

## **TI\_GERICHTE 35.2022.44 vom 6. März 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-03-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2022.44](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2022.44)

FR: TI\_GERICHTE 35.2022.44 du 6 mars 2023

IT: TI\_GERICHTE 35.2022.44 del 6 marzo 2023

### **Regeste**

Discussi stabilizzazione dello stato di salute infortunistico, revisione della rendita in vigore, entità guadagno assicurato e diritto a un'IMI aggiuntiva

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

aprile 2018), questa Corte rileva che decide questa vertenza nella sua composizione ordinaria (pubblicata su FUCT N. 102 del 27 maggio 2022). Con scritto del 18 ottobre 2018 l'CO 1 ha infatti comunicato al TCA che, a partire da quella data, gli incarti affidati dall'assicuratore a un legale esterno all'istituto per le fasi della procedura giudiziaria non vengono gestiti, in seno alla Direzione, dalla giurista di lingua italiana figlia del Giudice Ivano Ranzanici (cfr. STF 8C\_668/2021 del 18 febbraio 2022 consid. 2.1). in merito 2.2. Nel caso di specie, è litigiosa innanzitutto la questione di sapere se l'assicuratore convenuto era legittimato a dichiarare estinto dal 1° gennaio 2022 il diritto alle prestazioni di corta durata, oppure no. In caso di risposta positiva, occorrerà esaminare se sono dati i presupposti per sottoporre a revisione la rendita d'invalidità in vigore, rispettivamente per rivedere l'IMI (aggiuntiva) riconosciuta dall'amministrazione. Questa Corte constata che il patrocinatore del ricorrente non ha sollevato alcuna specifica obiezione (egli si è invero limitato a sostenere - in termini del tutto generici - che andrebbe riconosciuto "... il nesso di causalità, sia naturale che adeguata, tra il complesso di infortuni di cui è stato vittima nei passati 23 anni e i danni alla salute di cui soffre ...") a proposito della decisione di negare l'eziologia infortunistica ai disturbi interessanti la spalla destra, alle lombalgie, alle cervicalgie e cervico-brachialgie a sinistra e alle patologie rilevanti dalla medicina interna (cfr. doc. I, doc. XI e doc. XVII). Il TCA non ha quindi motivo di scostarsi da tale decisione, tanto più che essa si fonda sulla motivata valutazione contenuta nella perizia amministrativa ortopedica del 26 aprile 2021 (cfr. doc. 927, p. 45-47). Stante ciò, le problematiche precedentemente citate non devono essere prese in considerazione nell'esame dei presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore, rispettivamente per attribuire un'IMI d'entità maggiore a quella già assegnata. A proposito dei disturbi psichici, il rappresentante chiede che il Tribunale abbia a riconoscere che si tratta di una conseguenza (naturale e adeguata) degli infortuni accaduti dall'assicurato. Al riguardo, va rilevato che l'esistenza di un nesso di causalità naturale e adeguata tra le turbe psichiche e gli infortuni assicurati, viene esplicitamente ammessa dall'assicuratore resistente (in questo senso, si veda il doc. 975, p. 6: "La CO 1 non ha messo in discussione la causalità per i disturbi psichici (...)"). Del resto, se così non fosse, l'amministrazione non avrebbe assegnato un'IMI (aggiuntiva) del 15% proprio in ragione del danno alla salute psichica. In esito a ciò, la richiesta in discussione si rivela priva di oggetto. Infine, va sottolineato che l'infortunio che sarebbe occorso all'assicurato nel mese di febbraio 2022 (cfr. doc. I, p. 5)

non è oggetto della decisione impugnata e, pertanto, le sue conseguenze non vanno prese in considerazione nel quadro della presente procedura. 2.3. Stabilizzazione dello stato di salute infortunistico a contare dal 1° gennaio 2022? 2.3.1. Giusta l'art. 10 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio (cfr. DTF 109 V 43 consid. 2a; art. 54 LAINF) e, in applicazione dell'art. 16 LAINF, l'assicurato totalmente o parzialmente incapace di lavorare (cfr. art. 6 LPGa) a seguito d'infortunio, ha diritto all'indennità giornaliera. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. Esso si estingue con il ripristino della piena capacità lavorativa, con l'assegnazione di una rendita o con la morte dell'assicurato. Il diritto alle cure cessa qualora dalla loro continuazione non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato (art. 19 cpv. 1 seconda frase LAINF), un miglioramento insignificante non basta. Non vi è un sensibile miglioramento delle condizioni di salute, se la misura terapeutica in questione è in grado soltanto di alleviare momentaneamente dei dolori causati da uno stato altrimenti stazionario. Né la possibilità remota di un risultato positivo dato dalla prosecuzione di un trattamento medico né un beneficio terapeutico minore prevedibile da nuovi provvedimenti – quali una cura termale – danno diritto a una sua attuazione (STF 8C\_142/2017 del 7 settembre 2017 consid. 4). Non è parimenti sufficiente che un trattamento fisioterapeutico possa eventualmente apportare benefici alla persona assicurata (STF 8C\_736/2017 del 20 agosto 2018 consid. 4.1). Se un miglioramento non è più possibile, la cura termina e l'assicurato può pretendere una rendita d'invalidità (sempre che presenti un'incapacità di guadagno del 10% almeno). Una volta terminata la cura medica, delle misure terapeutiche possono essere assunte soltanto alle condizioni di cui all'art. 21 LAINF e soltanto se l'assicurato è stato posto al beneficio di una rendita. Se ciò non è il caso, spetta all'assicurazione contro le malattie prendere a proprio carico il trattamento (cfr. STF 8C\_50/2018 del 20 luglio 2018 e riferimenti ivi menzionati). L'Alta Corte ha inoltre precisato che la questione del “sensibile miglioramento” di cui all'art. 19 cpv. 1 LAINF va valutata in funzione dell'entità del previsto aumento oppure del ripristino della capacità lavorativa, nella misura in cui quest'ultima è pregiudicata dalle sequele infortunistiche (DTF 134 V 109 consid. 4.3; STF 8C\_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 3.2). 2.3.2. Nella concreta evenienza, l'assicuratore convenuto ha posto termine dal 1° gennaio 2002 alle prestazioni di corta durata (cura medica + indennità giornaliera), ritenendo che da quella data le condizioni di salute infortunistiche fossero ormai stabilizzate ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF (cfr. doc. 942 e doc. 960). La decisione si fonda sugli esiti della perizia amministrativa, la cui esecuzione è stata affidata al chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_, rispettivamente al dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. 942). Con la propria impugnativa, il patrocinatore pretende che, in particolare dal profilo ortopedico, lo stato di salute infortunistico dell'assicurato sarebbe invece ancora suscettibile di miglioramento grazie a ulteriori provvedimenti terapeutici (cfr., in particolare, doc. I, p. 9-10). Questa Corte è dunque in primo luogo chiamata a verificare se la perizia amministrativa elaborata dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ costituisce una base decisionale sufficientemente affidabile per confermare la stabilizzazione dal 1° gennaio 2022. 2.3.3. Preliminarmente, va rilevato che con il ricorso il rappresentante dell'insorgente ha richiamato il contenuto del suo scritto del 30 settembre 2020, mediante il quale, nell'ambito della procedura di cui all'art. 44 LPGa, egli si era espresso a proposito dell'intenzione dell'CO 1 di disporre una perizia amministrativa, ortopedica e psichiatrica, a cura dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I, p. 8). In quell'occasione, il patrocinatore ha sostenuto che una nuova perizia non appariva “né necessaria, né utile, né

