del resto, è pure stato condiviso dall'ortopedico curante. Lo stesso dr. _____, difatti, con referto del 26 agosto 2021, ha confermato la presa di posizione con la quale il dr. _____ ha considerato che il caso dell'interessato non sia suscettibile di ulteriori miglioramenti, ritenendo che “posso solo pensare che in futuro possa essere presa in considerazione una protesi totale di ginocchio che al momento il sig. RI 1 non riesce ad affrontare” (doc. 447, corsivo della redattrice). Alla luce di quanto emerge dalla documentazione medica a disposizione anzidetta, 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, occorre ritenere dimostrato che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata (dunque, in caso, il 1° novembre 2021), non vi erano più misure terapeutiche atte, con verosimiglianza preponderante, a migliorare notevolmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. Questa Corte condivide la conclusione dell'Istituto assicuratore secondo cui, in data 1° novembre 2021, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF e della relativa giurisprudenza. La circostanza che, a quel momento, l'insorgente denunciava ancora disturbi all'arto inferiore sinistro (dolori e/o limitazioni funzionali) rispettivamente necessitasse - se del caso - di misure conservative (fisioterapia) volte a evitare un loro aggravamento è irrilevante. Decisivo ai fini del giudizio è soltanto che a quel momento lo stato di salute, per gli aspetti prettamente infortunistici, non poteva più essere sensibilmente migliorato grazie ad ulteriori terapie, in particolare una terapia del dolore, che, non avrebbe comunque permesso di giungere ad una diversa conclusione (a questo proposito cfr. la STF 8C_301/2021 del 23 giugno 2021, consid. 5.2, riguardante un assicurato che, scivolando dalle scale, era caduto sulla spalla sinistra e sulla nuca, riportando un lieve trauma cranico e una lesione articolare di tipo Rockwood 3, il 23 luglio 2017 e il suo stato di salute era stato ritenuto stabilizzato a partire dal 31 luglio 2019, a fronte di una capacità lavorativa piena in attività adeguate ed indipendentemente dalla circostanza che si stava sottoponendo ad una terapia del dolore multimodale). In conclusione il TCA non ritiene dunque dimostrato, con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), che al più tardi al momento in cui l'amministrazione ha posto termine alle prestazioni di corta durata, vi fossero ancora delle misure terapeutiche suscettibili di migliorare sensibilmente le condizioni di salute infortunistiche dell'insorgente. La decisione su opposizione impugnata nella misura in cui sancisce che al 1° novembre 2021, lo stato di salute infortunistico era stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF va, dunque, confermata. Pertanto, data la stabilizzazione delle condizioni di salute infortunistiche, l'assicuratore LAINF convenuto era dunque legittimato a porre fine alle prestazioni di corta durata (cura medica e indennità giornaliera) e a valutare il diritto alle prestazioni di lunga durata. 2.5. Diritto a una rendita d'invalidità? 2.5.1. Giusta l'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita di invalidità. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. Il 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 LPGA. Da parte sua, l'art. 16 LPGA prevede, che per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'Alta Corte, nella sentenza U 192/03 del 22 giugno 2004, citata in precedenza, ha rilevato che anche l'art. 16 LPGA non ha modificato la valutazione del grado di invalidità dell'assicurato previsto dai previgenti art. 28 cpv. 2 LAI e art. 18 cpv. 2 seconda frase LAINF. Nella stessa pronuncia la nostra Massima Istanza ha quindi concluso che in ambito LAINF la giurisprudenza relativa ai concetti di inabilità lavorativa, inabilità al guadagno e invalidità continua a mantenere la sua validità anche in seguito all'introduzione della LPGA. Su questi aspetti si veda pure la DTF 130 V 343. Due sono, dunque, di norma gli elementi costitutivi dell'invalidità: 1. il danno alla salute fisica o psichica (fattore medico) 2. la diminuzione della capacità di guadagno (fattore economico). Tra il danno alla salute e l'incapacità di guadagno deve inoltre intercorrere un nesso causale adeguato (fattore causale). Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni deve esserci inoltre un nesso causale, naturale ed adeguato, tra il danno alla salute e l'infortunio.