opportuna”, ritenuto che lo stato di salute dell’assicurato sarebbe stato “... già perfettamente noto a CO 1, in quanto costantemente oggetto di valutazione medica, di approfondimenti diagnostici e di cure da parte di medici che, da molti anni seguono il caso, i cui rapporti sono sempre stati e saranno, fino alla fine delle cure, trasmessi a CO 1” e inoltre che “... questo intempestivo esercizio potrebbe essere molto controproducente per l’esito dei trattamenti medici in atto per migliorare il quadro generale della salute dell’Assicurato, ...”. D’altro canto, a proposito dei nominativi proposti e della loro indipendenza, l’avv. RA 1 ha chiesto all’assicuratore informazioni circa il numero di mandati loro assegnati negli ultimi 5 anni, l’entità degli onorari loro versati e l’esito delle loro perizie in punto all’esistenza (o meno) di una capacità lavorativa almeno in attività adeguate. Infine, per quanto concerne il catalogo dei quesiti, il patrocinatore si è riservato la facoltà di chiedere delucidazioni o complementi ai periti come pure di far valere “l’erroneità, l’incompletezza, l’incoerenza e le conclusioni” delle risposte da loro fornite e ha domandato che agli esperti venisse sottoposta “tutta la documentazione medica riguardante il suo caso, senza alcuna eccezione, inclusa quella dei suoi attuali medici curanti.” (doc. 864). Questo il tenore dello scritto 1° ottobre 2020 dell’CO 1: “ (...) In concreto appare indispensabile – anche alla luce della giurisprudenza – disporre una perizia bidisciplinare – che scaturirà in un giudizio globale – per fare il punto della situazione ortopedica e psichica dell’assicurato in relazione con gli infortuni al fine di definire se il suo stato di salute è o meno stabilizzato e, in caso di risposta positiva, disporre degli elementi necessari per valutare se la rendita d’invalidità in vigore può o meno essere modificata risp. se sussiste il diritto ad un’indennità per menomazione all’integrità complementare. Mi permetto di ricordare che l’indennità giornaliera – che è una prestazione di corta durata – viene versata fino al momento in cui sussistono delle cure atte a portare ad un notevole miglioramento dello stato di salute dell’assicurato. Per il rimanente non posso che ribadire che la CO 1 non fornisce dei dati in merito al numero degli incarichi affidati a ogni singolo perito e non tiene delle statistiche concernenti l’esito degli stessi. Per salvaguardare l’indipendenza economica la CO 1 affida al massimo 20 incarichi peritali all’anno a un singolo medico. Ai periti verrà trasmessa l’integralità degli incarichi della CO 1. Nei prossimi giorni l’incarico peritale sarà inviato ai dott. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ dato che non ha fatto valere dei motivi formali o materiali nei loro confronti risp. degli elementi che mi permettono di ritenere che la perizia non sia indicata.” (doc. 865) Il rappresentante non ha reagito alle considerazioni enunciate dall’amministrazione. Chiamato ora a pronunciarsi, trattandosi in primo luogo della contestata necessità della perizia, il TCA segnala che la procedura in materia di assicurazione contro gli infortuni è retta dal principio inquisitorio, secondo il quale i fatti rilevanti della causa devono essere accertati d’ufficio dall’assicuratore che intraprende i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cfr. art. 43 cpv. 1 LPG; STF 8C\_445/2021 del 14 gennaio 2022 consid. 4.4). L’obbligo istruttorio si estende fino a che i fatti necessari all’esame delle domande siano sufficientemente chiariti (STF 9C\_1012/2008 del 30 giugno 2009 consid. 3.2.1). Secondo la giurisprudenza, la grande diversità delle situazioni peritali esige flessibilità e l’assicuratore gode di un ampio margine d’apprezzamento per quanto concerne la necessità, l’estensione e l’adeguatezza delle indagini mediche (DTF 147 V 79 consid. 7.4.2 e i riferimenti ivi menzionati). Da parte sua, in ossequio al dovere di collaborare all’istruttoria della causa, l’assicurato è tenuto a sottoporsi agli esami medici e specialistici necessari all’apprezzamento dei fatti e che sono ragionevolmente esigibili (art. 43 cpv. 2 LPG). Sono ritenuti necessari tutti quei mezzi di prova che consentono di stabilire i fatti pertinenti

per l'applicazione del diritto. Nell'ambito dell'analisi del carattere ragionevolmente esigibile del provvedimento, non è determinante l'apprezzamento soggettivo della persona assicurata ma piuttosto se le circostanze soggettive (quali l'età, lo stato di salute o le esperienze pregresse) autorizzano, sul piano oggettivo, il provvedimento in questione (J. O. Piguet, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 43 LPGa n. 10 et 11). Giusta l'art. 43 cpv. 3 LPGa, se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. Tuttavia, vi è violazione del dovere di collaborare ai sensi di questa norma soltanto se essa è stata commessa in maniera ingiustificabile. In questo senso, la violazione deve essere colpevole, ciò che è il caso se non si è in presenza di alcun motivo giustificativo o se il comportamento della persona assicurata appare manifestamente incomprensibile (STF 9C\_259/2022 del 20 settembre 2022 consid. 5.1.1 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, questa Corte è dell'avviso che la decisione dell'CO 1 di sottoporre l'insorgente ad accertamenti peritali bidisciplinari non sia censurabile da nessun punto di vista. Da un lato, tenuto anche conto dell'ampio margine d'apprezzamento che la giurisprudenza federale riconosce all'assicuratore LAINF, quest'ultimo era senz'altro legittimato a ritenere necessaria dal profilo istruttorio l'esecuzione di un approfondimento peritale ortopedico e psichiatrico, visto che agli atti figuravano unicamente le certificazioni dei curanti, specialisti e non, dell'assicurato e i rapporti dei medici interni all'amministrazione. Ad esempio, mancava una valutazione globale della capacità lavorativa residua, indispensabile per stabilire se la rendita d'invalidità in vigore potesse essere aumentata, come auspicato dal ricorrente. Dall'altro, dato che l'insorgente si è regolarmente presentato alle consultazioni peritali che hanno avuto luogo il 2 dicembre 2020 e il 2 marzo 2021 (visite psichiatriche), rispettivamente il

### **E. 30**

aprile 2021 (consulto ortopedico), la questione riguardante l'esigibilità dell'atto istruttorio in discussione appare ormai superata. Del resto, sempre in questo contesto, non può essere ignorato che, con l'impugnativa, è lo stesso assicurato a postulare l'allestimento di un'ulteriore perizia, questa volta giudiziaria. In secondo luogo, a proposito delle perplessità manifestate dal patrocinatore dell'assicurato in merito all'indipendenza degli esperti designati dall'assicuratore resistente, è utile ricordare che le obiezioni che l'assicurato può sollevare nei confronti della persona del perito possono essere di natura formale o materiale. I motivi di ricusa formali sono quelli che prevede la legge (art. 36 cpv. 1 LPGa). Altri motivi, quali l'assenza di competenza nell'ambito specialistico in questione oppure l'assenza d'idoneità personale dell'esperto, sono di natura materiale (DTF 132 V 93 consid. 6.5; STF 9C\_180/2013 del 31 dicembre 2013 consid. 2.3). Trattandosi dei motivi di ricusa formali di un perito, secondo la giurisprudenza occorre applicare gli stessi principi validi per la ricusa di un giudice (DTF 137 V 210 consid. 2.1.3; 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a), risultanti direttamente dal diritto costituzionale a un tribunale indipendente e imparziale garantito dall'art. 30 cpv. 1 Cost., rispettivamente, per il perito, dalle garanzie generali di procedura dell'art. 29 cpv. 1 Cost., che assicura in proposito una protezione equivalente a quella dell'art. 30 cpv. 1 Cost. (DTF 148 V 225 consid. 3.4). Un perito risulta prevenuto laddove esistano delle circostanze atte a generare dubbi circa la sua imparzialità. In questo ambito, si tratta tuttavia di uno stato interiore la cui prova può essere difficilmente

fornita. Pertanto, per ricusare un perito non è necessario dimostrare che la prevenzione è effettiva. Basta che le circostanze diano l'apparenza della prevenzione e facciano temere un'attività parziale dell'esperto. L'apprezzamento delle circostanze non può fondarsi sulle sole impressioni del peritando, la diffidenza nei confronti del perito deve al contrario apparire fondata su elementi oggettivi (DTF 148 V 225 consid. 3.4 in fine; 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a e i riferimenti). Tenuto conto della considerevole importanza che rivestono le perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, occorre porre delle esigenze elevate per quanto riguarda l'imparzialità del perito medico (DTF 148 V 225 consid. 3.4 in fine; 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a e i riferimenti). Se un motivo di ricusa viene scoperto soltanto al momento dell'esecuzione della perizia oppure successivamente ad essa, il motivo di ricusa deve essere invocato prima possibile, ovvero di principio al momento in cui l'assicurato ne ha conoscenza, in difetto di che si ritiene che egli abbia tacitamente rinunciato a prevalersene (J. O. Piguet, op. cit. ad art. 44 LPGGA, n. 47). In effetti, è contrario al principio della buona fede attendere l'esito di una procedura per in seguito, in occasione di un ricorso, prevalersi di un motivo di ricusa che era già conosciuto precedentemente (DTF 140 I 271 consid. 8.4.3; 139 III 120 consid. 3.2.1; 136 III 605 consid. 3.2.2). Nel caso concreto, il patrocinatore non ha di fatto sollevato alcun motivo di ricusa, né formale né materiale, nei confronti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Egli si è in effetti limitato a chiedere all'CO 1 indicazioni circa il numero di mandati peritali conferiti ai due specialisti negli ultimi 5 anni, l'entità degli onorari a loro riconosciuti nello stesso periodo e l'esito delle loro perizie in punto all'esistenza (o meno) di una capacità lavorativa residua (cfr. doc. 864). Una volta ottenute le risposte dall'amministrazione, il rappresentante non ha avuto alcuna reazione e il suo patrocinato ha dato seguito alle convocazioni dei periti. Ad ogni modo, la giurisprudenza federale ha già avuto modo di chiarire che il fatto che un perito, medico indipendente, o un servizio peritale vengano regolarmente incaricati da un organo dell'assicurazione sociale, il numero di perizie o di rapporti affidati all'esperto, nonché l'entità degli onorari che ne risultano, non costituiscono dei motivi sufficienti a concludere a favore di una mancanza d'oggettività e di una parzialità del perito (cfr. DTF 148 V 225 consid. 3.5 e riferimenti ivi menzionati).

2.3.4. Per quanto riguarda l'aspetto ortopedico, dalle tavole processuali risulta che, su incarico dell'CO 1, in data 30 aprile 2021, l'assicurato è stato visitato personalmente dal dott. \_\_\_\_\_. Il referto peritale, datato 26 aprile 2021, è stato consegnato all'assicuratore il 3 maggio 2021 (doc. 924; parziale traduzione in lingua italiana agli atti sub doc. 936). Dopo aver ricostruito l'anamnesi del ricorrente (cfr. doc. 927, p. 3-33) e averne descritto lo status ortopedico dal profilo clinico e radiologico (cfr. doc. 924, p. 34-40), l'esperto ha diagnosticato un'instabilità dell'articolazione talocrurale destra, un'incipiente artrosi a livello dell'articolazione tibio-tarsica ventrale e molteplici cicatrici, un piede piatto a destra secondario all'osteotomia calcaneare del 5 giugno 2018, una cronica instabilità laterale dell'articolazione talocrurale sinistra, un impingement sottoacromiale in presenza di un'artrosi acromio-claveare e di una tendinopatia del sovraspinato destro, un tumore dei tessuti molli della spalla destra (DD: lipoma), una sindrome lombovertebrale di natura degenerativa, come pure una lieve artrosi a livello della falange prossimale del pollice destro (senza correlato clinico) (doc. 927, p. 40). Pronunciandosi in merito all'eziologia dei diversi disturbi diagnosticati, il perito amministrativo ha negato – aspetto rimasto incontestato (cfr. supra, consid. 2.2.) –, che le problematiche interessanti la spalla destra, il rachide lombare, la colonna cervicale e quelle intervertebrali costituiscano delle conseguenze naturali dell'uno e/o dell'altro degli infortuni assicurati (cfr. doc. 927, p.

45-47). Un'eziologia traumatica è per contro stata riconosciuta ai disturbi riguardanti la caviglia destra e sinistra e il ginocchio sinistro (cfr. doc. 927, p. 47-52; si veda pure la risposta al quesito n. 1 – doc. 927, p. 55). Per quanto concerne l'ulteriore procedere terapeutico, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che per il ginocchio sinistro non entrano in linea di conto ulteriori provvedimenti terapeutici. Da un canto, l'assicurato non denuncia più disturbi a quel livello, dall'altro, a margine della visita peritale, è stato riscontrato un ginocchio sinistro stabile, indolore e privo di versamenti (doc. 927, p. 47). A proposito della caviglia destra, egli ha sostenuto che, per i motivi diffusamente sviluppati in precedenza, "... non sono da attendersi miglioramenti significativi dei vari problemi con ulteriori interventi. Anche con ulteriori sedute di fisioterapia non ci si attendono miglioramenti della stabilità. Per preservare la salute e l'eventuale capacità lavorativa residua dopo l'assegnazione della rendita è indicata la fornitura di calzature e mezzi ausiliari. L'attuale "dotazione" (figure 5-7) con i tutori in carbonio della parte inferiore della gamba potrebbe risultare efficace, ma un ausilio più semplice potrebbe permettere di raggiungere anche l'obiettivo di una sufficiente stabilizzazione. In ogni caso, i tutori attualmente in dotazione devono essere adattati per eliminare i punti di pressione arrossati e doloranti su entrambi i piedi (figura 4 e figura 8). Inoltre continuerà a essere necessario il ricorso ad analgesici. È indicato urgentemente un adeguamento delle sostanze e delle posologie d'intesa con i medici coinvolti (medico di famiglia, terapeuta del dolore, psichiatra)." (doc. 936, p. 50). Più concretamente, l'esperto amministrativo ha rilevato che non si giustifica la ricostruzione del legamento Spring con vite endosenotarsica tra l'astragalo e il calcagno proposta dal medico curante specialista, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, e ciò in considerazione della presenza di un piede piatto (doc. 927, p. 47). Per quanto concerne invece l'eventualità di un intervento di artrodesi dell'articolazione talocrurale, sempre secondo il dott. \_\_\_\_\_, esso eliminerebbe certamente l'instabilità. Tuttavia, bloccare un'articolazione estremamente mobile comporterebbe la perdita della funzionalità dell'articolazione talocrurale e dei chiari impedimenti nella quotidianità. È pertanto comprensibile che l'assicurato rifiuti l'operazione. Inoltre, un tale intervento non sarebbe nemmeno esigibile dal profilo del dovere di collaborazione dell'assicurato (cfr. doc. 927, p. 50). In merito infine alla caviglia sinistra, il perito ha osservato che, in considerazione del decorso a destra, è comprensibile l'avversione dell'assicurato nei riguardi di ulteriori interventi sul lato sinistro. Dal punto di vista ortopedico, sono da sconsigliare interventi di stabilizzazione mentre è da preferire la fornitura di mezzi ausiliari. In particolare, anche a sinistra i tutori in carbonio andranno adattati in modo tale da evitare la formazione di nuovi punti di pressione. Da ulteriori cicli di fisioterapia non vi è da attendersi un miglioramento della stabilità (doc. 927, p. 51-52). In questo senso, si veda pure la risposta fornita al quesito n. 2 (doc. 927, p. 55). In corso di causa, il patrocinatore dell'assicurato ha prodotto un rapporto, datato 19 luglio 2021 (quindi posteriore alla visita peritale), del dott. \_\_\_\_\_, in base al quale andrebbe "... considerata l'opzione di una artrodesi astragalo-navicolare a destra + asportazione delle ancorette metalliche. Nel frattempo ho prescritto un tutore di caviglia con 20 a velcro per sostenere il retro piede destro quando è a casa e degli antidolorifici per bocca e per via orale." (doc. D, p. 2). Interpellato in proposito dall'CO 1, con complemento peritale del 28 giugno 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha rilevato che nella sua perizia del 26 aprile 2021 si è tenuto conto degli atti sino al 21 ottobre 2020 tuttavia, confrontando i referti 7 agosto e 28 settembre 2020 del dott. \_\_\_\_\_ con quello in questione del 19 luglio 2021, non emergono nuovi elementi di valutazione. Per questa ragione, il perito amministrativo non ha ritenuto di dover modificare le proprie conclusioni.

In particolare, per quanto concerne l'indicazione a sottoporre il ricorrente a ulteriori provvedimenti di cura, egli ha osservato che da un'artrodesi talo-navicolare non vi è da attendersi dei notevoli miglioramenti, considerato che con questo intervento non potrebbero comunque essere risolti gli ulteriori molteplici problemi che presenta il piede destro (cfr. doc. IX 1). Con referto del 28 luglio 2022, il medico curante specialista ha sottolineato il fatto che il dott. \_\_\_\_\_ è specialista in chirurgia del ginocchio (e non del piede) e rilevato che, a fronte di un caso delicato con persistente instabilità e cadute recidivanti, non è a suo avviso possibile "... abbandonare la fisioterapia o negare la necessità di un intervento chirurgico per migliorare l'attuale situazione di instabilità della caviglia destra." (doc. H, p. 2). Dal punto di vista psichiatrico, il perito amministrativo dott. \_\_\_\_\_ ha affermato che qualora si riuscisse a "... motivare minimamente l'assicurato a partecipare ad un programma di reinserimento lavorativo che tenga conto delle limitazioni definitive a livello ortopedico", allora sarebbe indicato predisporre un accompagnamento di sostegno psicologico/coaching, precisando che la prognosi è incerta. In questo senso, egli ha in particolare spiegato che l'assicurato "... non sembra considerare la possibilità di un'origine psicosociale dei suoi disturbi. Inoltre non appare, al momento, motivato a contribuire personalmente al miglioramento della sua condizione psicofisica. Tende piuttosto ad attribuire tutti i suoi disturbi essenzialmente a problemi di natura somatica ed è soggettivamente convinto di non essere più in grado di poter riprendere una qualsiasi attività lavorativa. Il suo comportamento passivo ed evitante non viene percepito dall'assicurato in modo egodistonico e quindi in modo disturbante, pertanto non sembra realmente motivato a chiedere aiuto psicologico a tale riguardo, ma solo in funzione di qualcuno che "confermi il suo disagio" (con l'attestazione continuativa di IL completa). Questo suo atteggiamento ha anche una funzione verosimilmente protettiva per la sua identità, non facilmente scalfibile con dei mezzi terapeutici. In questo senso la prognosi rimane sfavorevole per quanto riguarda il disturbo algico, considerati anche i verosimili benefici secondari, come l'aumento di attenzione da parte del mondo esterno ed il soddisfacimento dei bisogni di dipendenza con relativa delega di responsabilità.").

2.3.5. 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal

principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 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). 2.3.6. Nella presente fattispecie, questo Tribunale rileva che l'amministrazione ha incaricato i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ di periziare l'assicurato, nel rispetto della procedura di cui all'art. 44 LPGa (cfr. supra, consid. 2.3.3.). In applicazione della giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti. Il giudice non se ne scosta se non in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr., fra le tante, la STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021 consid. 3.2 e la giurisprudenza ivi menzionata). Una perizia fondata sull'art. 44 LPGa ha dunque un valore probatorio maggiore rispetto ai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusioni degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.7). Fatta questa premessa, il TCA ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento espresso dagli esperti amministrativi, in base ai quali non vi sono più provvedimenti terapeutici suscettibili con probabilità preponderante di migliorare notevolmente lo stato di salute infortunistico dell'insorgente. Questa Corte non ignora che, secondo il dott. \_\_\_\_\_, lo stato dell'estremità inferiore destra potrebbe ancora migliorare grazie alla fisioterapia e a un ulteriore intervento chirurgico (cfr. supra, consid. 2.3.4.). Tuttavia, con i propri referti peritali, il dott. \_\_\_\_\_ - il quale, in quanto specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia di grande esperienza, deve essere ritenuto senz'altro competente a pronunciarsi (anche) a proposito di problematiche inerenti il piede (peraltro, al momento in cui gli è stato comunicato il nominativo e la specializzazione, da parte dell'assicurato non è stata sollevata alcuna obiezione in merito alla competenza del dott. \_\_\_\_\_ - cfr. doc. 864) -, ha spiegato in modo approfondito e convincente le ragioni per le quali non ha

potuto seguire il parere del curante specialista. Del resto, non può essere ignorato che, con il suo rapporto del 18 ottobre 2021 indirizzato al medico di famiglia, lo stesso dott.