2.5.2. L'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, 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. 2.5.3. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; 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. 33ss. 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. 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, RAMI 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). 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 pag. 35 consid. 4b). Giova qui infine ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2; STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5). 2.5.4. Da ultimo, 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; STF 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 32.2019.63 del 27 aprile 2010, consid. 2.9; STCA

35.2021.9 del 20 settembre 2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.3). 2.5.5. Per chiarire la questione riguardante l'esigibilità lavorativa, l'Istituto assicuratore ha fatto capo alle risultanze della visita _____ di chiusura del 21 aprile 2021, nella quale il dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha considerato l'assicurato, tenuto conto dei soli disturbi infortunistici, abile al lavoro al 100%, senza necessità di pause aggiuntive, in attività che rispecchiano le seguenti limitazioni: " (...) L'assicurato può sollevare fino all'altezza dei fianchi pesi molto leggeri e leggeri fino a 10 kg senza nessuna limitazione. Talvolta può portare pesi medi 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare e portare pesi pesanti e molto pesanti fino all'altezza dei fianchi. Nessuna limitazione per sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg, nessuna limitazione per sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori a 5 kg. Nessuna limitazione per il lavoro leggero e di precisione o medio, mai può effettuare lavoro molto pesante, di rado può effettuare lavoro manuale rozzo pesante. Nessuna limitazione nella rotazione della mano. Nessuna limitazione per effettuare lavori sopra la testa che comportino la rotazione del tronco e che comportino la posizione seduta ed inclinata in avanti, o la posizione in piedi ed inclinata in avanti. Mai può tenere la posizione inginocchiata, talvolta può effettuare e tenere posizioni che comportino flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta e in piedi o di libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino a 50 m, spesso può camminare oltre i 50 m, di rado può camminare mai può camminare su terreno accidentato, molto spesso può salire su scale a pioli. L'uso delle mani è consentito senza nessuna limitazione così come lo stare in equilibrio." (Doc. 419) 2.5.6. Nella concreta evenienza, questo Tribunale ritiene corretta l'esigibilità stabilita dal medico fiduciario - specialista nella materia che qui ci occupa - posta alla base della decisione avversata. L'assicurato, del resto, si è limitato a contestarne la validità, senza tuttavia fornire elementi oggettivi che ne possano mettere in discussione l'attendibilità. Ciò tanto più che la medesima conclusione (capacità lavorativa residua del 100%, presenza e rendimento, in attività adeguate) è stata pure condivisa dall'ortopedico curante, dr. _____, nelle risposte del 10 febbraio 2022 inviate alla precedente patrocinatrice dell'assicurato, sebbene ritenendo che un rientro al lavoro dovrebbe essere graduale, dapprima nella misura del 50% per un mese, poi da incrementare al 75% o al 100% in base ai sintomi residui (cfr. doc. 484). Tali condizioni, come correttamente indicato dall'assicuratore nella decisione su opposizione qui in esame, non possono tuttavia essere messe in pratica, posto come l'assicurato non dispone di un'attività lavorativa. Inoltre e soprattutto, la giurisprudenza ha già avuto modo di chiarire che, una volta stabilizzato lo stato di salute, il versamento dell'indennità giornaliera non può essere procrastinato per permettere agli assicurati di reintegrarsi nel mercato generale del lavoro (cfr. ad es. STF 8C_443/2016 dell'11 agosto 2016). 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; STCA 35.2018.69 dell'11 febbraio 2019, consid. 2.3.5, STCA 35.2020.98 del 26 aprile 2021 consid. 2.4.3 e STCA 35.2021.85 del 14 marzo 2022 consid. 2.3.6). Va anche segnalato che, nella STF 8C_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, riguardante un'assicurata che soffriva di disturbi residui localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastraglica 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 e STCA 35.2020.98 del 26 aprile 2021 consid. 2.4.3). 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. 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 l'assicurato, tenuto conto dei soli postumi infortunistici, 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 indicate dal medico _____ dell'CO 1. 2.6. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico.

Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STF I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1; STF I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STF I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STF I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr. inoltre STF I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2.). Nel caso di specie sono quindi determinanti, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2021, essendo stato ritenuto lo stato di salute stabilizzato a partire dal 1° novembre 2021 (cfr. consid. 2.4.2).