\_\_\_\_\_ ha postulato la sostituzione dei tutori utilizzati dal ricorrente, ritenuti ormai inadeguati, precisando che dei nuovi tutori "... sono evidentemente in grado di evitare un intervento chirurgico di artrodesi del retro-piede ." (doc. 949, p. 3 – il corsivo è del redattore). Parimenti inconsistente è la certificazione 2 agosto 2020 del medico di famiglia, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, per il quale la possibilità di migliorare lo stato di salute con cure mediche, "... non è da ritenersi esaurita e deve poter essere garantita." (doc. 939, p. 5). Il curante si è in effetti limitato di un'affermazione generica, senza precisare quali sarebbero i provvedimenti ancora atti a migliorare notevolmente le condizioni infortunistiche. Per quanto concerne la valutazione del dott. \_\_\_\_\_, dagli atti non emergono elementi suscettibili di sminuirne il valore probatorio. In particolare, nei suoi rapporti agli atti (cfr. doc. C, doc. E e doc. G 1), la psichiatra curante non ha sostenuto che grazie alla prosecuzione di specifiche terapie le condizioni di salute psichica dell'insorgente potrebbero ancora notevolmente migliorare. Anzi, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha fatto stato di un decorso sfavorevole nonostante gli sforzi terapeutici messi in campo nel corso degli anni. In esito a tutto quanto precede, è accertato, perlomeno con il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale, che al momento in cui l'CO 1 ha chiuso il caso (1° gennaio 2022), lo stato di salute infortunistico dell'assicurato era ormai stabilizzato ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 LAINF. Giova qui ribadire che stabilizzazione non significa che l'insorgente non lamenti più disturbi ma soltanto che quelli ancora presenti non sono più suscettibili di migliorare in modo significativo mediante l'applicazione di ulteriori provvedimenti terapeutici. Stante ciò, l'amministrazione era pertanto legittimata a dichiarare estinto il diritto alle prestazioni di corta durata da quella data e a valutare le prestazioni di lunga durata (rendita d'invalidità e IMI).

2.4. Revisione della rendita d'invalidità in vigore? 2.4.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022, qui applicabile in virtù della disposizione transitoria di cui all'art. 82 a LPGA, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100 per cento (lett. b). L'art. 22 LAINF - analogamente all'art. 22 cpv. 1 seconda frase vLAINF - recita che, in deroga all'articolo 17 cpv. 1 LPGA, la rendita non può più essere riveduta dal mese in cui gli uomini compiono 65 anni e le donne 62. L'istituto della revisione ha per scopo l'adeguamento della rendita d'invalidità alle mutate circostanze e non la correzione di errori di commisurazione dell'invalidità di cui sia stata viziata la decisione iniziale o una revisione successiva (Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 114). La revisione presuppone, dunque, che l'invalidità abbia subito sostanziali mutamenti dopo la costituzione della rendita o una sua successiva revisione (DTF 113 V 275 consid. 1a e riferimenti ivi menzionati). Per costante giurisprudenza, il TFA considera che i principi dedotti dall'art. 41 LAI si applicano per analogia pure nell'ambito della revisione delle rendite di invalidità assegnate dagli assicuratori contro gli infortuni, indipendentemente dal fatto che essa sia disciplinata dall'art. 80 LAMI oppure dall'art. 22 LAINF (RAMI 1987 U 32 p. 446s.).

2.4.2. L'invalidità può modificarsi essenzialmente per due ordini di motivi: sia perché cambia lo stato di salute, sia perché il danno alla salute, pur rimanendo immutato, si ripercuote diversamente sulla capacità lucrativa dell'assicurato, ossia sulla sua capacità di procurarsi un guadagno col proprio lavoro (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid.

1a, 109 V 116 consid. 3b). L'assicurato può, infatti, migliorare, in prosieguo di tempo, le proprie attitudini professionali, acquisire conoscenze che gli consentano l'inserimento in attività meglio remunerate, reperire un posto confacente in modo ideale al suo stato di salute ed alle sue attitudini, ben pagato e sicuro, mettendo in atto una situazione non prevedibile al momento di stabilire il reddito ipotetico da invalido. Oppure le sue capacità di guadagno possono, per motivi diversi, peggiorare. 2.4.3. Per rivedere una rendita di invalidità non basta un semplice cambiamento passeggero: le circostanze di base devono mutare presumibilmente a lungo termine. In particolare, non è motivo di revisione un temporaneo aumento di guadagno dell'assicurato (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 114). 2.4.4. La questione di sapere se si è prodotto un simile cambiamento deve essere vagliata comparando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (cfr. DTF 133 V 108 consid. 5; STF 9C\_985/2008 del 20 luglio 2009 consid. 4, 9C\_148/2007 del 21 gennaio 2008 consid. 3.2). Tanto nel fissare inizialmente la rendita di invalidità quanto nel rivederla successivamente si deve ipotizzare un mercato del lavoro in condizioni di normalità, cioè essenzialmente equilibrato. I mutamenti congiunturali, il passaggio, ad esempio, da una fase di recessione a una di crescita economica, non sono motivo di revisione. Non si tiene parimenti conto, né prima né dopo, di fattori estranei al danno della salute. Ad esempio, le scarse conoscenze scolastiche, le difficoltà linguistiche, le insufficienti attitudini professionali, ecc., non sono rilevanti ai fini della commisurazione dell'invalidità. Ciò che importa è la diminuzione della capacità di guadagno, presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica conseguente ad infortunio Sola conta, infatti, per la determinazione dell'invalidità, l'incapacità lucrativa in nesso causale con il danno alla salute (che, a sua volta, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve essere in relazione causale con l'infortunio). 2.4.5. In concreto, dalle carte processuali emerge che il grado d'invalidità del 34% riconosciuto dall'CO 1 a far tempo dal 1° settembre 2001 (cfr. doc. 156), è stato stabilito in funzione della diminuzione di rendimento risultante dal danno alla salute infortunistico, riscontrata nell'esercizio dell'attività lavorativa alle dipendenze dell'impresa di costruzioni \_\_\_\_\_. In effetti, dal rapporto relativo all'indagine economica compiuta nell'ottobre 2001 si evince in particolare quanto segue: " (...) Diversi tentativi ma si è convinto che non è più possibile lavorare sui tetti e nemmeno sui cantieri, considerata l'irregolarità del terreno. (...). Alternative: gruista e magazzino. In magazzino non c'è lavoro al 100%. Impensabile una occupazione come assistente o capo perché la ditta ha personale a sufficienza. La ditta deve iscriverlo al corso di macchinista. La patente è obbligatoria. (...) La ditta sinora ha trovato una sistemazione quasi stabile in magazzino con un rendimento ridotto. Nel frattempo hanno trovato un'altra alternativa occupandolo come gruista e cuoco sul cantiere attuale. In magazzino potrebbe ritornare durante la stagione invernale. Ovviamente sono situazioni che si presentano di volta in volta. Non si possono prevedere cantieri adeguati con largo anticipo. Di conseguenza in inverno l'occupazione in magazzino rappresenterà il 90-95% e per il resto dell'anno al 100% sui cantieri. In magazzino deve occuparsi della sistemazione del materiale che va ai cantieri. Commissione con il furgoncino per consegna di materiale al cantiere. Piccole riparazioni meccaniche. È l'unica possibilità per occupare adeguatamente l'infortunato. (...) Per il momento il posto di lavoro in ditta è ancora disponibile. Un lavoro adeguato non è sempre possibile ma si cercherà di trovare delle soluzioni in base alle

circostanze. In ogni caso tenendo conto degli impedimenti concreti, considerata l'esigibilità, cioè limitato nelle attività lavorative che richiedono il mantenimento della posizione eretta sull'arco di diverse ore successive, la mobilitazione anche senza carico su terreni sconnessi o declivi, il mantenimento pure prolungato di una posizione inginocchiata o accovacciata, così come i movimenti ripetuti d'accovacciamento, la ditta è disposta ancora ad ammettere un rendimento massimo medio del 66 2/3% , come anticipato già a suo tempo. Il salario normale sarà adeguato alla rendita.” (doc. 149 – il corsivo è del redattore) Nel frattempo, risulta che l'CO 1 ha ripristinato il diritto alle prestazioni di corta durata sia in ragione del fatto che all'assicurato sono occorsi dei nuovi infortuni (nel maggio 2002 e nel gennaio 2019) sia a titolo di ricaduta di eventi assicurati pregressi, in particolare di quello accaduto nell'agosto 1998. Con decisione formale del 16 febbraio 2022, facendo capo agli esiti della perizia amministrativa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, tenuto conto di una capacità lavorativa del 90% in attività sostitutive adeguate e dopo raffronto dei redditi (grado d'invalidità del 24%), l'istituto ha negato che fossero dati i presupposti per aumentare la rendita d'invalidità in vigore (cfr. doc. 960). Per quanto riguarda la capacità/esigibilità lavorativa dal profilo ortopedico , il dott. \_\_\_\_\_ ha escluso che l'insorgente possa riprendere l'esercizio della sua precedente professione di muratore e costruttore di tetti in pioda, così come era già stato stabilito dal medico \_\_\_\_\_ in un rapporto del 20 gennaio 2014 (doc. 927, p. 52). A suo avviso, nonostante i postumi infortunistici, il ricorrente sarebbe ancora in grado di compiere, senza limitazioni , tutte le mansioni da seduto, mansioni leggere fino a medio-pesanti con le estremità superiori, mansioni di precisione e mansioni sopra la testa. L'assicurato potrebbe invece svolgere raramente delle mansioni in posizione eretta alternandola a quella prevalentemente seduta, raramente camminare fino a 300 metri, raramente eseguire delle mansioni in posizione inginocchiata e accovacciata e salire soltanto occasionalmente le scale. Gli sono per conto precluse mansioni da svolgere esclusivamente in posizione eretta e camminando, mansioni che comportano regolari inginocchiamenti e accovacciamenti, mansioni che richiedono il camminare su terreni irregolari, in salita o in discesa, mansioni su scale e ponteggi, nonché mansioni che richiedono il sollevamento e il trasporto di pesi superiori ai 10 kg. Secondo il dott. \_\_\_\_\_, nel rispetto delle limitazioni indicate, un'attività adeguata potrebbe essere esercitata per l'intera giornata (doc. 927, p. 52-53; in questo senso, si veda pure la risposta al quesito n. 3 – doc. 927, p. 55-56). Con il rapporto peritale del 22 aprile 2021, il dott. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10: F45.4; DD: sviluppo di sintomi somatici per motivi psichici) e dei tratti di personalità accentuati passivi-aggressivi. Il perito ha d'altro canto escluso la presenza di “... un disturbo affettivo di entità media o grave (in particolare un disturbo depressivo o ansioso) che potrebbe limitare in modo rilevante, di per sé, l'esercizio di un'attività confacente, tenendo presenti le limitazioni dal profilo ortopedico/internistico” (“Nel caso presente, a livello clinico, non si è potuto constatare uno stato di rallentamento psicomotorio, un appiattimento affettivo-emotivo, pensieri autolesivi, fluttuazioni giornaliere, segni di tristezza vitale, sensi di colpa o di rimorso. Neppure è stata ancora messa in atto una terapia secondo le direttive riconosciute. Per tutti questi motivi appare poco plausibile la presenza di un disturbo affettivo di entità medio-grave .”) (doc. 922, p. 15 e 17 – il corsivo è del redattore). Il dott. \_\_\_\_\_ ha inoltre dichiarato che, fatta astrazione dai fattori psicosociali e socio-culturali, il ricorrente sarebbe indubbiamente in grado di esercitare un'attività lavorativa “..., vista l'assenza di disturbi psichici di entità media o grave, in particolare l'assenza di un disturbo affettivo grave o di lesioni cerebrali o

psicosi in atto. È in grado di condurre una vita autonoma e guida regolarmente la sua automobile, contatti sociali ridotti ma non assenti. Non sembra aver incontrato dei problemi sul posto di lavoro prima degli infortuni subiti.” (doc. 922, risposta al quesito n. 6). L’esperto amministrativo ha infine precisato che, per la sola componente medico-psichiatrica, l’assicurato va ritenuto abile in misura del 90% in un’attività adeguata dal profilo ortopedico, “inteso sia per quanto riguarda l’eventuale durata che, in alternativa, come rendimento.” (doc. 922, risposta al quesito n. 7). Dagli atti emerge che, nel corso del mese di aprile 2021, si è tenuta la discussione di consenso tra i periti coinvolti. Essi hanno convenuto che, tenuto conto delle sequele ortopediche, RI 1 è definitivamente impedito a esercitare la sua precedente attività lavorativa di muratore. D’altro canto, sempre dal profilo ortopedico, egli potrebbe svolgere a tempo pieno un’attività sostitutiva che rispetti i limiti funzionali descritti. Da parte sua, la problematica psichica determina un’incapacità del 10% nelle attività ritenute confacenti dall’esperto ortopedico (cfr. doc. 924). L’assicuratore LAINF ha così ritenuto una capacità lavorativa residua del 90% (cfr. doc. 957).

2.4.6. Con l’impugnativa e con i suoi successivi allegati, l’avv. RA 1 contesta la fondatezza della valutazione peritale dell’esigibilità lavorativa, facendo essenzialmente riferimento al parere divergente enunciato dai medici curanti dell’insorgente. A suo avviso, RI 1 andrebbe giudicato totalmente inabile in ogni attività lavorativa (cfr. doc. I, doc. V, doc. XI, doc. XIII e doc. XVII). In merito agli argomenti sviluppati nel ricorso (cfr. doc. I), deve essere in primo luogo ribadito che l’istituto resistente non contesta che tra le turbe psichiche e l’uno e/o l’altro degli infortuni subiti esista una relazione di causalità naturale e adeguata. D’altro canto, laddove il patrocinatore fa valere che la problematica psichica giustificerebbe un’inabilità lavorativa “ben più ampia rispetto all’iper riduttivo 15% riconosciuto dal dott. \_\_\_\_\_”, va puntualizzato che il 15% ritenuto dallo psichiatra corrisponde in realtà alla menomazione dell’integrità psichica (e non all’incapacità lavorativa dipendente dai disturbi psichici – cfr. doc. 922, risposta al quesito n. 8). Fatte queste precisazioni, per quanto concerne lo stato di salute ortopedico, il TCA non ha alcun valido motivo per scostarsi dalla valutazione espressa dal dott. \_\_\_\_\_, secondo cui sarebbe medicalmente esigibile che l’assicurato eserciti a tempo pieno un’attività lavorativa che rispetti i limiti funzionali descritti (cfr. supra, consid. 2.4.6.). In particolare, dalle certificazioni agli atti dell’ortopedico curante non emerge nulla che possa far dubitare della correttezza di tale apprezzamento. Così come pertinentemente osservato anche dall’esperto amministrativo nel suo rapporto complementare del 28 giugno 2022 (cfr. doc. IX 1), il fatto che i postumi infortunistici organici non consentano più la ripresa dell’abituale attività lavorativa, come lo sostiene anche il dott. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. D), è incontestato. Del resto, gli impedimenti funzionali che presenta l’insorgente, sono quelli che si riscontrano usualmente in assicurati che hanno subito lesioni agli arti inferiori e la valutazione dell’esigibilità lavorativa espressa dal dott. \_\_\_\_\_ risulta plausibile anche alla luce dei precedenti giurisprudenziali riportati qui di seguito. In una sentenza 35.2015.119 del 9 agosto 2016, questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l’assicurato (di professione carpentiere, al quale era rimasta schiacciata l’estremità inferiore sinistra sotto un manufatto di cemento posizionato a lato dei binari di un treno, riportando una frattura complessa della caviglia sinistra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un’attività lavorativa adeguata, ovvero un lavoro leggero dal punto di vista del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi, da esercitare in posizione prevalentemente seduta e non implicante (in particolare) la deambulazione su terreno sconnesso o su lunghi tratti e l’utilizzo di scale a pioli. In una

pronunzia 35.2016.3 del 27 settembre 2016, il TCA è pervenuto alla medesima conclusione trattandosi di un assicurato al quale era rimasta schiacciata l'estremità inferiore sinistra sotto il tetto di un escavatore che si era ribaltato, riportando la lussazione dell'articolazione di Chopard, la frattura della base del II. e III. metatarso con distacco della base del I. metatarso, nonché la frattura parzialmente dislocata del calcagno sinistro. Idem in una sentenza 35.2016.41 del 14 dicembre 2016, riguardante un magazziniere che, mentre stava percorrendo la strada cantonale alla guida del proprio ciclomotore ad una velocità di 15/30 km/h, è stato investito da una macchina in una rotonda e ha riportato la frattura intrarticolare metafisaria pluriframmentaria del piatto tibiale sinistro e la frattura peroneale prossimale composta sinistra con conseguente un problema di limitazione funzionale stabile attorno al 90°. Va inoltre segnalato che, in una sentenza 8C\_624/2015 del 25 gennaio 2016 consid. 3.2.1, concernente un'assicurata che soffriva di disturbi residui localizzati all'articolazione tibiotarsica e a quella sottoastragalica sinistra in stato dopo molteplici interventi chirurgici al piede sinistro, pronunciata artrosi attiva a livello dell'articolazione di Lisfranc/tarso-metatarsale e completa consolidazione dell'artrodesi nella regione dell'articolazione sottoastragalica/mesopiede, il Tribunale federale ha ammesso una capacità lavorativa del 100% in un'attività confacente ai disturbi interessanti il piede (in questo stesso senso, si vedano pure STF U 93/04 del 14 febbraio 2005 consid. 5, inerente un assicurato che accusava le sequele di una frattura del calcagno destro e STF U 38/01 del 5 giugno 2003 consid. 5.2.1, riguardante 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). 2.4.7. Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua dal punto di vista psichiatrico, la relativa valutazione del dott. \_\_\_\_\_ è contestata dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, curante del ricorrente. Con rapporto del 13 giugno 2022, indirizzato al patrocinatore, la psichiatra curante ha riferito che lo stato psicopatologico di RI 1 è nettamente peggiorato a contare dal mese di gennaio 2022, e ciò a seguito della sospensione delle indennità giornaliere e delle prestazioni da parte dell'CO 1, provvedimento che ha avuto "... un effetto devastante sulla sua psiche già compromessa per il non riconoscimento della sua disabilità che anche ad un "non sanitario" è evidente!". Pertanto, egli soffre di una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio depressivo di grado grave (ICD 10 F 33.2), di una sindrome ansiosa generalizzata (ICD 10 F 41.1) e di una modificazione della personalità (ICD 10 F 68.8), ma non di una sindrome del dolore somatoforme in quanto le patologie ortopediche che presenta bastano a spiegare le algie lamentate e i deficit funzionali agli arti inferiori (cfr. doc. C). Con complemento peritale datato 27 giugno 2022, il dott. \_\_\_\_\_, riferendosi alle diagnosi formulate dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, ha innanzitutto sottolineato che esse contrastano con "la mantenuta capacità di guida", rispettivamente con "la non messa in atto di misure terapeutiche/riabilitative più incisive in ambito stazionario/semi-stazionario, come proposto dal sottoscritto oltre un anno fa". D'altro canto, sottolineato che, secondo la giurisprudenza federale, "la questione decisiva sono le ripercussioni funzionali, mentre la diagnosi non è più centrale. Considerando solamente la diagnosi non emerge alcuna indicazione in merito alle prestazioni lavorative della persona", il perito amministrativo ha rimproverato alla curante di non aver "... descritto (nel suo rapporto del 13.06.2022) un profilo di capacità (cosa può ancora fare il paziente? Cosa non è più in grado di fare?) tenuto conto degli impedimenti e delle loro ripercussioni concrete su una determinata attività confacente.". Infine, ricordato che, a suo avviso, sono in concreto predominanti fattori estranei alla