2.7. 2.7.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari

(cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c; STCA 32.2018.180 del 4 settembre 2019, consid. 2.6). 2.7.2. Per quanto concerne il reddito da valido, secondo l'assicuratore infortuni resistente, nella decisione avversata, senza il danno alla salute infortunistico, nel 2021, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 70'987.00, sulla base delle seguenti considerazioni: "(...) L'interessato usufruiva di prestazioni della cassa disoccupazione e il licenziamento non era in relazione con l'infortunio del 15.05.2007. Ciò significa che, secondo giurisprudenza, il salario da valido deve essere quantificato in base ai dati statistici medi (sentenza del TF 8C_842/2014 consid. 2.4.2 con i riferimenti). Prendiamo pertanto in considerazione un'attività semplice nel ramo della costruzione, facendo riferimento ai dati statistici forniti dalla rilevazione Svizzera della struttura dei salari 2018 di CHF 69'656.58 (RSS, tabella TA1_tirage_skill_level), ramo 41-43, livello 1, uomo, 41.3 h/sett. Tale dato viene adeguato normalmente al 2021. Tramite la tabella T1.1.15 per il ramo F per l'anno 2019 si raggiunge l'1.0%, per il 2020: 0.8% e per il 2021 0.1% (ultima stima trimestrale a disposizione). Il salario da valido ammonta pertanto a fr. 70'987.00." (Doc. 470) L'insorgente ha contestato questo dato, facendo presente che presso la _____ egli lavorava come macchinista specializzato, guadagnando fr. 80'237 (2015) (doc. I). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale rileva che dagli atti emerge come l'assicurato, prima del danno alla salute, avesse svolto l'attività di macchinista, senza essere in possesso di alcun AFC (cfr. doc. 208). Risulta pertanto corretto l'operato dell'amministrazione, la quale, tenuto conto del fatto che al momento della ricaduta l'interessato fosse in disoccupazione (licenziamento non in relazione con l'infortunio), ha calcolato il reddito da valido facendo capo ai dati statistici relativi al settore delle costruzioni, livello di qualifica 1, per un ammontare di fr. 70'987. Tale importo risulta, del resto, conforme a quanto indicato dalla ditta _____ nell'annuncio di ricaduta del 17 febbraio 2016, indicando come il salario annuo dell'interessato fosse di fr. 69'927.40 (doc. 30). Il TCA, proprio per l'assenza di un AFC, reputa corretto l'utilizzo del livello di competenza 1 (per un caso analogo, cfr. STCA

35.2017.87 del 6 dicembre 2017 confermata con STF 8C_89/2018 del 18 settembre 2018). Su questo tema, il TCA segnala che, 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, 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). Ad esempio, in una sentenza 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 5.2.1, riguardante un assicurato di formazione imbianchino con esperienza pluridecennale, il TF ha applicato il livello 1 di competenza (sino alla RSS 2010: livello 4), precisando che, malgrado la lunga esperienza lavorativa, egli "... non ha mai perfezionato la sua formazione, condizione oggi necessaria per beneficiare di un livello di competenza maggiore, a tal riguardo cfr. sentenza 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.3)". In un'altra sentenza 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 3.4, pubblicata in RtiD I-2011 p. 245, l'Alta Corte ha giudicato determinante il livello di qualifica 4 (dalla RSS 2012: livello 1), trattandosi di un assicurato che aveva svolto unicamente 4 anni di scuola elementare e 2 anni di scuola media e che non era in possesso di alcun attestato (federale) di capacità quale giardiniere. Anche il fatto che egli avesse svolto quest'ultima attività per 8-9 anni, è stato considerato irrilevante. Quand'anche si volesse, comunque, applicare il livello di competenza 2, per tenere conto dell'esperienza pratica maturata dall'assicurato nella propria professione - per un caso analogo, in cui il ricorrente, di professione macchinista nel ramo dell'edilizia, ha subito un infortunio durante il periodo di disdetta e non era previsto, una volta riacquistata la capacità lavorativa completa, un nuovo impiego professionale ed è stata confermata l'applicazione del livello 3 della TA1 2010 (corrispondente a partire dalla RSS 2012 al livello 2), si veda la STF 8C_842/2014 del 4 marzo 2015; per un altro caso, in cui ad un assicurato disoccupato, ma in precedenza attivo quale macchinista, è stato applicato il dato statistico afferente al livello di competenza 2 del ramo costruzioni, cfr. STCA 35.2018.103 del 25 marzo 2019: in quel caso, dopo aver terminato le scuole dell'obbligo e una scuola tecnico commerciale con il conseguimento del relativo diploma all'estero, l'assicurato aveva lavorato dal 1985 al 1988 come operaio generico in svariate ditte all'estero e poi, dopo essere giunto in Svizzera dal 1989, aveva sempre lavorato quale macchinista in diverse imprese di costruzioni sino all'infortunio del 2016, conseguendo nel frattempo, nel 1998, il certificato di formazione specifica come macchinista di cantiere ed il diploma di conduttore di macchine di cantiere - il reddito da valido ammonterebbe a fr. 75'279.90, insufficiente, come vedremo, per consentirgli di avere diritto ad una rendita (cfr. consid. 2.9.). In ogni caso, il TCA non reputa applicabile al caso di specie il livello di competenza 3 (attività pratiche complesse che richiedono una conoscenza approfondita in un settore speciale), visto che l'assicurato non dispone di alcun AFC (diversamente dalla soluzione adottata nella STF 8C_276/2021 del 2 novembre 2021 pubblicata in SVR 4-5/2022 IV Nr. 22, concernente un assicurato che una volta ultimato l'apprendistato di muratore, aveva completato la scuola di caposquadra, svolgendo poi per svariati anni l'attività di caposquadra, diventando successivamente paesaggista e contitolare di aziende nel settore del giardinaggio e del giardinaggio paesaggistico nonché esperto per gli esami cantonali in tale settore). 2.8. 2.8.1. 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. 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" (cfr. la STCA 35.2021.88 del 14 marzo 2022, consid. 2.5.5). 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). 2.8.2. Nella presente fattispecie, l'Istituto resistente ha quantificato in fr. 68'993 il reddito da invalido, facendo capo alla tabella RSS TA 1 2018, media totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2021, senza applicare alcuna deduzione sociale, "considerate le relativamente blande limitazioni" (cfr. doc. 468). Da parte sua, l'assicurato ha genericamente contestato di potere conseguire un tale salario, a causa delle sue molteplici limitazioni derivanti dall'insieme dei problemi di salute fisici e psichici. Ora, questo Tribunale rileva, innanzitutto, di aver già accertato che il solo danno infortunistico concernente il ginocchio sinistro (ad esclusione quindi dei problemi lombari e di quelli psichici, cfr. consid. 2.3) permetterebbe di per sé all'assicurato di svolgere un'attività