malattia, ossia disturbi e limitazioni (dal profilo psichico) lamentati soggettivamente nel contesto di motivi di ordine sociale e vertenze assicurative, il dott. \_\_\_\_\_ ha preso atto che, secondo la psichiatra curante, “i disturbi psichici sarebbero quindi unicamente legati alla “sospensione delle indennità giornaliere e delle spese di cura per la patologia ortopedica” e per il “non riconoscimento della sua disabilità”, di modo che - e su questo l’esperto amministrativo concorda - “... non si tratta di una situazione che può essere risolta con misure medico-psichiatriche (secondo la logica della stessa dr.ssa \_\_\_\_\_).” (doc. IX 2). Invitata dal rappresentante a prendere posizione sulle considerazioni sviluppate dal dott. \_\_\_\_\_, con referto del 18 luglio 2022, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha in sostanza riproposto le medesime obiezioni. In particolare, ella ha ribadito come per l’insorgente “... la sospensione delle indennità giornaliere e delle spese di cura per la patologia ortopedica di cui è affetto abbiano avuto un effetto devastante sulla sua psiche già compromessa per il non riconoscimento della sua disabilità che anche ad un “non sanitario” è evidente, è un dato oggettivo.”. D’altra parte, la curante ha rilevato che l’assicurato ha sempre aderito ottimamente al trattamento farmacologico propostogli ma, nonostante ciò, il decorso della psicopatologia si è rivelato sfavorevole, con la precisazione che non si è mai posta la necessità di un suo ricovero in ospedale. Inoltre, ella ha affermato di non avere mai avuto dubbi “... su una sua assunzione incongrua degli psicofarmaci da me prescritti né di alcuna sua inabilità alla guida dal lato medico psichiatrico. D’altra parte risulta essere il suo mezzo normale per potersi spostare e sottoporsi alle cure.”. Infine, la curante si è chiesta perché l’CO 1, se ha dei dubbi circa le reali condizioni di salute psichica dell’assicurato, non lo ha fatto “... rivalutare da un altro collega a questo punto meno prevenuto del collega \_\_\_\_\_.” (cfr. doc. E). In data 3 agosto 2022, il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che l’ultimo rapporto della psichiatra curante non contiene nuovi elementi di valutazione atti a invalidare le sue conclusioni. L’esperto amministrativo ha segnatamente osservato che era prevedibile che le terapie instaurate non avrebbero sortito alcun effetto, posto che “... dal profilo psichico non si tratta di una situazione che può essere risolta con psicofarmaci – vedi a tale proposito anche \_\_\_\_\_, direttore del Servizio peritale dell’ \_\_\_\_\_ (...). La dr.ssa \_\_\_\_\_ attribuisce la causa dell’inefficacia della sua strategia terapeutica principalmente alla sospensione delle indennità da parte della CO 1, rispettivamente alle vertenze assicurative in corso. Non si chiede però se il cambiamento della sua strategia terapeutica, ad esempio, con l’attuazione di cure terapeutiche/riabilitative in ambito stazionario o perlomeno semi-stazionario, avrebbe potuto sortire dei risultati diversi (ammesso che la sua diagnosi di “grave disturbo depressivo”, insieme a “disturbi algici unicamente spiegabili con la componente ortopedica” sia corretta). (...). Tuttavia, la diagnosi posta dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ appare poco plausibile e consistente, non solo per la non attuazione di misure mediche/riabilitative molto più incisive, ma anche per il fatto che, nel caso di un supposto episodio depressivo grave, sarebbe stato molto improbabile che il soggetto fosse stato in grado di svolgere le attività sociali e domestiche (a prescindere dalle tendenze autolesive quasi sempre presenti in queste situazioni). (...) Non si tratta evidentemente di ricoverare una persona contro la sua volontà (ciò che nel caso del sig. RI 1 non è affatto necessario dal profilo psichiatrico, visto che non sussiste, secondo il sottoscritto, un quadro psicopatologico di grave depressione), bensì di ricordargli che dal punto di vista legale (qualora fosse presente un “grave stato depressivo”, come pensa la dr.ssa \_\_\_\_\_) gli si chiede di collaborare e di minimizzare il danno; ciò significa che anche il paziente deve dare il proprio contributo per il suo reinserimento professionale, accettando le misure terapeutiche-riabilitative idonee per il suo caso. (...).” A proposito

della sua pretesa prevenzione, il dott. \_\_\_\_\_ ha osservato che "... non si tratta di essere o meno "prevenuti", bensì di valutare la plausibilità e la consistenza delle menomazioni lamentate, rispettivamente oggettivate, giustificanti un'inabilità lavorativa parziale o completa anche in un'attività confacente, secondo gli indicatori stabiliti dal TFA e dalla letteratura medico-giuridica di riferimento." (cfr. doc. XV 1). Con rapporto del 30 agosto 2022, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha di nuovo criticamente commentato le considerazioni espresse dal dott. \_\_\_\_\_. La psichiatra curante ha in primo luogo rilevato che l'assicurato si trova in sua cura dal maggio 2017 e che in precedenza era seguito, anche da un punto di vista psichiatrico, dal medico di famiglia, dott. \_\_\_\_\_. D'altra parte, ella ha segnalato un ulteriore peggioramento dello stato depressivo del ricorrente provocato dalla morte del padre che non è riuscito a elaborare. Inoltre, trattandosi della terapia proposta, la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha osservato che RI 1 "... continua regolarmente a seguire un trattamento psichiatrico ambulatoriale integrato cioè psicoterapico e psicofarmacologico! (...). La presa a carico del paziente avviene secondo le regole dell'arte. È diritto di ogni paziente preferire cure ambulatoriali a cure stazionarie laddove non vi è la necessità di intervenire contro la sua volontà. Se il Dr. \_\_\_\_\_, come sembra, pone in dubbio le diagnosi da me poste scrivendo "ammesso che la sua diagnosi di grave disturbo depressivo insieme a disturbi algici unicamente spiegabili con la componente ortopedica sia corretta" ci si chiede perché lo stesso, anziché ribadire la sua solita posizione di non considerare alcun altro elemento nuovo al di fuori della valutazione da lui fatta, non abbia adeguatamente argomentato la non correttezza delle mie diagnosi (motivandone il perché in modo esaustivo) e non abbia posto indicazioni di eventuali altre diagnosi differenziali!". La curante ha poi precisato che l'insorgente "... è sempre stato aiutato nella cura di sé e nella cura della propria abitazione dalla sorella e dalla madre: aiuto che le stesse continuano tuttora visto lo stato depressivo grave di cui soffre e come da me già specificato i gravi problemi ortopedici con limitazioni funzionali gravi degli arti inferiori che ne compromettono anche l'autonomia nella cura di sé e negli atti di vita quotidiana.". Infine, ella ha ribadito che "... il fatto di non rivalutare il paziente nel caso in cui dallo psichiatra curante viene descritto uno stato psicopatologico diverso da quello da lui rilevato al momento della sua valutazione risalente a più di un anno fa, ribadendo ad ogni presa di posizione solo quello che lui aveva valutato a quel momento e già scritto rappresenta un essere prevenuti perché in caso contrario non si capisce perché non avrebbe potuto rivalutarlo per rendersi conto delle sue reali condizioni cliniche!" (doc. G 1).

Chiamata a pronunciarsi, questa Corte ritiene che la perizia psichiatrica amministrativa possa servire da valido fondamento al giudizio che è chiamato a rendere e che le obiezioni avanzate dalla psichiatra curante non siano atte a sminuirne il valore probatorio. In termini generali, è utile segnalare che il Tribunale federale ha sottolineato che le perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti (cfr. la STF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1). In questo contesto, va inoltre segnalato che, in una sentenza pubblicata in DTF 124 I 170 consid. 4, in seguito più volte confermata anche in materia di assicurazioni sociali (cfr., fra le tante, la STF 8C\_29/2018 del 6 luglio 2018 consid. 3.2.2), la Corte federale ha precisato che un medico curante tende a evitare tutto quanto potrebbe perturbare il suo lavoro e di provocare nel suo paziente un risentimento che renderebbe la sua missione più difficile o persino impossibile ( mandato terapeutico ). I periti sono per contro scelti in tutta indipendenza dall'autorità con il solo scopo di fornire le necessarie informazioni ( mandato peritale ). Corollario di ciò è che le perizie, segnatamente quelle amministrative, hanno di

principio un valore probatorio maggiore rispetto a quello attribuibile a una certificazione del medico curante, anche se specialista (cfr., in questo senso, la STF 8C\_301/2021 succitata consid. 5.2.2). Nel caso di specie, il TCA constata che il perito amministrativo ha puntualmente preso posizione sulle censure sollevate dalla psichiatra curante, fornendo convincenti motivi a sostegno del suo parere divergente. D'altra parte, va rilevato come il dott. \_\_\_\_\_ abbia personalmente visitato l'assicurato in due occasioni, nel corso dei mesi di dicembre 2020 e marzo 2021 e, sulla base di quanto refertato, ha concluso non essere adempiuti i presupposti per ammettere l'esistenza di un disturbo affettivo di entità medio-grave, segnatamente un disturbo depressivo o ansioso, ritenendo invece presenti soprattutto dei problemi di ordine psicosociale - quali il non riconoscimento della sua disabilità e la sospensione delle indennità giornaliere e delle prestazioni di cura per la patologia ortopedica -, fatta astrazione dai quali RI 1 sarebbe in grado di svolgere un'attività adeguata dal profilo ortopedico nella misura del 90%. Il perito ne ha peraltro spiegato puntualmente le ragioni (" Nel caso presente, a livello clinico, non si è potuto constatare uno stato di rallentamento psicomotorio, un appiattimento affettivo-emotivo, pensieri autolesivi, fluttuazioni giornaliere, segni di tristezza vitale, sensi di colpa o di rimorso. Neppure è stata ancora messa in atto una terapia secondo le direttive riconosciute " e, inoltre, la constatazione che, secondo la stessa psichiatra curante, le turbe psichiche erano unicamente imputabili " alla "sospensione delle indennità giornaliere e delle spese di cura per la patologia ortopedica" e al "non riconoscimento della sua disabilità ", dunque a fattori di ordine psicosociale). In questo senso, il TCA non può quindi seguire la dott.ssa \_\_\_\_\_ laddove rimprovera al dott. \_\_\_\_\_ di non aver adeguatamente motivato la non correttezza delle diagnosi da lei formulate. L'esperto amministrativo ha invece ben spiegato di non aver riscontrato, a margine delle sue consultazioni, elementi a favore di quanto sostenuto dalla psichiatra curante. Inoltre, a proposito dell'obiezione secondo la quale, a fronte dell'aggravamento dello stato di salute psichica segnalato, la prima volta, con il referto del 13 giugno 2022 (cfr. doc. C), il dott. \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto rivalutare l'insorgente, ciò che gli avrebbe permesso di rendersi conto delle sue (nuove) condizioni cliniche, questo Tribunale constata che, come esplicitamente riconosciuto dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, si è trattato di un (netto) peggioramento reattivo alla decisione dell'CO 1 di sospendere le prestazioni di corta durata a contare da gennaio 2022, rispettivamente, in un secondo tempo, alla morte del padre che non è stata adeguatamente elaborata (cfr. doc. C, E e G 1). In questo contesto, è utile segnalare che i fattori psicosociali (problemi di coppia, difficoltà personali, disoccupazione, problemi di natura finanziaria, ecc.) non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (cfr. STF 9C\_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 5.2.3 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019 consid. 2.12. e riferimenti ivi citati; 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7. e riferimenti ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8.), in particolare non vi figurano i problemi reattivi a una decisione negativa dell'autorità, altrimenti la nozione legale d'invalidità verrebbe svuotata di contenuto (cfr. STF 9C\_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti; 9C\_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr., pure, STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019 consid. 1.8. e rinvii ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8.). In queste condizioni, il fatto che l'insorgente non sia stato rivalutato dall'esperto amministrativo con una perizia di decorso e che quest'ultimo abbia invece ritenuto di dover confermare le proprie conclusioni peritali anche dopo aver preso conoscenza di quanto attestato dalla psichiatra curante nei referti agli atti, non presta il fianco a critiche,

considerato che, come visto, i fattori psicosociali, ai quali è da imputare l'aggravamento attestato dalla psichiatra curante, non sono assicurati quali disturbi alla salute atti a comportare un'incapacità al guadagno. Non trova infine riscontro né l'affermazione secondo cui l'assicurato sarebbe dipendente dall'aiuto di terzi per quanto riguarda la cura della propria persona e la gestione dell'economia domestica né quella secondo la quale, antecedentemente al 2017 (anno in cui è entrato in cura dalla dott.ssa \_\_\_\_\_), sarebbe stato il medico di famiglia a seguirlo anche per quanto riguardava gli aspetti psichici (cfr. doc. G 1). In effetti, dalla descrizione della giornata tipo che il ricorrente ha personalmente fornito al perito, si evince che egli è ancora piuttosto autonomo, nella misura in cui è in grado di fare la spesa, di preparare da sé i pasti e di consumarli, nonché di spostarsi con la propria autovettura per andare a trovare i famigliari (cfr. doc. 922, p. 10-11). D'altro lato, dalle pregresse certificazioni agli atti del dott. \_\_\_\_\_ (né del resto da quelle del precedente medico curante, dott. \_\_\_\_\_) non risulta alcunché in merito alla presenza di una problematica psichica, così come a proposito dell'eventuale prescrizione di specifiche terapie.

2.4.8. Stante tutto quanto precede, occorre ritenere accertato, con un sufficiente grado di verosimiglianza, che l'insorgente sarebbe ancora in grado di svolgere un'attività lavorativa confacente al suo stato di salute somatico (ortopedico) in misura del 90%, così come è emerso dalla discussione di consenso tra i periti coinvolti (cfr. supra, consid. 2.4.6.). A fronte di una situazione giudicata sufficientemente chiarita, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, a disporre la perizia giudiziaria pretesa dall'avv. RA 1 e a procedere all'audizione testimoniale dei medici curanti del ricorrente, il cui punto di vista emerge già chiaramente dai loro numerosi rapporti agli atti). In proposito, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato ( valutazione anticipata delle prove ), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.4.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute infortunistico. Trattandosi del reddito da valido, l'assicuratore resistente l'ha quantificato in fr. 74'017, partendo dal salario orario di base accertato per l'anno 2019 (fr. 31.90/ora; cfr. doc. 788), al quale è stato aggiunto l'aumento intervenuto durante il periodo 2020-2022 in base alle comunicazioni della Commissione paritetica cantonale dell'edilizia e del genio civile (+ fr. 0.45/ora, pertanto fr. 32.35 [fr. 31.90 + fr. 0.45]/ora x 176 ore x 13 mesi – cfr. doc. 957). Per quanto concerne invece il reddito da invalido, l'istituto resistente l'ha quantificato in fr. 55'940, facendo capo alla RSS 2018, tabella TA1\_tirage\_skill\_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, uomini, aggiornato al 2022 e operando poi una riduzione del 10% in considerazione della limitata capacità lavorativa residua (del 90%) e una ulteriore decurtazione del 10% per tenere conto delle limitazioni funzionali dipendenti dal danno alla salute infortunistico (cfr. doc. 957). Il patrocinatore dell'insorgente non contesta i valori ritenuti dall'CO 1 (cfr. doc. I, p. 10-13, sub “ Sul grado di invalidità ”), di modo che essi possono senz'altro essere fatti propri da questo Tribunale. Ora, confrontando i fr. 74'017 al reddito che l'insorgente potrebbe conseguire nonostante il danno alla salute, e cioè fr. 55'940, risulta una perdita di guadagno (arrotondata) del 24% (cfr. doc. 957). La decisione su opposizione, mediante la quale è stato negato l'aumento della rendita d'invalidità in