adeguata a tempo pieno e con un rendimento completo (cfr. supra, consid. 2.5.6). In applicazione della tabella TA1 2018, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, uomini, aggiornato al 2021, si ottiene l'importo di fr. 68'993, che può quindi essere fatto proprio da questa Corte. Su tale cifra l'CO 1 non ha operato alcuna riduzione sociale nella decisione avversata (doc. 468 e 486). Tenuto 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 (cfr. sul tema, tra le tante, la STCA 35.2021.5 del 18 maggio 2021, consid. 2.3.7 e la STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.11.4). Il "reddito da invalido" ammonta, quindi, per il 2021 a fr. 68'993. 2.9. Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 68'993 (cfr. supra, consid. 2.8.2) con il reddito da valido di fr. 70'986.89 (cfr. supra, consid. 2.7.2), si ottiene per il 2021 un grado d'invalidità del 2.81% ($[70'986.89 - 68'993] \times 100 : 70'986.89 = 2.81\%$ arrotondato al 3% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121), insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità. Il risultato finale non cambierebbe neppure volendo considerare, per ipotesi, quale reddito da valido, l'importo di fr. 75'279.90 (cfr. supra consid. 2.7.2.), risultando, dal raffronto con il reddito da invalido di fr. 68'993, un grado di invalidità dell'8.35% comunque insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità. A ragione dunque l'CO 1 non ha riconosciuto il diritto ad una rendita LAINF, non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 10%. La decisione dell'CO 1 che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va, di conseguenza, confermata. 2.10. Entità dell'indennità per menomazione all'integrità 2.10.1. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF). 2.10.2. L'art. 36 cpv. 1 OAINF definisce i presupposti per la concessione dell'indennità giusta l'art. 24 LAINF: una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà tutta la vita almeno con identica gravità e importante se l'integrità fisica o mentale è alterata in modo evidente o grave. In questa valutazione dovrà essere fatta astrazione dalla capacità di guadagno ed anche dalle circostanze personali dell'assicurato: secondo la giurisprudenza, infatti, la gravità della menomazione si stima soltanto in funzione di accertamenti medici senza ritenere, all'opposto delle indennità per torto morale secondo il diritto privato, le eventuali particolarità dell'assicurato (cfr. RAMI 2000 U 362, p. 42-43; DTF 113 V 218 consid. 4; RAMI 1987 U 31, p. 438). La parte della riparazione del torto morale contemplata dagli artt. 24ss. LAINF è, dunque, soltanto parziale: gli aspetti soggettivi del danno (segnatamente il pretium doloris e il pregiudizio estetico) ne sono esclusi (cfr. GHÈLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121). 2.10.3. 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).

2.10.4. 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).

2.10.5. Nella concreta evenienza, con decisione del 21 dicembre 2021 (doc. 468) confermata su opposizione il 16 febbraio 2022 (doc. 486), l'CO 1 ha assegnato all'assicurato un'IMI del 10%. In sede di ricorso l'assicurato ha contestato l'entità dell'IMI accordatagli, la quale, a suo parere, non ha adeguatamente considerato che l'artrosi progressiva deriva comunque dall'infortunio originario del 2007 (cfr. doc. I). In sede di risposta l'CO 1 ha confermato la valutazione operata dal medico _____, la quale ha, conformemente alla giurisprudenza vigente, tenuto conto della gravità dell'artrosi che esisteva al momento della posa della protesi (doc. III). Chiamato a pronunciarsi, il TCA non ha motivo per discostarsi dalla valutazione medica dell'amministrazione, fondata sull'apprezzamento del proprio medico fiduciario e non contestata in sede ricorsuale attraverso adeguata documentazione medica di senso contrario. Dalle tavole processuali emerge, difatti, che l'assicuratore LAINF si è fondato sull'apprezzamento medico del 21 aprile 2021 del dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologica (redatto, giova qui rilevare, dopo avere visitato personalmente l'assicurato ed averne eseguito l'esame obiettivo), il quale ha quantificato nel 10% l'IMI da assegnare all'interessato secondo la seguente motivazione: " Per quantificare la percentuale di menomazione dell'integrità dopo un intervento di protesi è necessario valutare lo stato antecedente la posa dell'impianto protesico; nella fattispecie gli ultimi esami radiologici utili prima della posa della protesi monocompartimentale del ginocchio sinistro del 17.09.2020 risalgono alle immagini della rx del 18.06.2020 ed alle immagini della risonanza magnetica del 05.06.2020, che mostrano alterazioni degenerative del comparto femoro-tibiale con ridotta ampiezza articolare specie nel comparto mediale ed un assottigliamento della cartilagine del condilo femorale mediale con un osteofita subcondrale nella zona di carico principale posteriormente senza reazione dell'osso sub-condrale, quadro rapportabile a quello di un'artrosi femoro-tibiale di grado grave che in base alla

tabella 5.2 Suva è valutato tra il 15% e il 30%: si decide il valore del 20% in quanto alla risonanza magnetica del 05.06.2020, nel comparto mediale, viene descritto un quadro degenerativo importante ma senza alcuna lacerazione meniscale e con una condropatia nella zona di carico principale femorale con superficie cartilaginea regolare ma senza geodi e senza alcun edema midollare subcondrale. Tale valore del 20% viene diviso a metà trattandosi della protesizzazione del solo comparto mediale, da cui scaturisce un valore percentuale IMI del 10%.” (Doc. 420) Ora, a fronte di una questione squisitamente medica, tenuto conto che, secondo la giurisprudenza federale, l'indennità per menomazione dell'integrità si valuta sulla base di constatazioni mediche, ciò che significa che l'ammontare dell'IMI non dipende dalle circostanze particolari del caso concreto, bensì da un apprezzamento medico-teorico della menomazione fisica o psichica, a prescindere da fattori soggettivi (DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 121 consid. 4b e riferimenti ivi menzionati; RAMI 2000 U 362, p. 43; cfr., pure, STCA 35.2001.71 del 12 dicembre 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 14/02 del 28 giugno 2002; cfr., altresì, FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Tesi Friburgo 1998, p. 40s.), questo Tribunale ritiene di poter validamente fondare il proprio giudizio sulla valutazione enunciata dalla dr. med. Vincenzo Bianco, specialista che vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che la valutazione dello specialista dell'CO 1 non è stata smentita da certificati medico-specialistici neppure in sede ricorsuale. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6; STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019, consid. 2.8.5 e rinvii ivi citati; STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021, consid. 2.5; STCA 35.2021.4 del 26 luglio 2021, consid. 2.6.5). 2.11. 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 enuncia ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. fbis 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; RU 2021 358), ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del

E. 21

giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto, il ricorso è del 10 marzo 2022 per cui si applica la nuova disposizione legale. Trattandosi di 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) .

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