vigore del 34%, deve quindi essere confermata. Da notare che, nell'eventualità che l'affermazione ricorsuale secondo la quale, senza il danno alla salute infortunistico, l'assicurato avrebbe goduto di un avanzamento professionale, sino a divenire capo muratore e, finalmente, capo cantiere, con tutto ciò che ne sarebbe conseguito dal profilo retributivo (cfr. doc. I, p. 14, sub " Ammontare della rendita complementare ") fosse in realtà da riferire alla determinazione del reddito da valido (anziché a quella del guadagno annuo assicurato), l'esito non potrebbe comunque essere diverso, e ciò per le ragioni che seguono. A proposito della questione di sapere se si deve prendere in considerazione un ipotetico cambiamento professionale, la giurisprudenza ha precisato che delle possibilità teoriche di sviluppo professionale o di promozione non vanno considerate, a meno che degli indizi concreti rendano molto verosimile che esse si sarebbero realizzate. Al riguardo, si deve esigere la prova di indizi concreti che l'assicurato avrebbe ottenuto un avanzamento o un corrispondente aumento del proprio reddito, se non fosse divenuto invalido. Ciò potrebbe essere il caso, ad esempio, se il datore di lavoro ha lasciato intendere una simile prospettiva d'avanzamento o ha fornito delle assicurazioni in questo senso. Per contro, delle semplici dichiarazioni d'intento da parte dell'assicurato non sono sufficienti. L'intenzione di progredire sul piano professionale deve essersi infatti manifestata mediante dei passi concreti, quali la frequentazione di un corso, l'inizio di studi oppure lo svolgimento di esami (cfr. STF 9C\_221/2014 del 28 agosto 2014 consid. 3.2, 8C\_290/2013 dell'11 marzo 2014 consid. 6.1, 8C\_145/2012 del 9 novembre 2012 consid. 3.1 e 3.2, 8C\_839/2010 del 22 dicembre 2010 consid. 2.2.2.2, 8C\_938/2009 del 23 settembre 2010 consid. 6.2, 8C\_530+533/2009 del 1° dicembre 2009 consid. 7.2). In concreto, il TCA constata che il patrocinatore non è stato in grado di fornire alcun indizio concreto a sostegno del preteso sviluppo professionale. È certo possibile che, nel caso in cui non fosse rimasto vittima degli infortuni assicurati, RI 1 sarebbe diventato capo muratore e poi capo cantiere, tuttavia tale circostanza non risulta provata con il grado di verosimiglianza richiesto dalla giurisprudenza federale. Pertanto, sempre nell'ipotesi in cui l'avv. RA 1 intendesse contestare l'entità del reddito da valido, occorrerebbe concludere che l'assicuratore LAINF convenuto ha correttamente stabilito il reddito in discussione in funzione del salario corrisposto a un muratore diplomato secondo il CCL di riferimento. 2.5. Ammontare del guadagno assicurato. 2.5.1. A norma dell'art. 15 cpv. 1 LAINF, le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato. Il cpv. 2 recita, da parte sua, che per il calcolo delle indennità giornaliere è considerato guadagno assicurato l'ultimo salario riscosso prima dell'infortunio; per il calcolo delle rendite, quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. Il medesimo art. 15 al cpv. 3 permette, peraltro, al Consiglio federale di emanare disposizioni particolari. Per guadagno assicurato si deve intendere, in genere, tutte le somme versate all'assicurato dal suo datore di lavoro, e ciò allo scopo di remunerare un lavoro dipendente, prestato per un tempo determinato o indeterminato. Tali somme fanno parte del guadagno assicurato soltanto se si trovano in una relazione economica con il rapporto di lavoro. Si considera, pertanto, reddito derivante da un'attività salariata, non solo la retribuzione versata per il lavoro effettuato ma, di principio, anche le indennità o prestazioni che si trovano in una qualsiasi relazione con il rapporto di lavoro, nella misura in cui queste prestazioni non siano esenti da premio in virtù di disposizioni legali espresse (cfr. Ghélew, Ramelet, Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Losanna 1992, p. 83 e giurisprudenza ivi menzionata). Di regola, è considerato guadagno assicurato il salario determinante ai sensi degli artt. 5 cpv. 2 LAVS e 6 ss. OAVS (cfr. art. 22 cpv. 2 OAINF). L'art. 22 cpv. 4 OAINF prevede,

nuovamente, che le rendite sono calcolate in base al salario pagato all'assicurato da uno o più datori di lavoro nel corso dell'anno precedente l'infortunio, inclusi gli elementi del salario non ancora versati che gli sono dovuti. Se il rapporto di lavoro non è durato un anno intero, il salario ottenuto durante questo periodo è convertito in pieno salario annuo. Nel caso di un'attività temporanea la conversione è limitata alla durata prevista a condizione che in base al modello attuale o previsto della biografia lavorativa non risulti una durata normale diversa dell'attività. La conversione è limitata al periodo di tempo ammesso dal diritto in materia di stranieri. Derogando al principio posto dagli artt. 15 cpv. 2 in fine LAINF e 22 OAINF, l'art. 24 OAINF definisce il salario determinante per le rendite in alcuni casi speciali. In particolare, il cpv. 2 della disposizione d'ordinanza appena citata recita che se il diritto alla rendita nasce più di cinque anni dopo l'infortunio o l'insorgenza della malattia professionale, determinante è il salario che l'assicurato avrebbe ottenuto nell'anno precedente l'inizio del diritto alla rendita se non si fossero verificati detti eventi, per quanto questo salario sia più elevato dell'ultimo riscosso prima dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia professionale.

2.5.2. In concreto, con la propria impugnativa, il rappresentante pretende che la rendita d'invalidità (a suo avviso del 66.6%) venga calcolata su un guadagno annuo assicurato ammontante (almeno) a fr. 97'500, e ciò considerato che, senza gli infortuni, l'insorgente "... sarebbe certamente diventato capo muratore e, più tardi, anche capo cantiere. Per questo motivo, in sede di applicazione dell'art. 24 cpv. 2 OAINF, dovendosi oggi stabilire la rendita complementare da riconoscergli (ipotesi alla base della Decisione CO 1 2), gli dovrebbe venire riconosciuto quale "Salario presumibile" dell'anno precedente al calcolo della stessa (2021) il guadagno lordo medio svizzero conseguito da un capo cantiere o, almeno, quello percepito da un capo muratore." (doc. I, p. 14). Secondo questo Tribunale, la tesi difesa dal patrocinatore dell'assicurato si rivela errata già per il solo fatto che, per costante giurisprudenza, il guadagno assicurato non può essere riesaminato nell'ambito, come è il caso nella presente fattispecie, di una revisione della rendita d'invalidità in vigore (cfr. DTF 147 V 213 consid. 6.2.2 e i riferimenti ivi citati). L'importo della rendita d'invalidità in vigore deve dunque continuare ad essere calcolato su quel guadagno assicurato stabilito in occasione della costituzione della prestazione (cfr. supra, consid. 1.3.).

2.6. Entità dell'indennità per menomazione dell'integrità (aggiuntiva).

2.6.1. 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, mentale o psichica. Tale indennità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità delle menomazioni. Il Consiglio federale emana disposizioni particolareggiate sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 1 e 2 LAINF).

2.6.2. 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 per tutta la vita almeno con identica gravità. Essa è importante se l'integrità fisica, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, 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. 24 ss. 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, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Losanna 1992, p. 121).

2.6.3. 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. 308 ss. consid. 4b e dottrina ivi menzionata).

2.6.4. 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. STFA I 102/00 del 22 agosto 2000; DTF 125 V 377 consid. 1c; STFA del 7 dicembre 1988 nella causa P.; RAMI 1989 U 71, 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).

2.6.5. In concreto, dalla decisione formale del 16 febbraio 2022, poi confermata con la decisione su opposizione impugnata, si evince che la menomazione dell'integrità di cui è portatore l'assicurato ammonta al 30%, 15%, assegnato con la decisione del 28 gennaio 2002, per il danno organico alle due caviglie e 15% per il danno psichico (cfr. doc. 960, p. 3 s.). Tale decisione risulta fondata sulle risultanze della perizia amministrativa elaborata dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Con il rapporto peritale del 10 aprile 2021, lo specialista in chirurgia ortopedica ha indicato che la diminuzione dell'integrità fisica riguarda entrambe le articolazioni talocrurali e ammonta al 15%, già indennizzato nel passato (cfr. doc. 927, risposta al quesito n. 5; si vedano pure le diffuse motivazioni che figurano alle pagine 53 e 54). Da parte sua, con il referto del 22 aprile 2021, lo psichiatra dott. \_\_\_\_\_ ha quantificato in un 15% la menomazione dell'integrità psichica che presenta RI 1 (doc. 922, risposta al quesito n. 8). In occasione della discussione di consenso, il " danno complessivo e ponderato dell'integrità " è stato fissato al 30%, ritenuto che la menomazione fisica (15%) e quella psichica (15%) vanno integralmente sommate (cfr. doc. 924, p. 2). Con il ricorso, il patrocinatore si è limitato a pretendere un ricalcolo dell'ammontare dell'IMI,

“conseguentemente all’aumento del grado di invalidità ritenuto da cod. lod. TCA per la quantificazione della rendita complementare.” (doc. I, p. 16). Chiamato a pronunciarsi su una questione di natura squisitamente medica, il TCA ritiene di poter fare propria la valutazione della menomazione dell’integrità enunciata dagli esperti amministrativi, e ciò vista anche l’assenza di pareri specialistici divergenti. In merito a quanto chiesto dall’avv. RA 1, questa Corte segnala che l’IMI non può essere determinato in funzione del grado dell’invalidità, posto che quella d’invalidità è una nozione concettualmente diversa da quella di menomazione dell’integrità. Infatti, per stabilire la menomazione dell’integrità sono rilevanti esclusivamente i reperti medici e la loro valutazione medico-teorica. Una tale menomazione consiste generalmente in un deficit anatomico, funzionale, mentale o psichico, in cui le conseguenze sulla vita quotidiana sono irrilevanti. Determinante è il danno alla salute in quanto tale. Non ne costituiscono un presupposto né un danno economico né un torto morale (cfr. KOSS – Hürzeler/Kieser, art. 24 LAINF, n. 9 e la giurisprudenza ivi menzionata). In conclusione, la decisione su opposizione del 31 marzo 2022 merita conferma anche nella misura in cui al ricorrente è stata assegnata un’IMI aggiuntiva del 15% per la menomazione psichica. 2.7. 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. In casu, trattandosi di prestazioni LAINF, in relazione alle quali il legislatore non ha previsto di prelevare le spese, non si riscuotono spese giudiziarie. Sul tema cfr. STF 9C\_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C\_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (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 p. 107).

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